

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Maria Clara Guaragna Schorn

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS:
Percurso em direção ao Hospital Psiquiátrico São Pedro

Porto Alegre

2016

Maria Clara Guaragna Schorn

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS:
Percurso em direção ao Hospital Psiquiátrico São Pedro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do
curso do Bacharelado em Políticas Públicas, como
requisito para a obtenção do Diploma de Graduação.

Orientadora: Prof. Dra. Andrea Fachel Leal

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Schorn, Maria Clara Guaragna
Itinerários Terapêuticos e Políticas Públicas:
Percurso em direção ao Hospital Psiquiátrico São
Pedro / Maria Clara Guaragna Schorn. -- 2016.
94 f.

Orientadora: Andréa Fachel Leal.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Políticas Públicas. 2. Políticas Públicas de
Saúde. 3. Saúde Mental. I. Fachel Leal, Andréa ,
orient. II. Título.

Maria Clara Guaragna Schorn

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS:

Percursos em direção ao Hospital Psiquiátrico São Pedro

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel (a) em Políticas Públicas.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Frederico Viana Machado - UFRGS

Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga - UFRGS

Dra. Andrea Fachel Leal - UFRGS (orientadora)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Regina Guaragna e Fernando Schorn, pelo afeto e auxílio incondicional durante toda a minha vida e especialmente no período da construção desse trabalho de conclusão de curso. À minha mãe agradeço por ter me estimulado a conhecer o mundo, a entrar na universidade e a gostar da pesquisa, o seu mundo. Ao meu pai agradeço pelas risadas, carinhos e brincadeiras nos momentos leves como também naqueles mais pesados. Agradeço imensamente por todas as conversas, problematizações e compartilhamentos de ideias durante os nossos almoços e jantãs. Foram e são muito importantes para mim.

Ao meu namorado e amigo, Lucas Woltmann, que sempre me apoiou e me motivou a conhecer novos autores, novas ideias e novos lugares. A tua constante forma de desconstruir o mundo estimulou-me a pensar em um mundo, quem sabe, diferente e sempre em mutação. Teu apoio e carinho durante toda a graduação foi imprescindível, meu companheiro.

Às minhas amigas e colegas, Rhaíssa Quaini e Daniela Lesina, por todo o carinho e atenção que tiveram durante toda a nossa amizade e graduação. Suas risadas e visões de mundo tornam minha vida com novas cores.

À minha orientadora, Andréa Leal, uma guia que carrega uma lanterna que aponta os melhores itinerários para uma longa e boa caminhada de pesquisa. Admiro imensamente teu trabalho e os teus conhecimentos. Teu olhar e os teus questionamentos foram muito importantes.

À toda equipe do SAT/HPSP, muito obrigada por terem me acolhido durante todo o período de estágio e pesquisa. Os conhecimentos construídos e as experiências jamais serão esquecidas. Agradeço especialmente à equipe do Serviço de Acolhimento do SAT: Cinthia Moraes, Gisele Talamine, Rhaíssa Quaini, Ana Cristina do Anjos, Bruna Carlesso e Douglas Röedel. Os lanches, as risadas e as conversas foram muito importantes para o meu crescimento pessoal e profissional. À Cinthia e Gisele, minhas supervisoras de estágio, agradeço a confiança e o cuidado que vocês teceram a todo momento comigo.

Aos professores Frederico Viana Machado e Luiz Fernando Calage Alvarenga, agradeço pela participação na banca examinadora deste trabalho, especialmente pelas suas contribuições e motivações para o prosseguimento desse itinerário de pesquisa.

Às participantes dessa pesquisa, as “Marias”. Sem vocês esse trabalho não seria possível. Muito obrigada pelo tempo e confiança que depositaram em mim para guardar essas histórias.

São Pedras

*Caminhei pelo campo
Entrei pelo portão
Esperei pelo tempo
Olhando as pedras no chão
Abaixo de grades,
Cicatrices e muros.
Desenhos e símbolos
Acordam no escuro.
A umidade é o suor frio
Do concreto áspero,
Rígido e reto.
No pátio a angústia desfila.
Atrás da porta a esperança
Respira contra o medo
E se aí é o São Pedro
Aqui são pedras.*

*Roberson Rosa Santos,
Exercícios de uma literatura menor: Um olhar atelial*

RESUMO

O tema dessa pesquisa reside no estudo de questões relacionadas à saúde mental e políticas públicas. O objetivo consiste em conhecer as diferentes formas de itinerários terapêuticos dos sujeitos que internam no HPSP. Para tal, os procedimentos metodológicos, de natureza qualitativa, consistiram na realização de entrevistas em profundidade com os familiares que acompanhavam os sujeitos que estavam realizando o processo de internação psiquiátrica, bem como análise de registros e documentos. As conclusões sugerem diferentes dinâmicas e racionalidades que direcionam à internação psiquiátrica no HPSP. Questões como o sentido do adoecimento e as opções de cuidado disponibilizadas pela rede foram cruciais para a “escolha” desse caminho em direção a internação.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Mental

ABSTRACT

The subject of this research is the study about mental health in public policy. The objective is to explore and get to know different healing pathways to patients in psychiatric hospital São Pedro (PHSP). This study is qualitative and its methodology is depth interviews with relatives of the patients who were going through psychiatric hospitalization process, and analysis of medical records and hospital's documentation. The conclusions suggest different dynamics and rationalaties on psychiatric hospitalizations in PHSP. Issues such as the meaning of illness and different treatments available through the net were crucial to choose the path toward hospitalization.

Keywords: Public Policy; Health Public Policy; Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial I

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial III

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

DEP - Direção de Ensino e Pesquisa

HG - Hospital Geral

HPSP - Hospital Psiquiátrico São Pedro

IDC - Instituto de Desenvolvimento Cultural

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAT - Serviço de Admissão e Triagem

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UD - Unidade de Desintoxicação

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil das mulheres responsáveis pela internação (entrevistadas) e dos/das sujeitos-pacientes por elas acompanhados no HPSP no momento da internação	8
Quadro 2 - A Rede de Atenção Psicossocial.....	20
Quadro 3 - Leitos psiquiátricos e leitos clínicos em saúde mental oferecidos pelo SUS por município de entrevistada.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Procedimentos e considerações metodológicas	5
1.2	Meu percurso em direção ao Hospital São Pedro	10
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA: UM LUGAR HISTÓRICO, POLÍTICO E FÍSICO	15
2.1	A criação do SUS e a Reforma Sanitária	15
2.2	A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental	16
2.2.1	Redes de cuidado em saúde mental e políticas públicas	18
2.3	Hospital Psiquiátrico São Pedro: breve trajetória e caracterização	25
3	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: REFLEXÕES TEÓRICAS ACERCA DOS CAMINHOS DE CUIDADO	29
4	NARRATIVAS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM DIREÇÃO AO HPSP	32
4.1	Trajетórias rizomáticas infanto-juvenis	32
4.1.1	Engavetamentos concretos que direcionam a “gavetas de concreto”	32
4.1.2	Quando a “porteira” é a “Casa do inferno”	36
4.1.3	Vincent: “esse aqui não é o lugar dele”	39
4.1.4	Jean Michel: quando é um caso de polícia	43
4.1.5	Rede suprimida, itinerário em “depressão”	45
4.1.6	Quando o que “tudo que a mãe sente, a criança sente”	47
4.2	Trajетórias rizomáticas: os adultos	50
4.2.1	Trilhando uma rede em “fuga”	50
4.2.2	Um itinerário descontextualizado do tempo e do espaço	53
4.2.3	João Guilherme já conhece o caminho da internação	57
5	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO: DO AMORFO DE SENTIDO AO MODELADO DE BUSCA POR CUIDADO	61
5.1	Sobre as formas de cuidado em saúde mental	63
5.2	Dados do desespero	64
6	ITINERÁRIOS NA REDE: TRAMAS E TRANSPARÊNCIAS	66
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	76

1 INTRODUÇÃO

Acredito que o mundo deve estar feito de histórias porque são as histórias que a gente conta, que a gente escuta, recria, multiplica, que permitem transformar o passado em presente. E que, também, permitem transformar o distante em algo próximo, possível e visível (GALEANO, 2011)

Um jovem de 22 anos vindo do interior do estado do Rio Grande do Sul chega para uma avaliação, uma triagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), acompanhado de dois homens, seu pai e seu tio. Logo que chegam, os funcionários sentem um certo estranhamento: afinal, estes sujeitos estavam vestidos de bombacha, chapéus, possuem dentes e anéis de ouro, o que não era algo comum naquela instituição. Parecem ser de uma região rural. O estranhamento é aprofundado quando os funcionários percebem que o jovem que veio para o atendimento é mudo e nunca aprendeu a linguagem dos sinais. Resolvo conversar com o pai do jovem. Eu estou neste momento na sala da enfermagem, diante de uma janela gradeada que permite a comunicação verbal e visual (mesmo que desconfortável) com quem está na sala de observação, onde o rapaz se encontrava com o pai. O pai conta que o trouxeram ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) porque *“há ‘meis’ que o guri não vem bem, já não consegue mais ‘trabaiá’ com as máquina, então ‘trouxemo’ pra cá pra ele fica bom [...] Já ‘levemo’ no terreiro e na ‘casa lá’, não adiantô”*. O pai conta que o rapaz adoeceu *“porque, sabe doutora¹, ele nunca usou uma mulher²”*.

Relatos como esse são vozes e cenas que persistem e insistem na minha memória. São discursos, narrativas, caminhos de cura e de vida, resoluções, moralidades, significações de adoecimento e de saúde. Através da experiência proveniente do Estágio Obrigatório I e II do curso de graduação em Políticas Públicas (UFRGS), como também do Estágio Extracurricular do curso de graduação em Psicologia (PUCRS), ambas experiências realizadas no Serviço de Admissão e Triagem (SAT) do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), passei a ter contato com o cotidiano da loucura e do enlouquecer, suas práticas e seus discursos, bem como com as políticas públicas que atravessam os sujeitos nas condições em que vivem. Essa experiência, ora participante,

¹ “Doutora” ou “doutor” é uma forma bastante frequente que os sujeitos que estão no hospital chamam a equipe, seja ela de funcionários administrativos ou técnicos, estagiários ou residentes. Vale observar que, nesse ambiente, o uso de jaleco não é algo frequente (com exceção da equipe de enfermagem), o que não configuraria as roupas usadas à situação de ser referida como doutor ou doutora. Parece que em um hospital todos são doutores.

² Relatos extraídos do diário de campo (setembro de 2015).

ora observante, despertou em mim inúmeros questionamentos e curiosidades acerca dos processos de internação e de subjetivação das pessoas que vivenciam essas experiências.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso busca conhecer os percursos realizados pelos sujeitos atendidos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, mais especificamente, os itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos que vivenciam a Política de Saúde Mental no Rio Grande do Sul. Essa política é instituída e norteada pela Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001 e Lei Estadual (RS) nº 9.716 de 7 de agosto de 1992 (Rio Grande do Sul) (MATEUS, 2013), que dispõem sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental e o seu modelo assistencial. Intencionou-se aqui percorrer e analisar os traçados e caminhos desses sujeitos de forma a trazer suas experiências, conceitos, vivências e histórias que são tecidas a partir da experiência da internação psiquiátrica e do acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Desta forma, busca-se trazer as experiências relatadas e histórias dos pacientes com a finalidade de conhecermos os dispositivos de cuidado acionados pelos familiares e acompanhantes do sujeito em situação de sofrimento psíquico, bem como conhecermos o funcionamento do sistema público de cuidado acionado. Vale observar que grande parte dos dispositivos de cuidado, por intermédio de políticas públicas, são ofertados pelo Estado ou então regulados por este através de instituições públicas ou filantrópicas de saúde. Essa pesquisa foi realizada no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre (RS), especificamente no Setor de Admissão e Triagem.

O Serviço de Admissão e Triagem é a porta de entrada do hospital, o espaço de emergência psiquiátrica, no qual são realizadas as avaliações psiquiátricas, clínicas e psicossociais. Tais avaliações, por sua vez, acarretam na decisão por parte da equipe sobre quais sujeitos serão ou não serão internados. “Triagem” é um termo de origem militar, utilizado em campos de batalha para escolher, triar “quem valeria a pena salvar”. O “objetivo geral da classificação era retornar o maior número possível de soldados ao campo de batalha” (FERNANDES et al., s.d., p.1 in PAULONÉ et al. p. 280).

Atualmente, como resultado da Reforma Psiquiátrica, influenciada por inúmeros processos históricos e políticos do Brasil, como a Reforma Sanitária, a redemocratização, a descentralização e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, a Política de Saúde Mental busca implementar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, baseado na ressocialização e na inclusão social das pessoas em situação de sofrimento psíquico: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa Rede é composta por sete grandes grupos: I. Atenção Básica em Saúde; II. Atenção Psicossocial Especializada;

III. Atenção Urgência e Emergência; IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório; V. Atenção Hospitalar; VI. Estratégias de desinstitucionalização e VII. Reabilitação Psicossocial³. Esses componentes serão melhor abordados durante o desenvolvimento desse trabalho. Vale observar que na Atenção Psicossocial Especializada encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS subdividem-se por sua vez em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS-AD. Apesar dessa ampla Rede, com uma diversidade de componentes, a RAPS não é o único caminho de cura e de vida que os sujeitos em sofrimento psíquico e sua família buscam, como o presente estudo destes itinerários terapêuticos demonstra.

A Reforma Psiquiátrica propõe uma mudança de modelo de atenção ao paciente que inova em relação ao até então vigente. Antes da Reforma Psiquiátrica, a terapêutica era a do isolamento social, o que prescrevia um modelo hospitalocêntrico e de longos períodos de internação nas instituições psiquiátricas. As palavras cantadas por Sol, uma participante do Ateliê de Escrita da Oficina de Criatividade do Hospital São Pedro, falam de um “resgate da saúde mental”, por ter sobrevivido aos seus “escombros” (SARETTA, 2015). A fala de Sol ilustra a mudança de modelo de atenção na Saúde Mental:

Não precisa fazer de conta que não existimos e nem fechar os seus olhos, pois quando abrires saberás que somos reais e fazemos parte do seu dia a dia, dentro ou fora dos camuflados sanatórios. Essa história de que de médicos e de loucos, é, realmente todos temos um pouco, eu já vi esta fita na minha e na tua quebrada e na tua família que é rica, mané. Doença mental não é só coisa de periferia, nós não escolhemos ser assim. Pode acreditar, existe uma pá de manos que, assim como eu, precisa, necessita se tratar. Trancafiar já era, não tá com nada, pra que excluir os que fazem parte desta lamentável triste jornada? Esqueça o passado onde os doentes ficavam enclausurados, confinados, como loucos irrecuperáveis em depósitos humanos disfarçados de porões. Doença mental é coisa séria, mano. Ela nos deixa dependente de uma pá de medicação acompanhados de terapia: bem-vindo ao mundo da psiquiatria. Se a minha mente falhou, desculpe, não me culpe, pois a sua discriminação só me destruirá ou quem sabe me fará infeliz. Temos ideais, embora limitados, não nos deixem família ou Estado sentirmo-nos abandonados. Não exclua, nos inclua, pois apenas queremos liberdade para participarmos de coisas simples como a sua. Então eu te convido, venha no refrão, mesmo doente, Deus nos deu um dom. Sabe por quê? (SARETTA, 2015 p.72).

Mário Eugênio Saretta (2015), em sua dissertação de Mestrado, conta que Sol há muito tempo atrás *“estivera ‘em uma fase muito impulsiva’ e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não souberam lidar com isso, de modo que fora expulsa”*. Também conta que Sol escreve o título de uma obra sua da seguinte maneira: *“um CAPS me abortou, um manicômio me adotou”*. Esse breve relato faz pensar o quanto uma voz pode

³ Portaria nº3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL,2011)

falar por outras tantas, voz quase sem timbre que conta histórias que revelam práticas e discursos que subjetivam sujeitos, bem como também revelam como estes estão sendo “governados” (FOUCAULT, 1976). Saretta, no seu trabalho, compreende que a descrição etnográfica busca abarcar a multiplicidade subjetiva por internados a partir de uma Oficina de Criatividade, afinal, “o efeito etnográfico multiplica o tecido político ao evidenciar processos de singularização por parte de usuários e moradores de um hospital-que-foi-hospício” (SARETTA, 2015 s/p.).

O interesse desse trabalho reside no conhecimento dos percursos realizados pelos sujeitos atendidos no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), de forma a trazer suas experiências, conceitos, vivências e histórias tecidas nessa relação entre a internação psiquiátrica e o acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); mais especificamente, buscou-se explorar como e em que momento as pessoas buscam respostas e ajuda para suas demandas e problemas de saúde mental. Para fins introdutórios desse trabalho, vale observar que a internação psiquiátrica, segundo a Lei nº10.216 de 6 de abril de 2001, “só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”. Neste sentido, pergunto: em um contexto pós Reforma Psiquiátrica, no qual o internar é dado como última opção, qual é o itinerário terapêutico realizado pelos sujeitos que internam no Hospital Psiquiátrico São Pedro?

Para a realização desse trabalho efetuamos a análise de documentos e registros dos pacientes através dos prontuários e encaminhamentos. Foi realizada uma descrição dos itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos em direção a internação no HPSP para posterior compilação dos dados. Esses dados foram obtidos através dos registros documentais e das entrevistas semiestruturadas com familiares. Após obtenção desses dados, esses foram analisados. Esse estudo possibilitou a identificação de diferentes vulnerabilidades que as pessoas em situação de sofrimento psíquico estão sujeitas, e, que dizem respeito não unicamente à RAPS, mas a outras instituições e redes de políticas públicas.

Acredito que este trabalho possa inovar ao buscar dialogar com os efeitos da reforma psiquiátrica, como a rede, e com os “novos” sujeitos que se encontram em situação de sofrimento psíquico, aqueles que não mais são institucionalizados em um modelo de longa internação e não estão sujeitos à terapêutica do isolamento, e sim interagem com a terapêutica da socialização, do acompanhamento numa rede descentralizada e das internações de curta duração. Esse trabalho pode vir a contribuir e dialogar com o campo de monitoramento de políticas públicas, ambicionando, através da

pesquisa com “pessoas de carne e osso” (BIEHL, 2008) e os seus itinerários terapêuticos, o conhecimento de dispositivos de cuidados que são mobilizados pelo paciente e por sua família durante a experiência da saúde e do adoecer. Como em um artesanato intelectual, termo cunhado por José de Souza Martins (2013), almejo trazer alguns “nós” da rede, “furos da manta” e os “trançados reforçados” dessa rede não só composta por instituições físicas, mas simbólicas e sustentada na inter-relação de sujeitos e coisas. Como propõe João Biehl (2005, p.14):

Acompanhar o enredo de uma única vida nos ajuda a capturar a lógica das infra-estruturas cotidianas que fazem com que certas vidas ganhem forma e outras sejam impossibilitadas.

O presente trabalho está organizado em sete partes. Na primeira parte introduzo questões metodológicas relativas ao estudo. Na segunda contextualizo o campo de pesquisa. Na terceira realizo reflexões teóricas acerca dos caminhos de cuidado. Na quarta apresento meus dados de pesquisa, ou seja, os itinerários terapêuticos em direção ao HPSP. Na quinta trago questões relativas às representações sociais do adoecimento, bem como dos cuidados buscados. Na sexta realizo análises referentes à rede de serviços de saúde. Na sétima e última parte trago algumas considerações finais dessa pesquisa.

1.1 Procedimentos e considerações metodológicas

O presente trabalho de conclusão de curso consistiu em um estudo de natureza qualitativa, baseado em análise documental e em entrevistas de profundidade, de cunho etnográfico, para a reconstrução do itinerário terapêutico a partir das narrativas de familiares de sujeitos que internaram em uma instituição psiquiátrica, no caso o hospital especializado HPSP.

A coleta de dados primários, o campo, se deu no período de agosto a setembro de 2016, quando frequentei o SAT pelo menos três vezes por semana, buscando variar os turnos do dia e os dias da semana. Em todas as idas ao SAT, realizei observações de cunho etnográfico, observando o cotidiano do serviço, incluindo a chegada de pacientes e de seus acompanhantes; foi neste momento que abordei os acompanhantes para explicar a pesquisa e para convidá-los a conversarem comigo através da entrevista. As entrevistas em profundidade foram feitas com os acompanhantes, em algumas vezes já no primeiro contato, em outras, através de agendamento. Todas as entrevistadas preferiram realizar a entrevista no espaço do HPSP, de modo que nos momentos que permaneci na instituição eu estive fazendo tanto observações quanto entrevistas de cunho etnográfico.

Cabe observar que as entrevistas em profundidade provocaram narrativas que possibilitaram a reconstrução dos itinerários terapêuticos. *Narrar histórias*, como propõe Benjamin (1987), concerne recortar e reconstruir, não significando compreender um passado como um fato, mas sim como uma tomada através de uma reminiscência. Complementando essa ideia, Silva e Barros (2010) propõem:

A vida não é o que a gente viveu, e sim o que a gente recorda e como recorda para contá-la. Para tornar a realidade inteligível, portanto, as pessoas necessitam organizá-la por meio de narrações que estão em permanente movimento de intercâmbio e em conexão com outras histórias (SILVA e BARROS, 2010 p. 69).

Foi realizado um diário de campo, que consistiu em um registro completo das observações, dos acontecimentos, das relações verificadas, das minhas experiências pessoais em campo, com reflexões, comentários, pensamentos. Fiz registros sistemáticos no diário, ao fim de cada dia em campo, incluindo minhas impressões e observações também sobre cada uma das entrevistas, como também minhas observações e impressões referentes ao funcionamento do SAT e do HPSP. Segundo Falkembach (1987), o diário de campo é um importante instrumento científico de observação e de registro, bem como fonte de informações para o pesquisador.

Foi realizada uma análise de documentos e registros, a partir dos prontuários dos pacientes cujas acompanhantes foram entrevistadas. Os documentos gerados pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro foram analisados buscando-se os encaminhamentos da rede⁴ ao Hospital, visando a “reconstrução” do itinerário terapêutico percorrido no âmbito do SUS.

Com o consentimento das entrevistadas, foram realizadas entrevistas em profundidade, constituindo-se, portanto, entrevistas semiestruturadas. Todas as entrevistas foram gravadas e, os áudios, depois, transcritos. As entrevistas foram analisadas quanto ao seu conteúdo a partir dos principais eixos temáticos do roteiro e da categoria analítica "itinerário terapêutico". Como foi feito o registro de todo o contexto da entrevista em diário de campo, buscando-se observar elementos não verbais da própria entrevista e das condições de sua realização, consideramos que estas foram entrevistas de cunho etnográfico (BEAUD & WEBER, 2007).

Inicialmente optei por realizar as entrevistas em profundidade nas dependências do Setor de Admissão e Triagem. No entanto, percebemos que as entrevistadas por vezes

⁴ Rede no sentido geral, visto que RAPS, RAS e outras diversas instituições realizam encaminhamentos ao HPSP.

me confundiam como a psicóloga do setor. Além disso, no momento da internação, acompanhantes e a equipe do SAT estavam com bastante pressa e muitas tarefas. Diante desse contexto, optamos por realizar o convite de pesquisa para as pessoas durante o processo de triagem, e em um outro momento realizar o contato e marcar a entrevista. Foi possível reservar uma sala no HPSP, na Direção de Ensino e Pesquisa (DEP), para a realização das entrevistas.

Cabe enfatizar que o projeto de pesquisa posto em prática nesse Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS, sob o número de parecer 1.592.882 e pelo Comitê de Ética do Hospital Psiquiátrico São Pedro, sob o número de parecer 1.648.731, estando registrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE 56057016.5.0000.5347 e o CAAE 56057016.5.3001.5332, respectivamente. Vale observar que para essa pesquisa os nomes são fictícios. As mulheres entrevistadas tiveram seus nomes inspirados pelas “muitas Marias” que percorrem esses itinerários acompanhando esses sujeitos-pacientes. Esses, que realizaram a internação no HPSP, tiveram seus nomes inspirados por nomes de artistas, pois, quem sabe, transitam nessa rede em busca de um caminho criativo e alternativo.

Foi realizada uma análise de documentos e registros, a partir dos prontuários dos pacientes gerados pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro, buscando os encaminhamentos da rede para a “reconstrução” do itinerário terapêutico percorrido. Os prontuários, bem como os encaminhamentos que foram analisados eram dos pacientes que possuíam determinada relação com o público alvo da pesquisa, ou seja, os familiares que acompanhavam esses pacientes e percorriam os caminhos dos mesmos até a internação psiquiátrica no HPSP.

Vivenciei, novamente, o cotidiano do Serviço de Admissão e Triagem do HPSP, a partir de uma experiência de cunho etnográfico, com atenção às formas, aos gestos, aos procedimentos e às estruturas. Ao todo realizei 9 entrevistas, que totalizaram 9 horas e 20 minutos de entrevistas. O Quadro 1 apresenta o perfil das pessoas entrevistadas e dos sujeitos por quem elas se responsabilizaram no momento da internação, que se tornaram, portanto, pacientes do HPSP durante aquele período da internação. Salienta-se que as pessoas responsáveis pela internação eram todas mulheres, reforçando que o gênero feminino está associado ao papel de cuidadora no âmbito da família (KNAUTH,1991),

Quadro 1 - Perfil das mulheres responsáveis pela internação (entrevistadas) e dos/das sujeitos-pacientes por elas acompanhados no HPSP no momento da internação

Responsáveis/Familiares Entrevistadas	Nome do/a sujeito-sujeito	Relação de parentesco da responsável pela internação	Município de residência	Idade da responsável	Idade do/a sujeito-paciente	Ocupação da responsável pela internação	Escolaridade do/a sujeito-paciente	Ocupação do/a sujeito-paciente	Número de internações no HPSP incluindo a última internação
Maria Júlia	Ray	Mãe	Viamão	36	13	Faxineira	4ª série (Interrompeu os estudos)	Sem ocupação	1
Maria Flor	Vincent	Avó	Porto Alegre	73	13	Aposentada	7ª série	Estudante	1
Maria Joana	Edgar Allan	Mãe	Canoas	39	13	Do lar	6ª série	Estudante	4
Maria Carolina	Jean Michel	Mãe	Pelotas	51	13	Do lar	5ª série (Interrompeu os estudos)	Sem ocupação	1
Maria Sol	Virginia	Mãe	Gravataí	29	11	Do lar	6ª série	Estudante	1
Maria Ivanete	Nina Simone	Avó	Alvorada ⁵	61	16	Diarista	5ª série (Interrompeu os estudos)	Sem ocupação	1
Maria Catarina	Elis	Nora	Porto Alegre ⁶	33	55	Desempregada recebendo auxílio doença do INSS	3ª série (Interrompeu os estudos)	Faxineira/desempregada	1
Maria de Luz	Arnaldo	Mãe	Ivoti	49	24	Artesã de calçados	8ª série (Interrompeu os estudos)	Recebendo auxílio do INSS	1

⁵ Maria Ivanete e Nina Simone não residem juntas. Nina Simone reside no município de Xangri-lá, no balneário Rainha do Mar, enquanto Maria Ivanete reside em Alvorada.

⁶ Maria Catarina e Elis não residem juntas.

Responsáveis/Familiares Entrevistadas	Nome do/a sujeito-sujeito	Relação de parentesco da responsável pela internação	Município de residência	Idade da responsável	Idade do/a sujeito-paciente	Ocupação da responsável pela internação	Escolaridade do/a sujeito-paciente	Ocupação do/a sujeito-paciente	Número de internações no HPSP incluindo a última internação
Maria Beatrice	João Guilherme	Mãe	Viamão ⁷	55	32	Auxiliar de Serviços Gerais	5ª série (Interrompeu os estudos)	Desempregado	10

Fonte: elaborado pela autora.

⁷ Maria Beatrice e João Guilherme também não residem juntos.

As mulheres responsáveis pela internação têm, todas, uma relação de parentesco com os sujeitos-pacientes: são mães, avós e uma é nora; a maioria vive junto com o/a filho/a ou o/a neto/a que está sob seus cuidados. Quase todas residem na Região Metropolitana, exceção feita à Maria Carolina, que vem da região sul do estado. Não foi perguntado a essas mulheres entrevistadas qual era seu grau de escolaridade, mas infere-se pelas suas ocupações que têm estudaram poucos anos, pois estão em ocupações de baixo prestígio e baixa remuneração, como limpeza, ou estão fora do mercado de trabalho (são donas de casa ou recebem benefício do INSS). As mulheres entrevistadas têm idades bastante variadas.

Os sujeitos que estão sendo por elas acompanhados são quase todos jovens – seis são crianças ou adolescentes e dois são jovens adultos –, exceção feita a uma senhora cinquentenária. Ainda que se leve em conta a idade dos sujeitos-pacientes, a escolaridade deles é bastante baixa: nenhum tem ensino fundamental completo. Muitos apresentam histórico de repetências e de abandono escolar. Aqueles em idade escolar não têm ocupação e os adultos não estão inseridos no mercado de trabalho e não têm remuneração. Apenas um sujeito-paciente tem renda própria na forma de benefício do INSS. Grande parte estava em sua primeira internação no HPSP; alguns já tinham passado por outras instituições e experiências de internação.

Originalmente, no projeto, o objetivo era realizar entrevistas com familiares, amigos e profissionais de saúde que estivessem acompanhando o sujeito nesse processo de internação. No entanto, durante o período que realizei o campo de pesquisa, foram raros os profissionais de saúde que acompanharam o paciente durante a triagem e admissão. Realizei contato com somente um profissional de saúde pertencente a uma equipe de um CAPS do município de Viamão, que optou por não participar da pesquisa.

1.2 Meu percurso em direção ao Hospital São Pedro

Meu primeiro contato com o campo iniciou no dia 15 de maio de 2014. Coincidentemente era a “Semana da Luta Antimanicomial”. Esse primeiro contato com o Hospital São Pedro foi motivado pela proposta de trabalho final da disciplina de “Introdução à Antropologia”, que tinha por objetivo a realização de uma pesquisa de campo, uma *tentativa de experiência etnográfica*. Conforme orientação do professor da disciplina optei por conhecer algo que eu não conhecia para obter a experiência do estranhamento e exercitar a tal *descrição densa* do pensar antropológico (GEERTZ,

2008). O contato e acesso a esse primeiro dia de campo ocorreu através de uma professora de psicologia do Instituto de Desenvolvimento Cultural (IDC), que me indicou uma colega de faculdade que era psicóloga no hospital e me permitiu o acesso.

A primeira experiência de campo ocorreu no grupo de supervisão realizado pela psicóloga na Unidade Jurandy Barcellos (a chamada “UD”⁸ pelos funcionários e pacientes). Lembro que, na tentativa de inserir-me no campo e quem sabe continuar com a pesquisa, busquei a experiência de tornar-me um deles. Naquele dia de campo ocorreu o “2º Abraço ao São Pedro” e a combinação era vestir-se de preto, portanto vesti-me de preto e enchi balões de luto. O luto da instituição se dava em função da Política de Saúde Mental Estadual daquele período, na qual o Governador do Estado do RS era Tarso Genro, filiado ao Partido dos Trabalhadores. A sensação era de me aperceber, de tornar-me um deles na multidão.

Aliada a essas questões, naquele período eu me encontrava bastante confusa quanto ao meu itinerário profissional: ser bacharel em políticas públicas. Jargões como *policy maker*, análise de políticas públicas, desenvolvimento, equidade, justiça, social, *street level bureaucrats*, *top down*, *bottom up*, avaliação de impacto eram palavras do meu dicionário de futura bacharel. Quem eu queria me tornar? Diante dessa insatisfação e caos, passei a me interessar pela psique, pela subjetividade, pelas narrativas dos sujeitos que vivem nesse mundo. Minha pergunta parecia simples, mas era bastante complexa: como os sujeitos percebem-se, percebem o mundo e realizam escolhas de vida?

Naquele ano decidi estudar novamente para entrar em um novo curso e prestei vestibular para o curso de graduação em psicologia em junho na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Motivada a percorrer lugares e caminhos que nunca percorri e na tentativa de integrar dois cursos de graduação que eu propunha a conhecer e a me subjetivar, optei pelo o Hospital São Pedro como campo para esse trabalho. Na “minha razão”⁹ parecia muito plausível estar ali. Esse trabalho é resultado, por ora, dessa integração.

Finalizada a disciplina e a experiência etnográfica proposta, me mantive curiosa e não saciada. Eu queria estar lá dentro, assim como as narrativas manifestadas por alguns sujeitos que estavam internados ao longo da minha experiência.

⁸ Unidade de Desintoxicação.

⁹ Na “minha razão” faz menção a uma expressão utilizada por um paciente que tive a oportunidade de conhecer durante o meu estágio em psicologia no HPSP. Essa expressão era utilizada para explicar que ele possuía a sua própria percepção de mundo.

Aliando meu desejo e curiosidade, bem como pretensão de realizar uma pesquisa naquele local seja qual fosse, eu necessitava realizar o Estágio Obrigatório do curso de Políticas Públicas. Entrei em contato com a psicóloga da unidade novamente, que me orientou a entrar em contato com a Coordenação de Serviço Social do HPSP. Após inúmeras tentativas de ligação consegui contatar a coordenadora do período, contei quem eu era e que gostaria de realizar um estágio de políticas públicas. Precisei argumentar e convencer que minha estadia ali seria útil e poderia trazer bons resultados. Com uma certa desconfiança, disse que ia tentar me ajudar. Marcamos uma entrevista para nos conhecermos. Nesse dia, na sala de Coordenação do Serviço Social, uma sala escura situada no antigo Pavilhão Freud, as coordenadoras perguntaram quais eram minhas intenções ali, o que eu sabia sobre a reforma psiquiátrica e minha opinião sobre isso. Vale ressaltar que esse é um assunto muito caro e delicado para a instituição. Ficou acertado que eu poderia realizar meu estágio, mas que eu ficaria no Serviço de Admissão e Triagem (SAT) com uma das coordenadoras e não nas unidades. Naquele momento fiquei um pouco frustrada. O SAT não parecia ser o lugar que eu queria estar, eu queria ver a unidade, a internação, o local que os livros falam e que os filmes mostram. No entanto, com o tempo, o SAT foi se apresentando extremamente interessante: a triagem entre os que entram na instituição e os que não entram, o ponto de encontro do hospital psiquiátrico e da Rede de Atenção Psicossocial.

O Estágio Obrigatório I iniciou no dia 4 de setembro de 2014. Naquele período o SAT encontrava-se em reforma e estava situado provisoriamente na antiga Unidade Morel, naquele tempo já desativada. Com inúmeras explicações e restrições fui entrando no SAT. Autorizavam meu acesso a algumas poucas coisas, documentos, serviços. Fiquei alojada no setor de registro. Era o local de primeiro contato que o sujeito tinha ao buscar uma avaliação psicossocial para possível internação. Ali a documentação inicial era preenchida, os documentos de identificação e encaminhamentos eram recebidos. Alguns pacientes já contavam um pouco da sua história ali mesmo na recepção. Os funcionários pareciam não querer que eu entrasse na instituição, eram bastante desconfiados quanto ao curso de graduação a que eu estava vinculada (Políticas Públicas). Não foram poucas vezes que se referiram a mim “brincando, mas falando a verdade” como “petista” (aliada ao partido governista do período, na época Partido dos Trabalhadores) ou da “*desinsti*”¹⁰.

¹⁰ Frequentemente os funcionários vinculavam o fato de eu realizar o curso de Políticas Públicas na UFRGS como um fator da crença de que eu era a favor da desinstitucionalização dos pacientes no Hospital São Pedro, bem como o fechamento desse hospital.

Me mantiveram, naquele momento, um pouco mais distante e com pouca ação sobre o que acontecia na instituição.

Por falta de função definida comecei a fazer serviços e tentativas de inserção no campo por conta própria. Mostrei minha curiosidade em conhecer o local e assim conheci todas, ou quase todas as partes daquele todo ora integrado, ora dissociado. Sempre acompanhada por algum funcionário. Minha supervisora do estágio sempre me dizia “*quero que aqui tu construas o teu próprio olhar*”. Sempre me deixou muito livre para pensar e nunca quis me atrair para sua posição quanto as funções e questões do Hospital São Pedro. Com o tempo de estágio foram permitindo a minha inserção mais profunda nos afazeres do SAT, tanto na estrutura arquitetônica quanto nas estruturas subjetivas que fazem com que alguns sujeitos internem e outros não. Os diques limitantes estavam se flexibilizando.

Em dezembro daquele mesmo ano, contei a equipe que eu realizava também a graduação em psicologia. Através disso iniciei o meu estágio extracurricular vinculado a PUCRS no HPSP, no mesmo setor. Iniciei com a equipe a implementação de um novo projeto no SAT, o *Serviço de Acolhimento*. Essa experiência me possibilitou uma maior imersão acerca da temática, no entanto, em um determinado período uma certa dificuldade de estranhamento do campo. Esse serviço, que tinha como principal objetivo acolher a crise dos pacientes e acompanhantes, emergiu como um local para escuta de narrativas de vida, representações de doença e saúde, explicações, causas e efeitos do sofrimento mental.

Nesse sentido, diferente do alerta das autoras Beatriz Herrero, Serena Brigidi e Inma Furtado (2013), no capítulo “Antropólogas de bata blanca: praxi y problemas del trabajo etnográfico em hospitales”, do livro “Etnografía, metodologias cualitativas e investigación en salud: un debate abierto”, organizado por Oriol Romaní, não tive grandes dificuldades de acesso ao campo de pesquisa. Somente necessitei realizar os procedimentos éticos de pesquisa com seres humanos, necessitando de análise por parte de um Comitê de Ética e Pesquisa, tanto da instituição UFRGS, quanto do HPSP. Nesse mesmo capítulo as autoras trazem alguns aspectos de inserção de campo reiterados na literatura sobre o tema antropologia médica e da saúde, de maneira que “El antropólogo puede presentarse dentro del hospital como paciente, como acompañante o, lo más frecuente, como miembro del *staff*” (HERRERO, BRIGIDI & FURTADO, ANO and VAN DER GEEST & FINKLER, 2004). Minha inserção e acesso ao campo se deu com uma certa facilidade, quiçá pela a experiência de já ter pertencido à equipe. Vale observar

que esse trabalho não está sendo realizado por uma antropóloga, nem para obtenção de título de antropóloga.

Degustando a orientação do Interacionismo Simbólico, não fui e nem sou uma observadora neutra (ANGROSINO, 2008). A tentativa residiu em subjetivamente tornar-me um instituído. Não realizei uma internação psiquiátrica no hospital, mas, realizei um exercício de institucionalização no momento que passei a fazer parte da equipe do Serviço de Admissão e Triagem do hospital. Institucionalização no sentido de compartilhar ideias, alimentar-se com a mesma comida, compartilhar linguagens e conhecimentos da instituição. Desde o momento que iniciei meu estágio 6 horas por dia, 5 dias por cima, almoços no refeitório, assinatura em prontuários, minha relação e a forma de me perceber e perceber a instituição mudaram. Foi uma constante luta para não “tornar-me São Pedro”, mas ao mesmo tempo experienciá-lo e senti-lo. Foi uma “*participação observante*”, uma observadora que experimentou, e a experimentação como um meio da observação (WACQUANT,2002) Sobre a observação parcial: “quem comanda a narração não é a voz: é o ouvido” (CALVINO,1999, s.p. in PROTAZIO, 2015, p. 15).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA: UM LUGAR HISTÓRICO, POLÍTICO E FÍSICO

2.1 A criação do SUS e a Reforma Sanitária

Até o final da década de 1980, ao Ministério da Saúde cabia apenas as campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Eram ações pontuais em locais com determinadas carências e populações específicas. Segundo Mateus (2013), a maior parte de atendimentos em saúde pública estava a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, depois chamado de INAMPS¹¹). Esse instituto foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões de diferentes categorias profissionais organizadas na década de 1960, o que fez que os atendimentos em saúde fossem disponibilizados para somente aqueles trabalhadores da economia formal e seus dependentes, de maneira que a proporção de investimentos na saúde para cada estado e município fosse calculada pelo número de trabalhadores com carteira assinada (SOUZA, 2002 in MATEUS, 2013). Esse sistema criou uma enorme concentração de serviços nas regiões mais ricas do país (SOUZA, 2002 in MATEUS, 2013).

Nesse quadro de concentração de serviços de saúde em determinadas regiões e de dificuldade de acesso à saúde daquelas populações que não podiam acessar via INPS ou atendimento particular, aliado a um movimento global que culminou na Declaração de Alma Ata (1978), na década de 1970, iniciaram no Brasil manifestações das entidades representativas dos profissionais de saúde, centros universitários e setores organizados da sociedade (MATEUS, 2013). Segundo Campos (2008, in MATEUS, 2013 p. 64), essas manifestações defendiam uma “gestão eficiente, justa e participativa do atendimento à saúde, mais tarde dando origem ao denominado ‘movimento da reforma sanitária’”.

O movimento da Reforma Sanitária defendia a transformação das condições de saúde da população brasileira. Inserida em um contexto de “luta contra a ditadura” (AROUCA, [2006] in YASUI, 2006), propunha estratégias, como a politização da questão da saúde, trazendo uma nova consciência sanitária, a alteração da norma legal necessária à criação de um sistema único universal de saúde e a mudança das práticas institucionais sob a orientação de princípios democráticos (TEIXEIRA & MENDONÇA, 1995 in YASUI, 2006). Esse movimento, posteriormente, teve grande influência na

¹¹ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Esse ligado a outro ministério, o da Previdência e Assistência Social.

Assembléia Constituinte e na configuração do atual sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1974, na vigência do regime militar, o INPS foi desmembrado e foi criado o INAMPS (BRASIL,2016). Durante a década de 1980, ocorreu um conjunto de mudanças, a fim de ampliar a cobertura do INAMPS. Inicialmente, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), mediante convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. Posteriormente o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde. Com o fim da Ditadura Militar e a promulgação de uma nova Constituição, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde, regulamentado de fato em 1990 com as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) (BUSS, 1995 in MATEUS, 2013). A Constituição Federal de 1988 passa a especificar os princípios desse novo sistema, o SUS, definindo saúde como um:

[...] direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL,2013 p. 58)

Segundo Paiva e Teixeira (2014), a Reforma Sanitária instituiu uma agenda de mudança política para a sociedade, como o financiamento, gestão, pacto político e a formatação de um sistema de saúde, o que ocasionou no SUS como legado. A Reforma Psiquiátrica se dá nesse contexto histórico e político.

2.2 A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica, processo de transformação da assistência em saúde mental no Brasil, teve seu início no final da década de 1970. Inspirada pela a experiência da Psiquiatria Democrática do italiano Franco Basaglia, interroga as relações de exclusão que se estabelecem com a loucura, de forma que busca visibilizar a Loucura como instituição a ser desinstitucionalizada (TREPTE, 2013). A institucionalização é compreendida como um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturadas em torno de um objeto preciso: a doença mental (TREPTE, 2013).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro situa-se no contexto histórico e político de emergência dos movimentos sociais, de redemocratização do país, de aprovação das Leis Orgânicas de Saúde 1990 (Lei Nº 8.080 e Lei Nº8.142), como também de movimentação social ao redor do debate sobre a política de saúde do país na década

de 1970. Os movimentos sociais tiveram influência também sobre a saúde mental, e em 1978, foi constituído o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que em 1987 passou a se denominar Movimento da Luta Antimanicomial (MATHEUS, 2013)¹². Outro marco histórico para esse processo foi a “Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica”, realizada em Caracas, em 1990. Na “Declaração de Caracas” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990) os países da América Latina comprometeram-se com a reestruturação do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, de maneira que a internação hospitalar não seria a única solução para as questões de saúde. Salvaguardar os direitos civis, os direitos humanos e a permanência destes no meio comunitário foram princípios norteadores dessa declaração.

Esses acontecimentos influenciaram a forma de pensar a loucura e de atuar politicamente sobre ela no Brasil. No Rio Grande do Sul, a Lei Estadual Nº 9.716, promulgada em 7 de agosto de 1992, dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. A previsão da implantação da rede integral em saúde mental segue os preceitos de descentralização e municipalização¹³. A Lei Estadual afirma sobre a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico:

Art. 2º - A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (RIO GRANDE DO SUL, 1992, s.p)

Uma década depois, em de 6 de abril de 2001, a Lei Federal n º 10.216 define a Reforma Psiquiátrica para todo o território brasileiro, dispondo sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais, como também modifica o modelo de assistência em saúde mental no Brasil. A Lei 10.216 regulamenta os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental e suas ações; a Lei discorre ainda sobre a internação psiquiátrica e as suas modalidades, sobre os pacientes com longo tempo de

¹² Esse movimento, segundo Mateus (2013), teve influência nas Conferências de Saúde Mental, Conselhos de Saúde e na formulação da política nacional de saúde mental.

¹³ Municipalização e descentralização são princípios do SUS, garantidos pela Lei nº 8.080/1990, explicitada na seção anterior que dialoga com a Reforma Sanitária.

hospitalização psiquiátrica e dependência institucional, e sobre pesquisas científicas. A lei aprovada deixa clara a prioridade do tratamento na comunidade e condena o que nomeia de “instituição com características asilares”:

Art. 4.º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1.º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio. § 2.º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3.º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2.º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2.º (BRASIL, 2001 s.p)

Referente ao processo de desinstitucionalização e gradativa substituição do modelo hospitalocêntrico proposto pela Reforma Psiquiátrica, segundo o “Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (BRASIL, 2005), instrumentos de gestão como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrico (PNASH/Psiquiatria, criado em 2002) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH, criado em 2004) complementam as ações da Política de Saúde Mental e permitem a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos.

Atualmente, como resultado do processo da Reforma Psiquiátrica, a Política de Saúde Mental¹⁴ busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, baseado na livre circulação e na inclusão social das pessoas em situação de sofrimento psíquico. Tecida por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os princípios da Reforma tomam forma.

2.2.1 Redes de cuidado em saúde mental e políticas públicas

Idealizada por uma lógica de socialização do poder, traduzida pela Constituição Cidadã de 1988, o processo de democratização no Brasil representou a necessidade de estabelecer uma nova relação entre sociedade e Estado (ANDRADE, 2006). Pilares de

¹⁴ Segundo Mateus (2013 p. 35) “não faz parte da política nacional o estímulo ao desenvolvimento e adoção de protocolos ou diretrizes de ação para os problemas mais frequentes em saúde mental. Aqui, a política brasileira contrasta com as recomendações de ações voltadas para cuidados essenciais dos principais transtornos mentais da população, que trabalham com base na criação de diretrizes de diagnóstico e tratamento”. A política de saúde mental é instituída e norteada pela Lei Federal n.º 10.216/2001, e especificamente no Rio Grande do Sul pela Lei Estadual N.º 9.716/1992.

descentralização e de participação social foram construídos como um indicativo de compartilhamento do poder entre governo e sociedade, visando dar novos rumos à governabilidade. Como propõe Andrade (2006), as políticas públicas, não sendo mais atreladas à ação de um governo central, necessitam também ser produzidas e coproduzidas pela ação de outros atores. Nesse contexto emergem novas necessidades de compreensão do processo de formação de políticas públicas, a partir de uma ótica das relações múltiplas de atores (ANDRADE, 2006).

As Políticas de Saúde, através de uma perspectiva generalista, organizam suas ações desde 2010¹⁵ (BRASIL, 2010) no âmbito do SUS por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). É um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A organização da RAS, por sua vez, exige a definição da região de saúde¹⁶ que definirá as linhas de cuidado e o rol de ações e serviços que serão ofertados numa determinada região (BRASIL, 2010). Região de Saúde é compreendida como um espaço geográfico que é contínuo e constituído por agrupamentos de municípios que “são limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados”; a organização em regiões de saúde dos serviços do SUS tem por objetivo integrar o planejamento, a organização e a execução de ações e serviços de saúde¹⁷.

Na presente pesquisa, centrada no tema da saúde mental, observa-se que cada região de saúde deve possuir atenção psicossocial (BRASIL, 2013), que no mínimo, assista aos municípios pertencentes àquela região, de forma que as pessoas não precisem realizar um deslocamento significativo para utilizar esses serviços. No Rio Grande do Sul

¹⁵ Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, de 30/12/2010

¹⁶ Os critérios para definição de uma Região de Saúde são: população(300.00 habitantes com um desvio padrão de 200.000) e raio de distância em as localidades, levando em consideração a disponibilidade de acesso(estradas)(RIO GRANDE DO SUL, 2016) Segundo o material elaborado pelo Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2016), o ponto de corte para instituição de uma Região de Saúde na perspectiva da atenção psicossocial é possuir Hospital Geral de Referência com leitos para álcool e outras drogas (1 leito para 15.000), como também leito à atenção em saúde mental (0,16 leitos para 1.000 hab.). Como sugere o Art. 5º do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde.

¹⁷ Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011

existem 30 Regiões de Saúde, segundo a Resolução nº555/12- CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Visando a realização de um cuidado integral e da efetivação de uma Política Nacional de Atenção Básica, a partir da Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), foi instituída a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que, normativamente, constitui-se de arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde especializados com diferentes complexidades. Essa é composta por redes temáticas¹⁸, dentre as quais observo e problematizo a RAPS.

A Política de Saúde Mental oferece as diretrizes, com base nos princípios e na lei da Reforma Psiquiátrica, normatizando as ações que se concretizam através de uma Rede de Atenção Psicossocial. Sujeitos em situação de sofrimento mental, com demandas decorrentes dos transtornos mentais, bem como de consumo de crack e outras drogas são o público alvo dessas ações e usuários dos serviços da Rede. Os serviços são de base comunitária atuando através da perspectiva territorial, de maneira que buscam adequação às necessidades de cada região (BRASIL, 2013) A RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), propõe um modelo substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e é composta pela Atenção Básica, a Atenção Psicossocial Especializada, os serviços de urgência e de emergência, a Atenção Hospitalar, as Estratégias de Desinstitucionalização e as Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Quadro 2).

Quadro 2 - A Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde, • Núcleo de Apoio a Saúde da Família, • Consultório na Rua, • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades¹⁹.

¹⁸ Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

¹⁹ Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), principal equipamento de saúde mental do SUS, foram regulamentados pela portaria MS/GM n.º 336, de 20 de fevereiro de 2002, e pela portaria MS/GM n.º 2.841, de 20 de setembro de 2010. Definido como “um serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. São classificados em três modalidades de acordo com a complexidade (CAPS I, CAPS II e CAPS III). As diferenças estão no horário de funcionamento e tamanho da equipe. A complexidade é definida a partir do tamanho do município. Também é organizado conforme populações específicas: CAPS i (infância e adolescência) e para sofrimento mental em decorrência do álcool e outras drogas (CAPS AD). Os CAPS devem atender urgências, acompanhar os pacientes mais graves, oferecer

Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidade Terapêutica)
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência em Hospital Geral para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Brasil (2011). Elaborado pela autora²⁰

Atualmente, o país tem 2790 CAPS e o estado do Rio Grande do Sul, 199 (BRASIL, 2016). Segundo dados do CNES, no Rio Grande do Sul existem 2.187 leitos psiquiátricos do SUS e 349 leitos de saúde mental (BRASIL,2016). Referente aos municípios e aos leitos de internação psiquiátrica/saúde mental que sujeitos acompanhados pelas pessoas entrevistadas residiam, apresento o seguinte quadro:

Quadro 3 - Leitos psiquiátricos e leitos clínicos em saúde mental oferecidos pelo SUS por município de entrevistada

Município	Leitos psiquiátricos SUS	Leitos clínico em saúde mental SUS	Total de leitos
Alvorada	0	0	0
Viamão	112 ²¹	6	118
Pelotas	174	0	174
Canoas	28	10	38
Ivoti	2	2	4
Gravataí	6	0	6
Porto Alegre	471	46	517

oficinas de oferta de trabalho, orientar a Atenção Básica, controlar medicações psicotrópicas de alto custo, realizar atividades culturais e educativas para a comunidade, entre tantas outras funções (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

²⁰ Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011)

²¹ Vale observar 100 dos 112 leitos que constam no cadastro do município de Viamão pertencem ao Hospital Colônia Itapuã, estabelecimento que não mais recebe sujeitos para internação psiquiátrica nem para hanseníase. Atualmente somente vivem os moradores no Hospital Colônia Itapuã.

Xangri-lá (Rainha do Mar)	0	0	0
---------------------------	---	---	---

Fonte: BRASIL (2016). Elaborado pela autora.

A Atenção Hospitalar proposta pela RAPS não se refere aos hospitais especializados em psiquiatria ou em saúde mental. É bastante clara quando propõe internações em enfermarias de especializadas em hospital geral ou então em serviços de referência em hospital geral. Portanto, o Hospital Psiquiátrico São Pedro não pertence à Rede de Atenção Psicossocial, mas é uma possibilidade de *pouso* desse caminho em busca do cuidado. Em determinados momentos, esse caminho é percorrido nos trajetos proporcionados pela RAPS, saberes e espaços, como as práticas formais de exercício de saúde pela perspectiva biomédica (KLEINMANN, 1980 in ALVES & SOUZA, 1999); em outros momentos, os caminhos são percorridos por outras redes de cuidado que não estão inseridos normativamente nessa rede formal.

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) que institui a RAPS delimita quais instituições que compõem essa Rede proposta pelo Estado (Quadro 2). Essa, por sua vez, é composta por organizações privadas, públicas estatais e não governamentais basicamente, sugerindo analiticamente a abordagem multicêntrica, abordagem muito debatida no campo das políticas públicas. Esse debate insere-se no questionamento do próprio termo “política pública”: se esse está relacionado ao objetivo (abordagem multicêntrica) ou ao seu formulador (abordagem estatista) (LIMA, 2012). A abordagem multicêntrica foca-se na origem do problema a ser enfrentado, desta forma é uma política “pública” se o problema a ser pensado é público. Essa abordagem enfatiza a capacidade de atuação pluralista dos atores sociais nas políticas públicas, e não compreende como unicamente condicionadas pelo poder do Estado (RUAS & ROMANINI, 2013). Leonardo Secchi (2010) considera a abordagem multicêntrica as

[...] organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, rede de políticas públicas (*policy networks*), juntamente com atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas (DROR, 1971; KOOIMAN, 1993, RHODES, 1997, REGONINI, 2001 in SECCHI, 2010, p.2)

No entanto, o cuidado que os sujeitos buscam não se inserem unicamente na RAPS como uma rede multicêntrica, e sim em uma rede multicêntrica consideravelmente diversa e que o eixo temático não é unicamente a saúde mental, mas sim o cuidado. Existe uma rede ampliada, de instituições e saberes, podendo ser do Estado e/ou da sociedade

civil, composta por atores sociais de diversos setores, como saúde, educação e assistência social. Tal rede de cuidado é composta por instituições filantrópicas²², instituições privadas²³, instituições públicas e instituições religiosas. Serviços e instituições do sistema de justiça – como os Juizados, o Plantão Judiciário no Fórum, a Defensoria Pública, a Polícia Militar e a Polícia Civil, e advogados – também são acionadas (tanto pelos sujeitos em situação de sofrimento psíquico, quanto por seus acompanhantes) em busca de solução para alguma questão de saúde mental, como por exemplo os requerimentos de Ordem Judicial para Internação Psiquiátrica Compulsória, fazendo com que essas instituições realizem encaminhamentos em direção aos hospitais e às enfermarias psiquiátricas. Tais atores e instituições coexistem e por vezes não se comunicam em um mesmo espaço e problemática. São setores que possuem diversas responsabilidades e atribuições quanto ao cuidado de seres humanos²⁴, e aqui nesse caso em saúde mental também.

Sobre redes de política, diferentes perspectivas teóricas no campo de políticas públicas vêm sendo discutidas. Andrade (2006), em seu artigo propõe a teoria do ator-rede (proposta por Bruno Latour) como forma de análise para a formação de políticas públicas. Apresenta uma grande discussão conceitual sobre redes ancorada no contexto de descentralização e participação social que possibilita e necessita, segundo a autora, uma compreensão do processo de organização a partir do ponto de vista das relações múltiplas de atores, aquilo que debate a teoria do ator-rede.

Andrade (2006) propõe uma discussão sobre a teoria de redes de políticas nesse artigo. Ela apresenta o ponto de vista de Kenis e Schneider (1991 IN ANDRADE, 2006), que entendem que as redes de política permitem compreender o *policy making* a partir da ótica de atores múltiplos inter-relacionados, distanciando-se da centralidade de ação do Estado na condução de políticas públicas (KENIS; SCHNEIDER, 1991 in ANDRADE, 2006, p.36). Para eles, as redes de políticas seriam maneiras de organizar ações coletivas e assim resolver problemas comuns. Já Agranoff e McGuire (2001 in ANDRADE, 2006), enfatizam outro ponto de vista sobre as redes de política além da questão da ação coletiva construída por interesses comuns, compreendendo que essas existem como forma de

²² Por exemplo, as mais conhecidas, a Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos (AGAFAPE) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

²³ Como por exemplo as Comunidades Terapêuticas, que são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público, com ou sem vínculo religioso (BRASIL, 2016).

²⁴ Como por exemplo a escola, a igreja, os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), o posto de saúde, as clínicas especializadas, etc.

estruturar políticas públicas de maneira coletiva e de dar conta das questões de interdependência e de complexidade das relações governamentais. Nesta acepção, é como se as redes possuíssem um comportamento democrático e simétrico.

As duas abordagens citadas anteriormente buscam compreender as redes como um conjunto de relações estáveis e simétricas, cujos autores compartilham interesses comuns e buscam alcançar metas e organizar ações de maneira cooperativa. Essas abordagens, no meu ponto de vista, reduzem a perspectiva de rede de política pela idealização sobre como os atores e as redes fluem nessa inter-relação. Borzel (2002 in ANDRADE, 2006) alerta sobre essas abordagens nesse mesmo sentido, já que o processamento das relações de poder, nessas abordagens, não é algo que fica claro. O poder e a representação social são desconsiderados, visto que a rede multicêntrica, especialmente a rede demonstrada nessa pesquisa, é composta por diversos setores, com algumas atribuições comuns e poderes assimétricos. Portanto, diferente do que Leonardo Secchi (2010 p. 96) propunha de que “os atores da rede possuem interesses distintos, mas interdependentes, e tentam resolver problemas coletivos de uma maneira não hierárquica”, a situação dessa rede de cuidado não se apresenta dessa maneira. Por exemplo, as internações compulsórias realizadas através de ordens judiciais são determinadas pelo Juiz e somente por ele, portanto, existe uma hierarquia e *jogos de poder* tanto de atores, quanto de instituições²⁵.

Schmitt (2011), inserida na temática do desenvolvimento rural, discute a abordagem conhecida como perspectiva orientada aos atores, inspirada por Long, Arce e Douwe van der Ploeg, e apresenta algumas considerações importantes referentes a produção de um discurso. Existe a convergência de discursos e saberes que sustentam práticas, ou seja, a interdependência de um discurso²⁶, que, é construído através da relação de saberes, poderes e práticas. Para a autora as redes mobilizam essas relações, esses recursos e significados, de forma a realizar a interconexão de mundos e conhecimentos diferentes, interligando uma pluralidade de arenas (SCHMITT, 2011). Nesse sentido, a

²⁵ Obtive uma experiência de campo bastante ilustrativa para esses *jogos de poder*. Em fevereiro de 2016, uma adolescente de 15 anos, encaminhada pela psiquiatra do CAPS do seu município, foi fazer avaliação no SAT e não teve indicação de internação psiquiátrica. Dois dias depois retornou e a psiquiatra do CAPS reivindicou conversar com a psiquiatra plantonista do SAT daquele dia e disse: “*Se ela não internar hoje, vou fazer uma ordem judicial*”.

²⁶ As ações não necessariamente são interdependentes, visto que uma instituição pode atuar sem depender da ação de outra. Ou seja, as pessoas não necessariamente transitam pelos setores da educação e pelo sistema de justiça para realizar um acompanhamento em saúde mental ou internação psiquiátrica, apesar desses setores possuírem capacidade de encaminhamento e interferência na rede. É a interdependência de um discurso num sentido de compartilhamento de significados acerca do conhecimento sobre algo, no caso a saúde mental, como também de práticas realizadas nesse sentido.

rede em questão para essa pesquisa possibilita a mobilização não só de práticas e encaminhamentos em direção a instituições e sujeitos, mas de conhecimentos compartilhados que assim sustentam essas práticas.

2.3 Hospital Psiquiátrico São Pedro: breve trajetória e caracterização

O Hospital Psiquiátrico São Pedro foi a primeira instituição psiquiátrica do Rio Grande do Sul. Foi criado em 13 de maio de 1874 e inaugurado apenas em junho de 1884, recebendo a denominação Hospício São Pedro. Foi o sexto hospício ou chamado “asilo de alienados” implantado durante o Segundo Reinado no Brasil (CHEUCHE, 2014). Vale observar o significado da palavra hospício (do latim “*hospitium*”), que significa hospedeiro de doentes pobres e incuráveis, e a palavra alienados (do latim “*alienus*”), que significa estranho a si mesmo ou à comunidade local. Apenas em 1962 é que o espaço foi renomeado de Hospital Psiquiátrico São Pedro (CHEUCHE, 2014).

A criação de um asilo de alienados no final do século XIX fez parte de um processo de saneamento social de Porto Alegre, avalizado por um processo de higienização, que colocava tal asilo para além da urbe, fora dos portões da cidade. Neste processo de higienização, foram deslocados para a periferia da cidade os estabelecimentos que abrigavam enfermidades, detenções e sepultamentos. O isolamento e as longas internações foram os métodos empregados como prática terapêutica de reabilitação mental (CHEUCHE, 2014).

Atualmente, o Hospital Psiquiátrico São Pedro é um hospital especializado, administrado pelo Poder Público Estadual (BRASIL, 2014). O Hospital não mais atende os alienados, mas sim os sujeitos em sofrimento psíquico, oferecendo serviços ambulatoriais psiquiátricos, como também serviços hospitalares de internação psiquiátrica considerados de média complexidade (BRASIL, 2014). É um hospital psiquiátrico que atende exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo 120 leitos hospitalares para o acolhimento à crise de sujeitos pertencentes à 1ª, 2ª e 18 Coordenadorias Regionais de Saúde. Vale observar que a internação psiquiátrica deverá ocorrer por períodos de curta permanência, e a porta de entrada para essa experiência do internar se dá no Serviço de Admissão e Triagem (SAT), local em que a presente pesquisa foi realizada. Atualmente, o Hospital não integra formalmente a RAPS (Quadro 2).

O Hospital Psiquiátrico São Pedro organiza-se, sinteticamente, em diferentes serviços que por ele são oferecidos. São eles: o Ambulatório Melanie Klein, seis Unidades de Internação, sete Unidades de Moradia e seis Residenciais Terapêuticos.

O Ambulatório Melanie Klein é um ambulatório de psiquiatria. É responsável pelo atendimento da população residente do município de Porto Alegre, especificamente moradores dos bairros Partenon e Lomba do Pinheiro. O serviço ambulatorial possui programas específicos, como: Esquizofrenia, Transtorno de Humor, Dependência Química, Borderline, Transtorno de Ansiedade e Clube da Amizade. Estes serviços se dão através de atendimentos individuais e grupais. A equipe é composta por médicos psiquiatras, médicos residentes em psiquiatria, médico neurologista, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, acompanhantes terapêuticos, estagiários de psicologia, serviço social e medicina.

As Unidades de Internação são caracterizadas pela presença de pacientes internados no hospital devido a alguma crise ligada ao seu transtorno psíquico²⁷. A entrada destes pacientes no hospital ocorre através do Setor de Admissão e Triagem. Desde abril de 2016, os pacientes chegam ao Setor de Admissão e Triagem através de encaminhamento pela Central de Leitos do Estado. As seis Unidades de internação para o momento da crise são: Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS criança e adolescente- são considerados duas unidades), Jurandy Barcellos (Unidade de Desintoxicação- masculina), Mario Martins (feminina), Mário Martins (masculina) e José Barros Falcão (masculina). Estas unidades, no seu total, são compostas por 120 leitos²⁸. Cada unidade de internação possui uma equipe multidisciplinar com psicólogos, médicos psiquiatras, médicos clínicos, médicos residentes em psiquiatria, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Para a realização de uma internação psiquiátrica no HPSP, é necessário realizar uma triagem no SAT. O SAT é a porta de entrada do hospital, o espaço de emergência psiquiátrica, composto por sucessivas avaliações desde o setor de registro ao serviço social. Compõem a equipe desse setor os funcionários administrativos, funcionários do registro plantonistas, médico clínico geral plantonista, médico psiquiatra plantonista, assistente social plantonista, técnicas de enfermagem plantonistas, psicóloga, enfermeira

²⁷ A internação nessas unidades deverá ocorrer por períodos de curta permanência. Essa medida é um dos resultados da reforma psiquiátrica.

²⁸ O HPSP dispõe de mais 10 leitos além dos 120 (leitos extras) para eventuais lotações de aguardo de vaga de internação, configurando, então, 130 leitos. São os chamados “leitos extras”.

e coordenação do setor. Nesse local são realizadas as avaliações psiquiátricas, clínicas e psicossociais, a triagem dos sujeitos que internam e os que não internam. Apesar da recente formalização do processo de encaminhamento ao HPSP pela Central de Leitos do Estado do Rio Grande do Sul, a busca pela instituição também se dá de outras formas sem o encaminhamento, ficando o atendimento e a avaliação a critério de quem faz o acolhimento no SAT. Tal acolhimento, que é realizado não necessariamente pela equipe do Serviço de Acolhimento, mas pelos funcionários de plantão, envolve uma avaliação que procura observar a gravidade do caso, entre outros elementos, que não são o foco do presente estudo.

As Unidades de Moradia são caracterizadas pela presença de pacientes que residem no Hospital Psiquiátrico São Pedro, os chamados pacientes asilares. São conhecidos como aqueles sujeitos que perderam vínculo com a sociedade familiar²⁹. Esses pacientes asilares são resultado de uma política de institucionalização de pessoas em situação de sofrimento psíquico realizada no período anterior à Reforma Psiquiátrica. Hoje não mais os sujeitos em sofrimento psíquico realizam longas internações e o isolamento social não mais é terapêutico, como referi nos capítulos anteriores. As sete Unidades de Moradia são: Unidade Celestino Prunes, Unidade Missões, Unidade Moisés Roitmann, Ana Freud, Madre Matilde, Juliano Moreira e Ana Neri. No Censo Diário do Serviço de Admissão do dia 13/10/2014 residiam 174 moradores asilares no hospital. As unidades asilares possuem uma equipe multidisciplinar com psicólogos, médicos psiquiatras, médicos clínicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiras e técnicos de enfermagem (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO, 2014).

Os espaços denominados como Moradas e Residenciais Terapêuticos são componentes da Rede de Atenção Psicossocial e são caracterizados por compreenderem as estratégias de desinstitucionalização (BRASIL, 2014) Segundo o *Censo de Serviços Residências Terapêuticos* (2014) existem seis espaços pelos quais o HPSP é responsável. São esses: Morada São Pedro, Morada Viamão, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Paissandu, SRT Martin Bromberg, SRT Alfred Sehbe e SRT Américo Vespúcio. Residem aproximadamente 84 moradores, segundo este mesmo Censo (atualizado 19/09/2014). As

²⁹ O HPSP, desde a década de 1970/ 1980 realiza o processo de desinstitucionalização dos pacientes e continua realizando ainda hoje a desativação dessas unidades e encaminhamento dessas pessoas para as famílias ou residenciais terapêuticos. Muitos pacientes residem há mais de 40 anos no HPSP e muitos desde adolescentes. Hoje, grande parte dos moradores são idosos. Existem alguns pacientes que possuem aproximadamente 40/50 anos (chamados de *juvenis*) e muitas dessas pessoas foram encaminhadas ao HPSP pela hoje extinta Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM) na década de 90 (Diário de Campo fevereiro de 2015).

Moradas e Residenciais Terapêuticos situam-se fora dos portões do HPSP e são os espaços que muitos pacientes que eram moradores do HPSP, por exemplo, (e de outros locais, como por exemplo o Hospital Colônia Itapuã, localizado em Viamão) foram residir a partir da desinstitucionalização. Com a finalidade de explicar de uma maneira simplificada esses locais, os residenciais terapêuticos geralmente são casas (e não uma configuração hospitalar) nas quais um número pequeno de pacientes reside.

3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: REFLEXÕES TEÓRICAS ACERCA DOS CAMINHOS DE CUIDADO

Da mesma forma que existe um conjunto de representações ligadas ao corpo, à saúde, à doença e ao cuidado, existe uma série de práticas que são orientadas por essas representações que determinam quais caminhos percorrer em caso de adoecimento. Esses fenômenos inter-relacionados e interdependentes, a percepção sobre o adoecimento e o comportamento em relação ao cuidado/tratamento, tem como importante ambição para trabalhos de pesquisa o conhecimento dos dispositivos de cuidado acionados pelo paciente e pela família, de forma a adequar estratégias relacionadas à promoção da saúde.

O ponto de partida desta pesquisa é o itinerário terapêutico, conceito originalmente proposto pelo antropólogo francês Augé (1984 in FERREIRA & SANTOS, 2012), entendido como o caminho percorrido pelo indivíduo na busca de solução para seus problemas de saúde diante de uma diversidade de recursos possíveis³⁰. É essencial neste conceito teórico que o pesquisador busque compreender o ponto de vista dos próprios atores sobre como se dão suas experiências de adoecimento e de cura (FERREIRA & SANTOS, 2012). Como propõem Alves e Souza (1999 p. 125)

A literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. No caso das sociedades complexas modernas, esse fato assume maior proporção e significado.

Esses autores alertam que os caminhos percorridos pelas pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente possuem fluxos estáticos e pré-determinados. As escolhas manifestam construções subjetivas individuais e coletivas sobre o processo do adoecimento, de saúde e do tratamento, definindo ações que constituem um percurso singular (ALVES & SOUZA, 1999). Itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos gerados por indivíduos ou grupos relativos ao processo de saúde-preservação ou recuperação (MARTINEZ, 2006 in CABRAL et al., 2009). Os sujeitos mobilizam diferentes recursos e saberes, que vão desde cuidados caseiros e práticas religiosas até dispositivos biomédicos.

³⁰ Inicialmente foi aplicado às sociedades tradicionais africanas. Atualmente foi incorporado por pesquisadores de complexos urbanos.

Em uma pesquisa realizada por Cabral e colaboradores (2009), sobre o estado da arte das pesquisas sobre itinerário terapêutico, os autores apontam que a expressão “itinerários terapêuticos” é compreendida como uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões, que, possuindo a enfermidade como objeto, constrói um determinado percurso de cura (CABRAL et al., 2009). Favero-Nunes e Santos (2009) em um estudo sobre itinerários terapêuticos percorridos por mães de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo, denominam itinerário terapêutico como um processo de escolha, avaliação e adesão a determinadas formas de tratamento efetuadas por indivíduos ou grupos sociais. Reinaldo e Saeki (2004) propõem:

O itinerário terapêutico é uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma trajetória e se caracteriza pela forma como o sujeito elabora ou define a sua situação dentro de um dado fenômeno sócio-cultural, no nosso caso, o processo saúde-doença (p.397)

Referente às concepções e explicações sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas durante a experiência de adoecimento, Arthur Kleinman (1980), guiado pela antropologia interpretativa de Geertz, desenvolveu um modelo diferenciado ao construir os conceitos de Modelos Explanatórios (*explanatory models*) e Sistema de Cuidado à Saúde (*health care system*) (1980 in CABRAL et al., 2011). Os Modelos Explanatórios, as concepções e explicações da enfermidade, segundo este autor definiriam qual setor do Sistema de Cuidados à Saúde será acionado no processo de cuidado (CABRAL et al., 2011), ou seja, qual caminho de cuidado será percorrido. Para Kleinman (in ALVES & SOUZA, 1999), a maioria dos Sistemas de Cuidados com a saúde contém três arenas (ou subsistemas) sociais (interligadas ou não) dentro das quais o adoecer é vivenciado: profissional, *folk* e popular. O profissional é constituído pelas práticas formais de exercício da medicina (biomedicina) e pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados (chinês, ayurvédico e etc.). O popular compreende os cuidados caseiros e automedicação. O *folk*, por fim, seriam as práticas místicas e religiosas de cuidado, especialistas 'não oficiais' da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros (ALVES & SOUZA, 1999). Relacionando o conceito de itinerário terapêutico ao conceito de Sistema de Cuidado à Saúde proposto com Kleinman (1980), Mattosinho & Silva (2007 p. 3) apresentam uma questão interessante sobre esses caminhos de cuidado:

O Sistema de Cuidado à Saúde fornece às pessoas caminhos para a interpretação de sua condição e ações possíveis na busca do tratamento para sua doença. E é, na realidade social, mutante e dinâmica, onde são construídas as doenças, seu processo de tratamento e cura.

Nesse sentido, o sujeito que percorre esse itinerário deve ser entendido como alguém que compartilha com outros um conjunto de crenças e receitas práticas adquiridas e reformuladas ao longo de uma trajetória biográfica única (ALVES & SOUZA, 1999):

A ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. Aqui, novamente, temos dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais. Segundo, o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado. Só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente. Por conseguinte, se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações, quanto discurso sobre essas ações (ALVES & SOUZA, 1999 p. 133).

Escolha, interdependência e sucessão de eventos, dinamicidade, construções subjetivas (coletivas e singulares), experiência, tomada de decisão fazem parte um vasto cabedal de palavras chaves referentes ao conceito de itinerário terapêutico. A preocupação sobre como, porque e em que momento as pessoas movimentam-se com a finalidade de resolver suas demandas e problemas de saúde, tem se apresentado cada vez mais necessária em estudos referentes ao planejamento, gestão, organização e avaliação de serviços de saúde (CABRAL et al., 2011). Dessa forma, compreender a percepção de saúde do usuário do serviço de saúde e seus dispositivos de cuidado, bem como de que maneira ele transita e se inter-relaciona com essa rede de instituições e de conhecimentos, seja na Rede de Atenção Psicossocial, seja na rede alternativa de outros conhecimentos referentes ao cuidado, torna-se crucial para a qualificação e adequação de estratégias que visam uma melhoria da saúde da população, bem como o monitoramento e a implementação de políticas.

4 NARRATIVAS E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM DIREÇÃO AO HPSP

As narrativas foram fundamentadas e provocadas a partir das entrevistas em profundidade, e assim, os itinerários terapêuticos foram reconstruídos. Acrescentamos nessas histórias as impressões e anotações do diário de campo, bem como as informações provenientes dos prontuários dos sujeitos acompanhados pelo público alvo dessa pesquisa que realizaram a internação no HPSP.

Nas narrativas o individual é político e as histórias particulares são preservadas, resultando em uma imagem de um indivíduo ou de um grupo (RIESSMAN, 2008). As mulheres que participaram do presente estudo vivem situações que são bastante comuns; ainda que não sejam estatisticamente representativas, elas revelam acontecimentos que são da ordem social e política. A fala de uma mãe sobre a situação que ela está vivenciando com o seu filho no HPSP não é unicamente sobre um acontecimento individualizado:

Só sei que essa história é muito difícil[...]Acho que pra todo mundo que tem um filho, um parente nessa situação é muito difícil... e não é só eu... Tem muitos. [...] Conheço até uma amiga minha que tem dois filhos e os dois tão nisso. Até quando a gente tava esperando pra ir embora, uma outra amiga minha veio lá e me pediu, daí ela disse ‘tu lembra da Eleuze? Os dois dela tão na rua de novo. Tem dois filhos. Dois nisso. Tá louco! (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

4.1 Trajetórias rizomáticas infanto-juvenis

4.1.1 Engavetamentos concretos que direcionam a “gavetas de concreto”

Maria Júlia é mãe de um menino de 13 anos, Ray. Residentes de Viamão, percorreram uma longa trajetória que culminou em uma internação psiquiátrica no HPSP. A trajetória não se deu necessariamente em busca da internação psiquiátrica, mas sim de algum tipo de “ajuda”.

A família é beneficiária do Programa Bolsa Família, “*desde quando eles eram pequenininho*”. Acessou programa através das “*freiras*”, na “*arquidiocese*” da região:

[...] lá nas freira, tinha uma freira, que como eu passei a minha infância toda na igreja católica, eles viram meus filhos crescerem e sabiam da minha história de vida [...] na época eu tava desempregada, elas me ajudavam. Quando saiu o Bolsa Família elas fizeram a minha inscrição (Maria Júlia, mãe de Ray).

O menino está na quarta série e tem 13 anos, “*nunca conseguiu ter uma atenção, ficar parado, prestar atenção*”. Quando ele tinha 8 anos, Maria Júlia optou por retirá-lo

da escola e dessa forma, para que ele se comportasse, ameaçava que o levaria ao Conselho Tutelar:

Como ele tava tendo muito problema na escola, né... eu optei por tirar ele da escola, deixar ele em casa... porque ele incomodava demais na escola... era toda semana, duas três vezes na semana, o colégio me chamava [...] eu optei que ninguém tinha obrigação de aturar o meu filho na forma que ele era... agressivo, falava umas coisas pras pessoas assim... eu não achava justo ter que tá suportando uma criança mal educada que era o Ray com as pessoas mais velhas. Por mais que eu tivesse dado toda a educação... até porque os outros [filhos] não são da mesma forma, respeitam tudo e todos. Eu não achava isso certo. Acabei tirando ele da escola. E daí eu ameaçava ele: ‘ó se tu cair no Conselho [Tutelar], a coisa vai ser de outro jeito’, pra ver se ele mudava a forma de agir, pra não chegar nesse ponto (Maria Júlia, mãe de Ray).

Fazem parte da trajetória do menino fugas, mentiras, roubos, boletim de ocorrência policial, revoltas e Conselho Tutelar. Quase que como um ciclo repetem-se. A mãe acredita que ele rouba para fazer “*brique*”, “*comprar coisas para passar bem*”. Conta que ele sempre teve uma “*personalidade forte*” e que ele fugia da escola, “*pegava um ônibus e sumia*”. Em uma dessas fugas, preocupada, Maria Júlia, resolveu buscar pela primeira vez o Conselho Tutelar. Isso aconteceu há 4 anos. Nesse momento, o Conselho Tutelar orientou ela a recolocá-lo na escola, dizendo “*que o conselheiro da escola tinha que fazer um planejamento, encaminhar ele e tudo mais*”. Na escola o Serviço de Orientação Educacional (SOE) e a conselheira tentaram inúmeras medidas com Ray, mas que resultaram “*sempre [n]a mesma coisa*”. Optou por trocá-lo de escola, para uma escola mais distante, acreditando que isso poderia ser melhor. No início desse ano ele foi “*expulso*” dessa escola, pois “*brigou com um menino*”.

Diante dessa piora do comportamento do filho diversificou os recursos acionados e aliou a busca ao Conselho Tutelar às questões de cuidado espiritual e afetivos:

Só não recorri ao batuque, mas igreja, minha mãe é espírita. Eu vou na igreja [...], eu já apelei pra tudo... vivo dizendo que eu amo ele, [...] que o que eu sinto pelo meu marido não se compara ao que eu sinto por eles [filhos] [...] luto por ele porque ninguém vai tirar... como eu já perdi o meu irmão mais velho, por droga, tudo isso. A gente abre o jornal e é só porcaria... e eu não quero ter que perder dessa forma (Maria Júlia, mãe de Ray).

Nos últimos tempos Maria Júlia começou a buscar o Conselho Tutelar incessantemente devido ao aumento de fugas, roubos e questões do “*comportamento*”. Conta que antes ela resolvia as questões de comportamento via escola. Recorreu inúmeras vezes ao Conselho Tutelar em diversas regiões do município de Viamão. Em sua narrativa, revela-se que ela entende que foram pouco resolutivos quanto à sua demanda:

Como eu acredito que é um conselheiro por dia, era só na segunda feira que eu podia falar com a minha conselheira [...] como eu ia quase diário ‘o Ray não

foi na escola, o Ray fugiu, o Ray fez isso', eu tinha que tá sempre falando toda a história sempre pra um conselheiro diferente [...] quando chegava o dia da conselheira dele, ela não sabia de nada, não tinham passado nada pra ela. [...] achava que tinham resolvido, que iam me dar uma luz e ela não sabia de nada (Maria Júlia, mãe de Ray).

O Conselho Tutelar encaminhou Ray para dois abrigos no município de Viamão com a finalidade de protegê-lo das pessoas que o ameaçavam de morte devido ao seu comportamento. Ficou por volta de 60 dias em cada abrigo. Em um desses abrigos, o “*abrigo da 48*”, conta que a responsável pelo abrigo queria realizar um registro contra ela “*por abandono a incapaz*”. Questiona a todo momento o papel do Conselho, descrito por ela como uma instituição que somente engaveta folhas, a acusa e não protege a criança:

Aqui é pra proteger o bem estar da criança. E eu tô pedindo pra proteger ele por enquanto[...] e que que vocês fazem pra ele? Nada... ele vai acabar sendo morto, amanhã ou depois e quem é que vai resolver? Pra vocês vai ser bom, porque daí pra vocês um a menos pra incomodar. Pronto, guarda a pastinha lá e deu. Isso que vocês tão esperando acontecer(Maria Júlia, mãe de Ray).

Percursos pelo Conselho Tutelar, boletins de ocorrência, medo da morte e uma audiência³¹ marcaram esse período. Maria Júlia, em um momento de desespero, conta que acorrentou o garoto em casa para que ele não fugisse, pois

Ele ficou uma semana na rua. [...] eu já tava imaginando que já tava morto. Minha mãe me ligou um dia dizendo que tinha um corpo lá que tava queimado e eu entrei em desespero. Que tinha ido lá e não tinha como reconhecer(Maria Júlia, mãe de Ray).

Devido ao fato de Maria Júlia ter acorrentado Ray em casa, foi agendada uma audiência. A juíza que presidiu a audiência transferiu a guarda do garoto para a avó materna de Ray – portanto, mãe de Maria Júlia. No período posterior à audiência, o menino iniciou o acompanhamento no CAPS de Viamão, encaminhado pelo Conselho Tutelar.

Em uma das fugas do filho, Maria Júlia, desesperada, resolveu ir ao CAPS conversar com alguém que o acompanhasse. Nos registros do CAPS

Não tinha nada do Ray. Que ele não tava fazendo tratamento com psicólogo, que ele só tava lá pra fazer aulas de instrumento. Era só pra isso que ele ia lá no CAPS [...] ela [a psicóloga] se espantou... porque o Ray com o problema dele né, como é que ele não tava fazendo acompanhamento com psicólogo e psiquiatra??(Maria Júlia, mãe de Ray).

³¹ A entrevistada não informou detalhes relativos à audiência.

Naquele dia, a psicóloga do CAPS sugeriu que Maria Júlia fosse à Defensoria Pública com vistas a conseguir uma internação, *“Pra ver se ele tinha problema com droga”*. Expressa seu desespero: *“Eu já tava pedindo pra ele ir pra FASE [Fundação de Atendimento Sócio-Educativo], pra ele tomar um choque de realidade, pra ele ver que ninguém tá brincando com ele”*. Alguns dias depois da sua decepção com o CAPS, lembrou da sugestão da psicóloga do CAPS e pediu para sua mãe:

Mãe, passa lá na Defensoria, pra ver se ele pode ser internado... porque não tem outro jeito, eles não tã dando outra opção mais. Eles não têm colégio, não têm internato. Nem no CAPS, nem psicólogo (Maria Júlia, mãe de Ray).

Foram à Defensoria Pública, entregaram os documentos requisitados, pegaram *“uma guia”*, e *“aí tinha que esperar”*.

Posteriormente a esse conflito com o CAPS e a ausência de cuidado para com o filho, que Maria Júlia demandava, a consulta com o psiquiatra foi agendada. Pela fala de Maria Júlia, o CAPS parece ter se aliado às demandas dela nesse momento. Na consulta com a psiquiatra, a equipe optou pela internação psiquiátrica do garoto no Hospital de Viamão, um hospital bem próximo do CAPS (ela fala da localização do serviço dizendo que é *“um atrás do outro”*). Conta que foi ao Hospital de Viamão com o filho, Ray, e a psicóloga do CAPS, onde ficaram aguardando das 11h até as 17:20 e que a *“enfermeira disse que não tinha vaga e que não ia ficar com ele”*, porque Ray deveria ter sido encaminhado via Central de Leitos. Às 17:30, depois de seis horas que esperavam, o médico disse a todos que aguardavam: *“não tem leito. Quem quiser esperar espera”*. Conta que ele *“Não olhou pra cara de ninguém, não olhou papel de ninguém [...] Foi só o que ele fez, com a pasta aqui, o telefone aqui, disse ‘quem quiser vai embora’*. Como haviam muitas pessoas na espera – e pessoas em situações mais graves que Ray, na sua leitura –, Maria Júlia e a psicóloga do CAPS resolveram deixar o Hospital de Viamão com Ray.

Maria Júlia fala com preocupação sobre o serviço psiquiátrico do Hospital de Viamão *“[na internação psiquiátrica] era tudo junto, droga, bebida, criança, esquizofrênico... tudo junto”*. A enfermeira que fez o acolhimento teria inclusive explicado a ela, enquanto responsável por Ray: *“Tu tem que ficar 21 dias, ele não pode ficar sozinho porque a ala lá é de todos, tem adulto, tem criança, tem louco, tem esquizofrênico. E como ele é de menor tem que ficar”*. A informação dada pela enfermeira referente ao período dessa internação era de que seria 21 dias, Ray sendo acompanhado pela mãe 24 horas por dia. Maria Júlia, Ray e a psicóloga retornaram ao CAPS, depois da

espera frustrada no Hospital de Viamão. No CAPS a “*psiquiatra deu um remédio para ele dormir melhor*”, e explicou “*que ela ia fazer um teste com ele*”. Maria Júlia explica sobre o agendamento da internação via Central de Leitos:

Ela [a pessoa do CAPS] disse pra mim que iam mandar ele pra Central de Leitos no caso né, e podia acontecer em Porto Alegre, podia ser em Taquara, em Santa Maria, podia ser internado em qualquer desses lugares que tem lugar [...] até Porto Alegre vai, eu não tenho condições de ir pra outro lugar (Maria Júlia, mãe de Ray).

Ray fugiu novamente nesse período de busca por um leito psiquiátrico em alguma instituição de saúde. Durante o desaparecimento de Ray, quando, em suas palavras, Maria Júlia “*estava desesperada*”, o CAPS fez contato “*dizendo que tinha uma vaga lá no São Pedro*”. Ela localizou o filho, e Ray realizou a internação no HPSP, agora encaminhado via Central de Leitos do Estado. A mãe vislumbra no futuro de trajetórias trágicas do filho, como *cadeia ou morte*. Neste contexto, Maria Júlia, sem muitas escolhas, realizou a medida da internação do filho.

4.1.2 Quando a “*porteira*” é a “*Casa do inferno*”

Maria Flor é uma senhora de 73 anos, aposentada, residente de Porto Alegre. Acompanha seu neto, Edgar Allan, que hoje tem 13 anos. Ele está na escola, na sétima série e sonha em ser escritor. Há quase 50 anos ela é espírita Kardecista, mas já vivenciou diversas religiões, como: católica, luterana, evangélica e umbanda. Edgar Allan, seu neto, “*não decidiu ainda*” com qual religião se identifica, mas conta que ele gosta da católica e do espiritismo: “*eu passo isso pra ele: respeito às pessoas, o fato de que tu planta... o que tu quiser, mas tu colhe dobrado mais adiante [...] ser bom, ser correto, honesto. Passo esses princípios pra ele e ele assimilou bem*”.

“*Já contei a minha história de superação?*” Inicia nossa conversa com essa frase. Edgar Allan reside com ela desde que nasceu, juntamente com as outras duas netas pequenas, irmãs do jovem. Conta que sua filha, mãe do neto, tem esquizofrenia e “*demência em função do crack*”. O menino nasceu e a filha “*o rejeitou*”. Desde então ele reside com a avó. Aos 11 anos o garoto teve uma intercorrência trágica: ele foi abusado sexualmente pela sua mãe. A partir desse momento muitas coisas desenrolaram-se nessa família. Conta que a partir desse evento “*ele dormiu agarrado em mim... e aí mudou completamente*”: ele começou a ficar “*muito inseguro... não quer ficar sozinho*”, a dizer

que queria se matar. Hoje, a mãe biológica cumpre uma ordem judicial de afastamento, e a vida dessa família entrou pela porta do Poder Judiciário e do Conselho Tutelar.

Nesse contexto, eles foram encaminhados pelo Conselho Tutelar para a “*Casa do Inferno*”, como as irmãs de Edgar Allan referem-se a esse local. Era um abrigo que mães, avós e crianças ficavam juntos, onde permaneceram por 8 meses. O abrigo foi uma porta de entrada para outras instituições, como a escola, a creche, uma Organização da Sociedade Civil (OSC)³², o posto de saúde e os procedimentos de maior complexidade, como cirurgias. Conta que o neto aguardava há dois anos por uma cirurgia, mas que enquanto estava no abrigo, a realizou em dois meses: “*agilizou porque nós estávamos no abrigo*”, cuidaram das “*pendências de saúde*”. Referente à escolarização, relata que

As crianças nunca conseguiam escolinha [para as irmãs pequenas de Edgar Allan], e eu não podia pagar porque era 700 reais, duas, o abrigo conseguiu em um mês. O abrigo tem prioridade nessas coisas. Pra isso foi muito bom... as regras eram difíceis, mas não existe lugar sem regras (Maria Flor, avó de Edgar Allan).

Nesse período que esteve no abrigo, Edgar Allan também iniciou o acompanhamento com uma psicóloga no “*posto da Bom Jesus*”. No entanto, depois que a família saiu da Casa do Inferno, Maria Flor optou por buscar outro tipo de atendimento: “*Ele tava fazendo primeiro no posto da Bom Jesus, mas o posto me atendia a cada dois meses. Aí eu optei por buscar um outro[...]o pessoal do CREAS, lá no centro, me conseguiu na UFRGS, ali perto do viaduto da Silva Só. E ali é uma vez na semana*”. Complementa a ideia: “*esse negócio de ir cada dois meses tu perde o fio da meada [...] e na UFRGS era toda a semana*”. Edgar Allan permaneceu em acompanhamento na UFRGS até o momento em que necessitou de internação psiquiátrica.

Edgar Allan veio acompanhado pela avó, Maria Flor, para a realização de uma internação psiquiátrica no HPSP. Veio com encaminhamento via Central de Leitos do Estado, em um percurso tortuoso que envolveu passagem por diferentes espaços físicos, na busca, pela avó, por telefone de um local que pudesse atender seu neto. Maria Flor buscou uma internação para Edgar Allan durante dois dias.

Primeiro telefonei pro Espírita (Hospital Espírita de Porto Alegre), não atende... e agora a gente só tem SUS... ‘não, não tem adolescente. Só adulto’. [A Clínica] Pinel, além de ser só particular e convênio, não atende criança, mas lá na Pinel disseram um lugar: “Santo Antônio” (Hospital da Criança Santo Antônio) [...] Só que eles não têm atendimento psiquiátrico. Me mandaram pra uma casa que atende... ah... não sei... bem pertinho da Praia de Belas, Cidade Baixa, não me lembro o nome[...] Uma casa como a CEDEL (Centro

³² A OSC, Centro Diaconal Evangélico Luterano (CEDEL), o menino também começou a participar depois que entrou no abrigo. Nesse local ele participava da horta, das atividades esportivas no turno inverso da escola. Como referia Maria Flor: “*é uma escola de atividades lúdicas*”.

Diaconal Evangélico Luterano), vai lá uma vez por dia, uma vez por semana, fazer atividades próprios pra quem tem alguém distúrbio. Tava fechado... Era segunda-feira isso. O vigilante me disse que ‘Lá era só depois que o médico encaminha, então que eu tinha que passar pelo PAM 3 [Posto de Atendimento Médico-3, atual Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes]. E foi o que eu fiz... (Maria Flor, avó de Edgar Allan).

Conta que o menino “*começou a ficar ruim na quinta*” e que no domingo ela permaneceu o dia todo com ele no serviço de “emergência”, no Pronto Atendimento do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Buscou uma internação porque o neto estava com “*paranoia*”, “*medo*”, “*crise de pânico*” e “ *muito brabo em casa*”:

Primeiro ele começou a dizer que tinha uma pessoa na porta [...] começou a dizer que tinha alguém atrás dele, dizendo coisas ruins pra ele[...] eu achei em casa, que ele tava assim, revoltado, com um comportamento estranho... muito medo, medo, medo. Exagerado [...] e eu pensei: acho que ele tá com paranoia, né(Maria Flor, avó de Edgar Allan).

O serviço de Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS conta com Pronto Atendimento em Saúde Mental, sendo este um serviço municipal com funcionamento 24 horas que é de referência, para a capital, para atendimento de consultas e encaminhamento para internação. No PACS, Edgar Allan foi examinado rapidamente por um médico, que Maria Flor imagina que seja psiquiatra, que disse: ‘*olha, ele vai ter que ser internado. [...] Não sabemos o que ele tem [...] precisamos investigar, o porquê do comportamento dele. Como é que vai investigar? Internando, testando drogas*’. Maria Flor descreve o serviço explicando que “*Tinha uma emergência, mas não tinha psiquiatria*”. O médico que examinou seu neto realizou então seu encaminhamento para o HPSP “*cheio de dedos*”, e ela falou para o médico “*não tem problema. Sem preconceito*”. Edgar Allan realizou a internação no HPSP. Essa foi primeira internação psiquiátrica dele, tanto no HPSP, quanto em qualquer outra instituição.

Maria Flor, durante a entrevista, elucida que existem cuidados complementares à internação psiquiátrica e aos fármacos para o cuidado em saúde mental:

Acho que pra promover a saúde é preciso de um ambiente de amor em casa, alimentação sadia, não descartar nunca a medicina, porque acho que a religião tem que tá de mãos dadas com a medicina. Pode achar que eu esteja errada, mas eu penso assim. [...] Religião não resolve tudo e nem a medicina não resolve tudo. Os dois juntos resolvem. Isso o que eu penso. Pode achar utópico. Mas é o que eu penso (Maria Flor, avó de Edgar Allan).

O sofrimento atual do menino é associado a acontecimentos passados, quase que proféticos como uma tragédia grega, só que dessa vez não há oráculo de Delfos como na mitologia grega, mas um médico e um “destino-prognóstico”. Maria Flor reproduz a fala do médico neurologista que realizou o atendimento de Edgar Allan quando ele era bebê

Olha, neurologicamente ele não tem nada..., mas só uma coisa... o emocional não aparece nos exames, ele aparece na adolescência. Até a adolescência pode ser maravilhoso, e daqui a pouco começar a apontar problemas e daí a senhora busca ajuda. E é o que tá acontecendo[...] O neurológico a gente trata, emocional tem que investigar, mesmo a vida inteira. Se tiver algo emocional vai aparecer na adolescência[...] e apareceu agora, na adolescência³³ (Maria Flor, avó de Edgar Allan).

4.1.3 Vincent: “esse aqui não é o lugar dele”

Maria Joana acompanha seu filho, Vincent, na sua quarta internação no HPSP. O menino tem 13 anos, ela, 39. Maria Joana não exerce trabalho remunerado desde que o garoto nasceu, mas não deixa de ter um dia atarefado, afinal “*ele (Vincent) é a minha sombra*”, conta. Residem no município de Canoas. A família frequenta a Igreja Adventista do Sétimo Dia.

“*Eu fui notando que ele era diferente das outras crianças*”, conta Maria Joana. O garoto, desde os 2 anos, comia coisas que geralmente não são comestíveis, como terra, giz de cera, reboco de parede.

Eu acho que ele já nasceu com um transtorno mental, mas que foi assim... intensificado com o nascimento da minha filha. Desde pequenininho eu sentia que ele era diferente... Quando ele tava com as outras crianças ele era de implicar, de querer bater nas outras crianças, ele era uma criança nos 280, não era 120[...]então como nem eu e nem meu esposo somos agitados, somos calmos... eu comecei a pensar ‘esse menino tem algum problema’ (Maria Joana, mãe de Vincent).

Inicialmente buscou cuidado na rede privada. “*Pelo convênio*” era atendida pelo psiquiatra e pela psicóloga, e realizou diversos exames. Conta que “*a psicóloga era muito boa..., mas os exames não mostravam nada*”. Remete aos 8 anos de Vincent um momento muito importante nesse itinerário: o nascimento da irmã. Conta que, desde que ela nasceu, ele “*começou a ter agressividade*”, o que culminou na sua primeira internação no HPSP, que, naquele período, foi precedida por um longo caminho em busca de uma internação psiquiátrica.

O percurso em direção à primeira internação no HPSP iniciou em um hospital situado em um “*bairro bem pobrezinho, cheio de beco, cheio de coisa, e era um hospital caindo aos pedaços*”. Conta que ali Vincent foi atendido, mas que não quis deixá-lo: “*eu fugi de lá, fui embora*”. Não soube dizer na entrevista qual era o nome daquela instituição da qual “fugiu”. As próximas paradas desse percurso se deram da seguinte maneira:

³³ Relata que realizaram inúmeros exames quando o garoto nasceu e que o médico realizou esses “alertas”. Realizaram esses exames porque a mãe estava em “crise de abstinência” no parto.

Levei ele pra PUC [Hospital São Lucas da PUC-RS], levei ele na Santa Casa e levei ele no [Hospital de] Clínicas [...] só diziam, ‘não é aqui, esse aqui não é aqui [...] nenhum me passou por triagem, pra tirar pressão nem nada, [...] não passava pela triagem. Eu entrava no hospital... e já na entrada, como ele passou aquele dia em surto, ele tava em surto, assim, eu tava segurando ele... só diziam ‘não, aqui não é. Não é o lugar dele’ e eles iam e indicavam outro. Cada hospital indicava um outro hospital (Maria Joana, mãe de Vincent).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre encaminhou ela e o filho para o HPSP:

Para minha surpresa nem o [Hospital Psiquiátrico] São Pedro queria aceitar [...] Daí eu disse pra eles: ‘olha aqui... eu tô toda mordida, pernas chutadas, meus braços todo mordido.’ O meu corpo já falava sozinho, né. Daí eu disse ‘não, não vou sair daqui, porque nenhum outro hospital me atendeu. E eles [os outros hospitais] me disseram que é aqui o lugar dele. E é aqui que vocês vão atender’ (Maria Joana, mãe de Vincent).

A atendente do HPSP teria lhe explicado que a unidade CIAPS Infantil do HPSP estava lotada naquele dia: “*minha senhora, já tem os 10 aqui...*”. Maria Joana insistiu com a equipe do HPSP e Vincent internou em “leito extra” na respectiva unidade. Até o momento que o garoto foi internado no HPSP, ela desconhecia a rede pública de saúde mental. O HPSP, quando da sua alta, realizou o encaminhamento de Vincent para o CAPSi em Canoas.

O CAPSi foi a primeira instituição da RAPS que Vincent e sua família frequentaram. Permaneceram vinculados por 4 anos a este CAPSi específico em Canoas. Devido à abertura de um novo CAPSi e de uma nova determinação quanto à adstrição territorial no município, Vincent e sua família foram encaminhados para outro CAPSi do município. Referente ao primeiro CAPSi:

Ótimo. Extensão da minha casa, como se fosse parente, família. Eles acolheram muito bem, como se fosse gente da minha família, trataram o Vincent super bem [...], tanto que é que eu parava pra pensar ‘nossa nem parece SUS’ [...] Só que quando foi troca de CAPS, tanto o Vincent quanto eu, foi um choque de realidade, daí a gente fico muito chateado, porque parece que daí eles foram mais frios nesse CAPS (Maria Joana, mãe de Vincent).

Ambas instituições atendem com serviço de psicologia e de psiquiatria. O serviço de psicologia é ofertado uma vez por semana, e o de psiquiatria, uma vez por mês. Na primeira instituição da RAPS (CAPSi) em que foram atendidos, Maria Joana relata ter tido uma experiência com grupos terapêuticos e atendimento aos familiares, enquanto na segunda instituição (também um CAPSi), não teve a mesma oportunidade:

Tinha tudo que o outro tem..., mas quando ele tinha atendimento com a psicóloga dele, eu também tinha atendimento com outra psicóloga, eu e meu esposo [...] Era pra nós dois. Tínhamos também uma roda de conversa que a gente colocava como foi a semana dele e tal [...]. Tinham outros pais. A gente ouvia o que os outros pais tinham a dizer sobre seus filhos. Ali cada um contava

sua experiência. [...]. Esse CAPS de agora não tem. (Maria Joana, mãe de Vincent)

O relato de Maria Joana, no percurso em busca de ajuda para o filho em serviços de saúde, parece refletir um processo constante de busca por sentido do adoecimento do filho. Quando Vincent internou pela primeira no HPSP, ele teve um diagnóstico.

Referente ao diagnóstico psiquiátrico, Maria Joana refere sentir-se bastante frustrada devido à constante mudança das medicações do filho, bem como das hipóteses diagnósticas realizadas pelos profissionais de saúde que o acompanharam nessa trajetória. Sente-se *“perdida. Não sei o que ele tem[...] eu tô que nem médico, tô ainda avaliando ele. Tô investigando ele...[...] Ainda acho que tão fazendo experiências no meu filho”*. Parece que a falta de sentido da doença, bem como algo bastante primordial, que é fazer sentido um diagnóstico psiquiátrico biomédico, faz com que não consiga buscar o tratamento mais adequado para o garoto, como também não conhecer sua doença e buscar uma rede de apoio de pessoas semelhantes com demandas semelhantes. Conta que um dia a psiquiatra do CAPSi *“deixou escapar”* uma nova pista, um outro diagnóstico. Realizou um chamado psicodiagnóstico que trouxe outras pistas que indicavam outras direções dessa investigação:

Então daí eu fiquei com esse diagnóstico de autismo, esquizofrenia, transtorno bipolar e nesse exame que a gente fez deu QI baixo [...] na hora ela não falou, mas eu fui pesquisar e deu uma deficiência intelectual (Maria Joana, mãe de Vincent).

Maria Joana, apesar de manifestar na entrevista sua frustração quanto às constantes mudanças de hipóteses diagnósticas de Vincent, compreende que a medicação é imprescindível ao tratamento e que pode ser aliada a outros cuidados:

Acho que existe...seria no caso dos exercícios físicos que tanto eles falam que ele tem que fazer.... Um futebol, um judô, uma natação... além da droga né, que é o remédio que ajuda... eu acho que atividade física, pra acalmar ele (Maria Joana, mãe de Vincent).

Vincent já passou por diversas escolas, sendo uma delas a chamada *“escola especial”*. No entanto, hoje frequenta uma escola que possui sala de recursos, que é a *“única que atende ele integral lá em Canoas”*, *“das 8 às 3h da tarde”*. Essa é a sua quarta escola nesse itinerário da vida.

A mãe entende o uso da internação psiquiátrica como algo que é precedido pelo aumento de frequência das *“crises”*:

Sempre quando eu penso numa internação é por causa que é muito repetitivo. É porque os medicamentos não tão dando efeito. Tem que aumentar. E como ele tava sem a psiquiatra dele, não tinha ninguém pra recorrer, pra que desse

um medicamento, entendeu? [...] da outra vez simplesmente trocaram todos os remédios, tomava 3 tipos de remédio e mudaram pra dois só. E daí ele ficou bem por um ano. E aí a última internação dele foi abril do ano passado (Maria Joana, mãe de Vincent).

E foi o que aconteceu nesse percurso rumo à quarta internação no HPSP. Crises de agressividade frequentes: *“Como ele já tava tendo vários episódios eu disse ‘eu preciso internar ele, que que eu faço?’”*. Entrou em contato com o CAPSi no qual ele estava realizando acompanhamento, e nesse dia a psiquiatra estava de férias; tampouco conseguiram localizar a psicóloga que o acompanhava. Insatisfeita, ligou para o HPSP e informou-se sobre como fazer a internação psiquiátrica com a finalidade de levar as informações ao CAPSi no dia seguinte, dia que teria consulta. Obteve a informação de que seria via Central de Leitos do Estado e que esse encaminhamento poderia ser feito por qualquer um da equipe do CAPSi. Estava muito desconfiada quanto ao CAPSi, que justificou sua falta de ação no dia anterior devido às férias da psiquiatra. Conta que no dia seguinte recebeu a seguinte notícia referente à internação: *“Olha, a doutora, antes de sair de férias, lá na central de saúde mental, já avisou eles que ‘se o Vincent precisasse de internação, que não era pra internar ele, que era ela que ia cuidar dele’”³⁴*. Portanto, não realizaram uma avaliação psiquiátrica no CAPSi, nem um contato com a Central de Leitos do Estado. Conta que uma pessoa da equipe sugeriu que ela levasse *“olha, porque tu não leva ele lá (HPSP) direto? Eles têm triagem... daí eles decidem se podem internar ou não”*. E foi o que ela fez.

Chegou no HPSP sem encaminhamento e sem o contato prévio com Central de Leitos do Estado:

Foi por Deus assim que o moço ali tava de boa vontade, o primeiro que nos atendeu ali na administração. É simplesmente boa vontade mesmo, porque nós estávamos esperando ali e ele descartou vários assim. Descartou uns dois ali que eu vi[...] não tinham a mesma coisa que eu, o encaminhamento. Por que eu cheguei ali sem encaminhamento, sem central de agendamento de leito. Eu sabia que eu poderia receber um não, mas eu tento, fui tentar, como qualquer mãe desesperada fui tentar (Maria Joana, mãe de Vincent).

Vincent naquele dia internou novamente no HPSP. Era sua quarta internação. Nunca internou em alguma outra instituição psiquiátrica. Relata durante a entrevista ter percorrido outras instituições psiquiátricas para realizar a internação de Vincent no

³⁴ Maria Joana conta que essa foi a informação dada por alguém da equipe do CAPSi.

município de Canoas, sem sucesso, pois essas instituições não possuíam leitos psiquiátricos para crianças e adolescentes.

4.1.4 Jean Michel: quando é um caso de polícia

Maria Carolina é mãe de Jean Michel, os dois residentes no município de Pelotas. Ela tem 51 anos e ele, 13. Maria Carolina está *“parada, cuidado das minhas netas, pra minha filha trabalhar”*. Maria Carolina havia parado de frequentar a Igreja Evangélica, faz um ano que voltou a participar. É a primeira internação de Jean Michel no HPSP. Jean Michel cessou os estudos na quinta série do Ensino Fundamental: *“o colégio ele não aguentou. Eu tirei. Tava cansada. Eu não tinha mais palavra pra falar com elas [as professoras]. [Ele] quebrava lâmpada, apagador, [...] inventava dor de cabeça e levavam ele pra casa, [...] nunca tava na sala de aula.* Conta que *“até a segunda série ele foi até... e foi piorando... e com essa droga piorou”*. Jean Michel é usuário da droga crack há mais ou menos 2 meses, segundo os relatos da mãe.

Jean Michel sempre foi um menino *“arteiro”*, mas que *“foi crescendo e foi piorando”*. Com o uso de crack, ele ficou *“muito difícil de lidar, muito explosivo, sai chutando, sai quebrando, parece um bicho”*. Vem roubando coisas da casa da família – somem coisas da casa, como doces, comidas, roupas e eletrodomésticos – bem como da dos vizinhos. Jean Michel passa a noite caminhando na rua, foge de casa, *“não aceita o não”*, quebra coisas, chora, grita, *“não toma banho direito, não vai ao banheiro direito”*, *“não come uma comida direito”*. Refere que as pessoas procuram sua casa a todo momento e *“não é nenhuma visita, é só bomba dele. Chega a ter três por dia”*. Procuram por Maria Carolina em sua casa para contar que ele roubou algo de alguém ou que estava fazendo alguma *“desordem na rua”*. Conta durante a entrevista que:

A gente [Maria Carolina e os irmãos de Jean Michel] tá desesperado. Antes que alguém mate, né! A gente não dorme né. Já tá recebendo as notícias dele, que ele pegou coisa do fulano, pegou o celular de alguém... fora o que ele faz dentro de casa (Maria Carolina, mãe de Jean Michel).

Aproximadamente um mês antes da internação no HPSP, Jean Michel ficou nove dias em uma Comunidade Terapêutica: *“Era de alcoólicos e drogados. [...] Tinha adultos, guris de 16, 17, 18, senhores que bebem”*. Essa Comunidade Terapêutica era particular e foi indicação da patroa da filha de Maria Carolina, que é advogada. Segundo Maria Carolina, era um valor bastante elevado para sua renda, assim como os outros

lugares semelhantes da sua região (aproximadamente R\$1.000,00). Conta que o local “*deu um desconto*”, o que fez com que ela e sua filha pagassem “*um salário*”: “*a metade foi cobrado pra buscar de cima da cama. 400 reais. Daí minha guria fez umas rifa pra dar uns troco*”. Nessa “*clínica*” ele “*tomava remedinho, meio comprimido pra dormir*”. No entanto, no nono dia na “*clínica*”, ele fugiu, “*veio embora, caminhou por mais de 5 horas. Veio com o pé ardendo. Saiu às 4:00, chegou às 9:20 [...] Eles [a equipe da Comunidade Terapêutica] disseram que tinha possibilidade de fugir*”. A partir dessa experiência, passou a almejar uma “*clínica rígida e fechada*”.

Diante desse cenário, que ele estava “*com uns problema na rua, fazendo desordem, me roubando*”, a filha de Maria Carolina resolveu ligar para a polícia, que por sua vez informou:

Daí disseram que ele [policia militar] não vinha porque era de menor. Foi, foi e eles explicaram a função do Fórum. Ela foi, passou lá, um doutor, assessora do juiz, deixou tudo escrito, tudo que ele fez ficou lá anotado e foram e pegaram ele em casa, pegaram ele dormindo pra levar pro CAPS. Foi duas caminhonete da guarda municipal, uma ambulância e um oficial de justiça e levaram pro CAPS (Maria Carolina, mãe de Jean Michel).

Foram ao Fórum de Pelotas, que encaminhou para o CAPS com uma Ordem Judicial, “*é ordem do juiz, tava na folha do Oficial [de Justiça]. Que entrou dentro de casa e viu as coisas quebradas*”. Maria Carolina parecia não saber e estar bastante confusa quanto aos serviços que ela e o filho percorreram naquele dia. Jean Michel nunca havia realizado acompanhamento em saúde mental, refere que ele somente foi ao CAPS no dia anterior à internação no HPSP. A equipe do CAPS realizou a busca do garoto na sua própria casa com uma ambulância e o levou para o CAPS. Naquele mesmo dia, no CAPS, a equipe realizou a busca de um leito psiquiátrico para a realização da internação de Jean Michel. Maria Carolina conta que, enquanto buscavam um leito, estavam “*naquele jogo de empurra, primeiro falaram São Lourenço, depois Piratini. Não sei o que aconteceu. Não entendemos. Acabou vindo pra Porto Alegre*”. Do CAPS foram encaminhados para o “*Sanatório*”, o Hospital Espírita de Pelotas. No entanto, esse não possuía leitos psiquiátricos para crianças e adolescentes, o que ocasionou na não internação do garoto naquela instituição. Então foram encaminhados para o Pronto Socorro de Pelotas, que, sem entender o motivo do garoto não ter realizado a internação ali, retornaram ao Hospital Espírita de Pelotas. Depois dessa longa trajetória pelas instituições de saúde mental do município de Pelotas foram encaminhados para Porto Alegre, para o HPSP, local que ele realizou sua primeira internação.

4.1.5 Rede suprimida, itinerário em “depressão”

Maria Sol acompanha Virginia, sua filha, durante a sua primeira internação psiquiátrica. A filha tem 11 anos e ela, 29. Residentes em Gravataí, Maria Sol é dona de casa e casada; seu marido é quem sustenta a família. Maria Sol conta que fica em casa cuidando das crianças: “*não consigo trabalhar*”. A menina, Virgínia, está na 6^a série, e é uma “*boa aluna*”, que gosta de desenhar e de ler.

Maria Sol é batizada na igreja católica, mas há mais ou menos um ano começou a participar da religião de umbanda como “*visitante e para tratamento*”. A menina vai junto, porque a terreira é na casa de uma amiguinha da escola. Virginia participa, “*toma passe*”, apesar de não realizar o tratamento que nem a mãe. A mãe, além de realizar o “*tratamento*” na casa de umbanda, realiza o tratamento medicamentoso para “*depressão*” desde que deu à luz a Virginia, devido uma “*depressão pós-parto*”. Esse tratamento psicofarmacológico que Maria Sol realiza é visto por ela como indispensável para o controle do seu comportamento:

Porque o que acontece quando eu tô sem o remédio: eu sou muito sincera. Falo na cara. Com o remédio eu consigo ser um pouco mais controlada. Mas cansa de toma remédio [...] Como eu tô tomando já há algum tempo, eu fico mais passiva, mais calma do que eu mesma (Maria Sol, mãe de Virginia)

O termo depressão aparece no relato da entrevistada para se referir às três gerações de mulheres dessa família: a mãe de Maria Sol (avó de Virginia), a própria Maria Sol e a sua filha, Virginia. Maria Sol conta que Virgínia sofria *bullying* na escola e em casa. Na entrevista, explica que ela própria possa ter causado à filha essa “*depressão, ansiedade e irritação*” devido ao “*bullying... eu mesma cometi*”. Maria Sol conta que frequentemente chamava a filha de gorda. A questão da transgeracionalidade do *bullying* e da depressão está presente a todo momento nessa entrevista:

Todo mundo olhava ela com olho torto, essas coisas... ela sempre foi fofinha. Sofreu muito preconceitos das pessoas. Foi muito difícil. E isso, mesmo sem querer, eu acabava fazendo, porque minha mãe fazia comigo. Que nem eu falo: eu desconto nela, ela desconta no mano e a mãe desconta em mim (Maria Sol, mãe de Virginia).

Maria Sol explica o adoecimento atual de Virgínia como vinculado “*à indiferença*” e à falta de um laço afetivo que ela sente desde que a menina era muito pequena. Maria Sol era muito jovem, ainda morava com seus pais, quando Virginia nasceu:

Eu acho que foi ali, que como eu não tive aquele cuidado que a mãe... ela [mãe de Maria Sol] ficou depressiva nesse tempo, daí eu deixava ela [Virgínia] dormir com a mãe [avó materna de Virgínia], pra ela não ficar sozinha[...] Daí

acho que foi nisso que a gente não teve nenhum laço (Maria Sol, mãe de Virgínia).

Virgínia já realizou o uso de medicação porque *“ela estava um pouco ansiosa na escola, começou a ter crises[...] Tava deprimida”*. Usou a medicação por quase 3 meses e cessou, porque não sentiam que estivesse tendo algum efeito. Essa medicação que Virgínia tomou por alguns meses foi prescrita pela médica do *“posto da família”*, uma profissional que acompanha toda a família há muitos anos. Maria Sol sabe que existe um CAPS no Centro da cidade de Gravataí, mas explica que a médica da Atenção Básica que acompanha o caso de Virgínia disse que a menina e nem ela não poderiam ser encaminhadas para o CAPS, por que ali era um *“posto da família”*: *“porque tem que tá com uma crise muito forte pra ela poder encaminhar. Então a gente fica sem tratamento, né...? No caso, eu tomo remédio... que ela me prescreveu, não um psiquiatra, né?”*. Nessa unidade de saúde, *posto da família*, Maria Sol renova as receitas de medicamentos prescritos para ela mesma, mas explica que as consultas ocorrem em raríssimas ocasiões.

Na entrevista, Maria Sol compara o comportamento da sua filha Virgínia no passado com o de agora: *“tava começando de novo... ela tava chorando bastante, tava bem melancólica, ela tava muito irritada. Não sei o que encadeou... acho que veio, foi da febre, da gripe, alguma coisa...”* A busca por um serviço de saúde não foi motivada pela observação de choro, tristeza, melancolia nem irritação; ela procurou o Serviço de Urgência e Emergência 24h (SUE 24h) do município, conhecido como *“o 79 de Gravataí”* em função do sintoma *“febre alta”*:

Eu levei ela segunda no [SUE] 24h, tava há 2 dias com febre alta. Levei ela... ela ficou em observação lá, pra parar a febre e o pediatra pediu pra ela passar pelo psiquiatra. Foi aí que ele decidiu encaminhar ela [...] Lá que eu fiquei sabendo que ela tava com tentativa de suicídio... que queria se matar... e daí ele se preocupou bastante com isso... e ela disse que escutou uma voz falando com ela e disse que sentiu como se uma pessoa tivesse tocando nela (Maria Sol, mãe de Virgínia).

Nesse contexto, o médico do plantão no SUE 24h discutiu a possibilidade de uma internação para Virgínia, indicando a possibilidade de internação no HPSP. Apesar do médico plantonista manifestar que *“era difícil conseguir vaga aqui (HPSP) e que ele ia tentar”*, conseguiram a vaga para internação através da Central de Leitos do Estado. Maria Sol e Virgínia foram encaminhadas para o HPSP, onde a menina Virgínia teve sua primeira internação no HPSP. Maria Sol não conhecia pessoalmente o hospital, mas tinha uma referência: sua mãe já tivera *“uma consulta e foi pra casa”*, tendo contado que *“o médico era muito bom”*.

Maria Sol nunca havia pensado em uma internação psiquiátrica como uma opção de cuidado³⁵ para a filha, mas já havia aventado um tratamento medicamentoso:

Até porque eu faço um tratamento há anos...e eu paro e volto... e eu paro e volto... eu sei que é difícil, né, mas eu já tinha pensando em fazer um tratamento. Mas como lá em Gravataí eles não aceitam, nem ela nem eu... no CAPS. Pagar é difícil. Daí não tem como (Maria Sol, mãe de Virginia).

4.1.6 Quando o que “tudo que a mãe sente, a criança sente”

Maria Ivanete, acompanha sua neta, Nina Simone. A avó, de 61 anos, mora em Alvorada. A neta, de 16, mora em Rainha do Mar, balneário pertencente ao município de Xangri-lá. Maria Ivanete é diarista, analfabeta e “*trabalha na religião*”, sendo de Umbanda. Nina Simone interrompeu os estudos na 5ª série do Ensino Fundamental. Elas não residiam juntas até poucos dias antes da internação. A neta veio morar naquele final de semana com ela, chegou com “*uma mala deste tamanho*”, dizendo que estava fugindo da casa de sua mãe porque esta estaria perseguindo-a com uma adaga. Naquele final de semana, a avó conta que a adolescente teve problemas com o sono: ora não dormiu nada, ora dormiu demais. Além disso, “*não deixou ninguém dormir, dizendo que a mãe tava lá em casa*”. As irmãs de Nina Simone, que estavam também na casa da avó, manifestavam que Nina Simone estava em crise, fazendo sinais com as mãos, “*de que ela tava doida*”.

Maria Ivanete pratica a religião de Umbanda e avalia, a partir da sua experiência religiosa, quais problemas “*são de religião*” e quais casos que devem ser encaminhados para o médico. Exemplifica com o “*encosto*”, que é tratado através da planta conhecida como Espada de São Jorge e o “*trabalho*”³⁶:

A gente vê quando encosta na pessoa, tem um espírito ruim, às vezes que só quer fazer... as vezes quer matar as pessoas, tem pessoas que se enforcam, fazem tudo isso aí. Então as pessoas pegam e daí... às vezes aquilo ali não é uma, como se diz... uma loucura. Aquilo ali, às vezes é só um encosto que quer matar aquela pessoa (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

Não teve dúvida de que o caso de sua neta era para os médicos:

Não precisei nem fazer [o trabalho], só no olhar já vi que não é. Ela conversa normal [...] não sei se tu nota, quando ela tá falando muito rápido, ela fala coisas que nunca aconteceu e daí ela tá falando. [...] Quando ela fala devagar, tu entende tudo que ela tá falando[...] [O encosto] a gente vê logo em seguida. A pessoa se transforma. Como se diz... A pessoa não fica no normal dela. Ela quer... A palavra das pessoas troca, muda. Eles falam com o... E eles falam... Trocam de vozes, as pessoas falam com outras vozes... Daí a gente faz

³⁵ Consta no prontuário que a equipe do CIAPS infantil/HPSP, unidade que Virginia realizou a internação, encaminharia ambas para acompanhamento no CAPS do município de Gravataí.

³⁶ O trabalho, explica Maria Ivanete, funciona com o uso de velas, de “pacotes” que são passados nas pessoas e no uso da Espada de São Jorge.

um trabalho e a gente vê que não é coisa pra médico. Não é pra médico. E não adianta (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

Fica claro que o “*conversar normal*”, mesmo que rápido ou devagar, desde que compreensível, não acontece no caso de um *encosto*. O *encosto* não é um problema de saúde mental: é um problema de ordem espiritual-religiosa, que requer um “*trabalho*” de Umbanda.

O problema de saúde mental de Nina Simone é explicado pela avó a partir de um fenômeno de ordem da natureza: a genética. A história da adolescente está vinculada à história da sua própria mãe, Eunice, nora de Maria Ivanete:

Eu tenho certeza que tudo isso que tá acontecendo com ela [Nina Simone], isso, eu tenho certeza, que tá acontecendo, isso é genético. É genético já [...] quando ela [Eunice] tava grávida dos primeiros meses que deu isso nela, que ela surtou, surtou feio. Isso já era desde o começo pra fazer o tal de tratamento (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

Eunice também teve “*surtos*”: “*saía de madrugada, saía pra rua com as crianças*”, “*tava coisada da cabeça*”. Segundo Maria Ivanete

Na época da mãe dela, quando [Eunice] tava grávida dela [Nina Simone], ela surtou, mas surtou muito feio... ficava pelada no meio da rua. [...] Quando ela ficou mais perto de ganhar passou... não sei porque passou. Eu, pra mim, agora, eu fiquei pensando, tava analisando, se passou é porque passou pra gurria, entendeu? Tava dentro. Tudo que a mãe sente, a criança sente. E aí pra ti vê, já as outras ela já não tava nada assim né. Foi bem tranquila. Mas tem uma[neta], que eu ainda tô numa dúvida, que eu vou tentar mandar fazer exame. Essa aí ela pode ter, mas não vai ter muito sério (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

Aqui a doença mental tem um componente genético e é uma entidade: é algo que Eunice tinha e que “passou” para Nina Simone, num processo de transmissão durante a gestação. Maria Ivanete relata que a nora Eunice, teve aproximadamente 5 internações no HPSP e que a neta, Nina Simone, é muito parecida com sua mãe. Tal semelhança observada por parte da avó pode ser o que, talvez faça ela acionar os mecanismos de cuidado semelhantes aos acionados no passado: “*Tu tá igual à tua mãe quando ela tava surtada e nós trazia ela pra cá*”, fala para a neta, no momento de sua primeira internação no HPSP.

Referente a nora, Eunice, e as suas internações, Maria Ivanete conta que

Ela voltava super bem [do HPSP]. Daí se ela não queria tomar o remédio eu não insistia pra ela tomar. Daí acontecia de novo. Daí dizíamos ‘pelo amor de Deus, tem que mandar essa gurria pro São Pedro, se não um carro vai matar, alguma coisa’. Daí ela vinha de novo[...] Ela veio várias vezes, ela veio aqui internar, mas não veio uma vez aqui quando grávida (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

A neta, vivendo em Rainha do Mar, recebia cuidados psicofarmacológicos. A avó não mencionou CAPS ou outros centros de saúde mental, somente que Nina Simone buscava medicação no “*posto*”:

Ela tomava [medicação]. Quando eu fui lá, como te disse já, faz tempo, ela tava tomando os remédio. Tava até beeeeeem... só queria ficar dentro de casa, essas coisas, sabe? [...] Não saía, nem nada. Mas daí ela abandonou os tratamentos lá [...] Depois que ela largou, aí sim... quando eu fui lá, ela andava lá, com um homem cinquentão. [...] Realmente o que aconteceu foi isso. Foi: parou de tomar medicamento. Não tomou mais. Foi deixando e como se diz... Quando tava tomando, tava normal, pra conversar com as pessoas... daí, depois que ela deixou de tomar, meu Deus... Eu fui lá, ainda depois que ela deixou de tomar os medicamentos, eu fui na praia. E ela deu umas pauladas nele [o irmão], umas pedradas nele (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

A medicação controlava o comportamento de Nina Simone, na visão da sua avó, controlando por um lado sua forma de se comunicar (para conversar), quanto, por outro, aquilo que é inadequado: a parceria sexual com um homem muito mais velho e a violência manifestada contra seu irmão.

O percurso em direção à internação de Nina Simone no HPSP iniciou-se em Alvorada, onde ela estava na casa da avó, a partir da ligação da própria paciente para a polícia e para a ambulância, solicitando ajuda. Ela estava sentindo muito medo, e tentou construir uma barreira, colocando coisas na porta da casa, para se proteger da própria mãe que, na sua percepção, estava lhe perseguindo. Nina Simone já havia realizado uma outra internação “*lá na Rainha do Mar*”, “*por vício de droga*”. A ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) buscou-a na casa da avó e encaminhou a jovem para a Fundação Universitária de Cardiologia, o Hospital de Alvorada. Maria Ivanete e Nina Simone, avó e neta, chegaram ao hospital no domingo, onde permaneceram até a quarta-feira: “*aguardamos todo esse tempo, ela deitada numa cadeira, que nem essa fofinha, aquelas cadeiras que a gente fica de espera. Não tinha lugar.*” Conta que Nina Simone ficou “*amarrada em uma cadeira*” e que “*pra ela se acalmar, a psiquiatra, que era bem forte, pegou ela assim, pegou os braços pra trás, na cadeira assim, pra poder amarrar ela de novo e dar o medicamento. Deram uma injeção nos dois braços*”. Na quarta-feira, Nina Simone foi encaminhada para o HPSP via Central de Leitos do Estado; a transferência da agora paciente Nina Simone e da sua acompanhante e responsável, a avó Maria Ivanete, foi feita pela ambulância do Hospital de Alvorada. Na Ficha de Referência para Unidade Hospitalar de Alta Complexidade do Hospital de Alvorada

consta que o motivo da transferência para o HPSP é a *complexidade* do caso: o Hospital de Alvorada não possui leitos de saúde mental.

Nina Simone e Maria Ivanete estavam de acordo com a internação: “*se é pra saúde da minha neta, como diz o ditado, movo montanhas*”. A avó entende a internação como um marco para o processo de limpeza e de mudança da personalidade:

Por causa que, como se diz assim, eu acho assim, que uma internação, pra pessoa, se interna ela fica limpa, sabe? Se limpa daquelas coisas que ela tem no organismo[...] Como se diz assim... a pessoa vem com outra personalidade, não vem com aquela personalidade ‘eu vou continuar com as coisas’[...] Se é um drogado que pensa, aquilo, a pessoa volta com outra característica (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

Aqui, a avó explica o problema de saúde mental como fundamentalmente um problema ligado ao uso e abuso de drogas. Neste sentido, a internação representa a eliminação das drogas e, portanto, a “limpeza” do corpo, com a conseqüente mudança de comportamento num corpo renovado. No entanto, mesmo com essa percepção relativa à internação psiquiátrica, Maria Ivanete não acredita que sua neta vá melhorar com essa internação

Por causa que, se é que elas dizem que, que eu não sei mesmo, que dizem que ela tem uma sequela na cabeça, e se ela tem uma sequela na cabeça ela não vai melhorar totalmente. Só se a pessoa fazer uma tomografia, pra ver o que que é essa sequela na cabeça. Essa sequela é como um coágulo na cabeça, pra mim é isso. Tomara que não seja, que ela [a outra avó] esteja inventando, por que isso leva a morte. Sabe, eu tive uma amiga que teve um coágulo na cabeça e ela quase morreu. Não morreu porque não era hora. A cabeça da pessoa é o motor das pernas e ela não podia nem sentar (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

4.2 Trajetórias rizomáticas: os adultos

4.2.1 Trilhando uma rede em “fuga”

Elis é uma senhora de 55 anos que realizou sua primeira internação no HPSP durante o período da pesquisa. Ela estava sendo acompanhada pela sua nora, Maria Catarina, que tem 33 anos. Elas não residem juntas, pois Maria Catarina reside em Porto Alegre e Elis encontra-se em uma situação de quase nomadismo nas casas dos familiares, porque há aproximadamente 2 anos, ela e sua família tiveram alguns conflitos com os traficantes do seu bairro e precisaram vender a casa e começaram a fugir: “*Vendeu tudo... e por isso agora ela fala que a vida dela é baseada numa mochila, ela pega a mochila, vai pra cá, vai pra lá... ela não tem a casa dela, coisa que ela tinha, o canto dela, as*

coisas dela. Ela não tem mais isso". Pendula por Viamão, Alvorada, Porto Alegre e pelo interior do estado na casa de familiares.

Maria Catarina, a nora, realiza acompanhamento em saúde mental no Ambulatório Melanie Klein (AMK) do HPSP há 4 anos.³⁷ Atualmente não está trabalhando, está "encostada"³⁸ há 5 anos, "por depressão"³⁹. Realiza o tratamento psicofarmacológico nesse ambulatório e compreende esse cuidado como a única alternativa para o cuidado da sua saúde mental:

É a medicação. Não tenho outra alternativa. É difícil. É difícil porque tu tenta manter teu equilíbrio e o teu foco, e quando vem pensamento ruim, tu pensa 'não, não posso fazer isso, não posso fazer isso', só que às vezes aquilo é mais forte que tu.... Sabe? E daí acaba acontecendo. [...] e aí o remédio ajuda assim, a passar aquela tua ansiedade, sabe... aquele nervoso. [...] Isso é muito difícil, chegar numa conclusão que tu não consegues trabalhar, isso é mais forte que tu mesmo, tu não te comanda mais [...] tu quer passar tua vida passada em remédio, remédio pra dormir, remédio pra acordar. É remédio pra tudo. E se tu ficar sem tomar aquele remédio, tu piora (Maria Catarina, nora de Elis).

O fato de Maria Catarina realizar esse acompanhamento no AMK do HPSP fez com que ela trouxesse a sogra recentemente para realização de acompanhamento psicossocial "novamente" no AMK. "Novamente", porque Elis já havia realizado acompanhamento no AMK em outro momento da sua vida, iniciando por volta do ano de 2002, tendo idas e vindas ao ambulatório. Maria Catarina é uma pessoa que se identifica e acompanha Elis há bastante tempo. Identifica-se com o sofrimento da sogra e dessa forma busca um cuidado semelhante ao seu:

Acho que por saber as coisas que a gente sente, as coisas que passam pela cabeça, essa coisa, sabe... E quando a gente busca um tratamento ajuda bastante. Então eu trouxe ela pra cá, sabe, pra tentar ajudar ela nessas questões que ela tem sentido. Foram muitas coisas que aconteceram ao mesmo tempo que até ela foi bem forte (Maria Catarina, nora de Elis).

Elis, a sogra, trabalhou a vida inteira como doméstica, cessando seus serviços em abril de 2016. Não tem benefício, nem pensão. Realizou o desligamento do *serviço*

³⁷ Foi encaminhada para o AMK através do "postinho", visto que ela realizava acompanhamento dela e do bebê nessa instituição após o parto. Relata ter tido uma vida muito difícil, separação dos pais, assassinato da mãe pelo namorado e pai usuário de drogas com inúmeras internações psiquiátricas. "Sabe...Eu acho que não consigo esquecer as coisas que aconteceram..."

³⁸ Recebe o benefício de Auxílio Doença do Instituto Nacional de Seguro Social.

³⁹ Com o nascimento do terceiro filho, passou a ficar "muito emotiva, chorando bastante" e a não realizar os afazeres da casa: "Às vezes passava uma semana e eu não ia no portão de casa". Inicialmente buscou um psiquiatra pelo convênio de saúde particular. Conta que percebeu que não estava bem "porque eu comecei assim, umas coisas assim.... eu não deixava ninguém pegar ele, eu passava a noite toda acordada, pra ver se ele tava respirando, eu sacudia ele pra ver se tava respirando, sabe... não deixava ele dormir, não deixava ele com ninguém, nem com o meu marido, sabe".

“pois sentia que não tava mais dando conta”. “Tristeza”, “DQ”⁴⁰, “depressão” e “pânico” constam no prontuário da paciente como gatilhos para a busca de um acompanhamento ambulatorial no HPSP. Realizou acompanhamento duas vezes ao longo de sua vida no AMK, no período de 2002 a 2005, começando, interrompendo e recomeçando o tratamento. O terceiro acompanhamento, em 2016, é bastante recente, e data seu início quase que um mês antes da sua internação. Foi encaminhada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) todas as vezes, com exceção do último encaminhamento, que foi realizado pelo documento emitido pela prefeitura de Porto Alegre para o Programa de Pesquisa e Ensino em Transtornos de Humor (Propesth/HPSP/UFRGS), que encaminhou para a especialidade referenciada AMK no programa de Dependência Química. Esse programa (Propesth) é realizado através de um vínculo colaborativo do HPSP e da Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS, e realiza pesquisas na área de Transtornos do Humor e o acompanhamento de sujeitos em situação de sofrimento psíquico. Esse terceiro encaminhamento ao AMK é o mais atípico de sua trajetória, como traz em sua narrativa:

Foram várias coisas. Eu levei ela pro postinho. Daí trouxe ela pra cá. Falei com a minha médica. Daí minha médica deu o papel pra levar o postinho. Daí no postinho ela passou pelo clínico, mostrou esse papel[...] aí foram pro postinho, daí o clinico fico aguardando que chamassem. Daí chamaram. Depois disso o posto encaminho pra cá. Aí ela passou por tipo uma pesquisa, que nem tu ta falando. Uma triagem. E daí depois dessa triagem, demorou mais um mês pra ligar pra nós (Maria Catarina, nora de Elis).

Elis também participou do “AA”, os “Alcoólicos Anônimos”, durante muitos anos, cessando em 2005. Também realizou um outro acompanhamento psiquiátrico durante a sua vida em outra instituição além do AMK, a Cruz Vermelha. A nora não soube especificar em qual período da vida:

Antes disso [desse último acompanhamento no AMK], ela fez acompanhamento na Cruz Vermelha. Assim, há muitos anos ela se tratou aqui [no AMK], depois que ela foi com esse marido pra morar longe, ela parou esse tratamento. Foi, morou longe com marido tanto tempo e depois teve que voltar atrás de um novo tratamento. Ela não conseguiu. Ela voltou. Ela morava com ele em São Borja e começou a se sentir muito ruim, muito mal. Mas daí não conseguiu ambulatorio aqui. Aí foi que ela começou tratamento na Cruz Vermelha. O médico da Cruz Vermelha, sugeriu que ela se internasse. Mas ela não quis (Maria Catarina, nora de Elis).

A trajetória de Elis, que culminou na busca pela internação psiquiátrica no HPSP, não consiste em um evento específico. Parece ser ocasionada por uma trajetória de muitas perdas, como da sua casa (há aproximadamente 2 anos), a perda da sua mãe (aproximadamente 1 mês) e do ex-marido (há aproximadamente 1 ano e meio). Esse

⁴⁰ Dependência Química, realiza uso abusivo de álcool desde 1998.

último fato, o falecimento do ex-marido, parece ter sido uma das “gotas d’água” para Elis. Depois desse fato que “*começou toda essa confusão*”, quando tentou o suicídio tomando medicação em excesso há aproximadamente 1 ano atrás:

Ela diz que fez essa tentativa [de suicídio] pra matar esse sofrimento, e que agora também, ela quer que passe esse sofrimento. E muitas vezes, passa pela cabeça, que pra passar o sofrimento, a gente tem que morrer [...] Então a gente cuida pra não deixar ela sozinha, conversa com ela (Maria Catarina, nora de Elis).

Maria Catarina, conta que os familiares e a médica que estava acompanhando Elis no AMK referem muito medo: temiam que ela tentasse “*matar*” esse sofrimento através da tentativa de suicídio novamente. Observando a documentação, consta na avaliação psiquiátrica do SAT do HPSP “*pensamento de morte com plano (enforcamento, medicação)*”. Elis tem “*medo de perder o controle*” e faz “*consumo de bebida alcoólica (1 litro e meio por dia)*”.

Maria Catarina explica que esse sofrimento que Elis busca matar foi ocasionado por estar longe da filha e pela “*vida ter perdido o seu sentido*”, “*agora que ela perdeu a mãe dela, ela não tem nada a perder*”. Maria Catarina tenta conversar com Elis e nunca a deixar sozinha, porque “*se a gente deixar ela sozinha, ela pode fazer bobagem*”.

No mesmo dia que Elis realizou a sua primeira internação no HPSP, ela havia consultado com a sua psiquiatra no AMK. Nessa consulta, a psiquiatra “*achou melhor essa internação pra ela não se machucar*”, conta Maria Catarina. Elis chegou ao SAT/HPSP encaminhada pelo AMK, diretamente, e não via Central de Leitos do Estado.

4.2.2 Um itinerário descontextualizado do tempo e do espaço

Maria de Luz e Arnaldo são mãe e filho, com 49 e 24 anos de idade, respectivamente. Residem juntos no município de Ivoti. Arnaldo, atualmente, tem o chamado “*INSS*”, devido a uma “*perícia de interdição*”. Apesar disso, já trabalhou em uma “*fábrica de calçados*” e colocando “*mantas dos telhados*”. Estudou até a 8ª série, porque “*ele já tava nessa vida*”: há aproximadamente 12 anos ele é usuário de crack. Maria de Luz conta que trabalha como autônoma em casa – desde os 16 anos, trabalha com calçados. Desde de pequena, ela pratica a religião católica: “*procuro ir, quando dá, a cada fim de semana na missa, e quando tem assim, dias específicos durante a semana, feriados, assim e coisa [...] Como eu aprendi da infância*”.

Sobre o uso de substâncias psicoativas por parte do filho, ela conta que *“ele mesmo fala que foi por causa de um amigo... que um dia... isso faz muito tempo... ele contou para minha mãe – no caso, a vó dele – que se ele pudesse voltar aos 12, 13 anos dele”*. Conta que Arnaldo é bastante revoltado, acredita que

É que é o jeito da dependência que ele fica assim, que ele não aceita muito as ideias dos outros... Ele sente que é eles e o os outros não sabem das coisas, não fazem assim [...] às vezes a gente fala umas coisas e ele fica revoltado, alterado. É melhor ficar quieto. Não falo mais pra não criar mais problema, sabe...? Isso não é normal (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Ancora a experiência de Arnaldo com a sua, busca semelhanças relativas às suas próprias experiências para compreender:

Meu marido sempre fala que eles têm que colocar na cabeça e não fazer mais. Mas eu acho que não é tão fácil, que eles não se dominam... Que nem às vezes eu penso que tinha um tempo que eu não podia ver chocolate em casa, tinha um chocolate e eu ia lá pegar um pedacinho. Eu comia. Eu lembrava daquilo e eu ia lá de novo. Até que terminava. Sabe até que eu tinha comido tudo. Eu até chegava a pegar o da menina, pegava o bombom... E isso eu imagino que é mais ou menos assim. [...], mas agora eu consegui me dominar. Acho que isso deve ser bem pior. Até que ele [Arnaldo] chegou a falar ‘eu queria que tu tivesse isso no corpo, pra sentir como é que é (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Maria de Luz fala do percurso em busca da cura de Arnaldo como um fato que teve como consequência a sua busca, pela sua própria cura. Conta que há alguns anos, entre 2012 e 2013, Arnaldo teve um breve acompanhamento no CAPS de Ivoti. Arnaldo não deu continuidade ao tratamento no CAPS e não fez, junto a este serviço, tratamento psicofarmacológico⁴¹. Maria de Luz conta que conheceu o CAPS *“porque eu tava muito pra baixo... muito triste, muito nervosa, sei lá”*. Sobre a primeira vez que foi lá *“acho que foi assim mais pra procurar ajuda para internar ele assim”*. Ela continuou realizando o seu próprio acompanhamento no CAPS com grupos terapêuticos e com acompanhamento de psicóloga:

Não lembro quando conheci ele [o CAPS], mas faz tempo já [...]. Eu mesma já ia no grupo do CAPS, eu gostava de ir sempre... até quando ele [Arnaldo] tava internado na fazenda, eles pediam comprovante de frequentar.... No grupo, participavam os dependentes, pais, amigos, falavam da sua situação, trocavam ideias [...] tinha vezes que tu escutava uma pessoa falar e sei lá, tirava uma coisa boa pra ti, que tu às vezes... tu não te toca... daí, alguém fala, pensa, e realmente é o que acontece com a gente ... mas a gente nem percebe que é assim (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Arnaldo teve uma passagem pelo SAT que não resultou em internação. Quando pergunto à Maria de Luz sobre outras internações no HPSP, ela explica:

⁴¹ Só realizava tratamento psicofarmacológico durante as internações.

Minha cabeça tá tão confusa que eu não sei como foi aquela vez... mas ele tava usando [droga], ele tava na rua... e foi pedido [que houvesse internação], daí eles acharam aqui [leito psiquiátrico no HPSP] e trouxeram ele para uma avaliação, só que naquela tarde eu não vim junto (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Maria de Luz não soube me dizer por que não houve internação. Ao longo da entrevista, repete-se a narrativa de eventos que culminam em alguma reclusão de Arnaldo, seja ela internação em hospital geral, seja em comunidade terapêutica. No dia em que a entrevistei, a reclusão de Arnaldo se deu em um hospital psiquiátrico, o HPSP. Os eventos narrados são de inúmeras passagens por comunidades terapêuticas e de internações para desintoxicação em hospital geral. A sensação é que foram tantas passagens e internações que Maria de Luz não consegue situá-las no tempo e no espaço: *“Mais uma vez, sentada na ambulância, pensei – Não sei quantas vezes já tive sentada na ambulância com ele”*.

As internações em Comunidades Terapêuticas, referidas como *“fazendas”*, se deram *“através do CAPS, da Prefeitura; só as duas últimas que eram particular”*. A maioria das internações então foram através do SUS, mas *“ele ficava pouco tempo”*. Ela menciona 5 *fazendas* diferentes, nas quais Arnaldo ficou diferentes períodos internados, variando de cinco semanas a oito meses: *“Nessa última agora ele ficou três meses, a no ano anterior ele ficou 8... mas foi assim, saiu de uma e foi pra outra”*.

Maria de Luz conta que seu filho Arnaldo *“sempre fala que quer sair disso [da droga], mas acho que é muito difícil isso, que até agora ele tava internado assim, mas mesmo internado ele recaiu quando vinha pra casa, fazer visita...”*. As duas últimas *fazendas* eram particulares, sendo que numa ele ficou 8 meses e na outra, quase quatro meses. Sua avaliação das *“fazendas”* não é positiva, explica que *“não foi o que a gente procurou, sabe...?”*. A única exceção foi a última comunidade terapêutica em que Arnaldo ficou internado:

Ele mesmo falou que quando ele precisava conversar com alguém, tinha alguém que escutava ele... que ele se sentia bem, que ele conseguia colocar pra fora o que tava incomodando [...] Até mesmo ele falava que na última que tavam devolvendo a vida pra ele, e foi uma coisa que a gente via que ele tava bem, sabe? (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

As internações psiquiátricas de Arnaldo em hospitais gerais iniciaram em 2013, sendo a primeira no Hospital São José em Ivoti, o *Hospital de Ivoti*, onde *“ele ficou umas duas, três semanas”*. Arnaldo foi transferido do Hospital São José para o Hospital Sagrada Família em São Sebastião do Caí, o *Hospital do Caí*. Do Hospital em São Sebastião do Caí, ele foi para uma Comunidade Terapêutica.

Maria de Luz explica que esse percurso na rede de serviços de saúde não é algo novo: “ano passado, isso de novo se repetiu a mesma história. Sabe... É sempre a mesma rotina”. Ela não soube especificar quantas internações ocorreram nesses dois hospitais, mas conta que no *Hospital do Caí* foram duas e “ali em Ivoti, ele ficou mais vezes em Ivoti, não sei ao certo, umas quantas, umas três vezes, eu acho...” Ela explica que o serviço oferecido pelo *Hospital de Ivoti* não contava com um sistema que obrigasse o paciente a permanecer ali. Nas suas palavras, ali não era uma “internação fechada [...] ali até ele ficou, ele ficou 18 ou 20 dias, mas o pai dele de guarda do lado. Eu cheguei a dormir 11 noites direto numa cadeira com ele no hospital, para ele não fugir”. Maria de Luz acredita que se Arnaldo saísse do hospital, ele não completaria o processo de desintoxicação. Diferente do serviço de Ivoti, o *Hospital do Caí* oferecia uma *internação fechada*.

Arnaldo chegou através da Central de Leitos ao HPSP para fazer sua internação psiquiátrica, acompanhado de sua mãe, Maria de Luz, a partir de uma decisão judicial de internação compulsória. A sua mãe explica que a internação compulsória foi uma ideia dela, mas um feito realizado com a contratação de um advogado particular e num processo que tramita há um ano:

Quando deu tudo aquilo... na verdade, quando ele internou, há um ano atrás, eu pedi ajuda do município [de Ivoti] pra conseguir um lugar.... Fechado que ele pudesse fazer o tratamento, porque as unidades abertas ele pega e sai. Por isso ele nunca ficou... Daí eu entrei com um pedido de [internação] compulsória [no ano passado] [...] Como tudo é demorado, vai se apurando... saiu agora, e eu pedi pra um lugar fechado[...] Eles iam transferir ele pra comunidades abertas, sabe...? Até isso tinha saído duas vezes que eles iam levar pra outras comunidades, mas como ele já não tava conseguindo ficar em lugar fechado, como é que é nos ia deixar ele? Era o mesmo que deixar na rua [...] Eu acho que ele precisava de tratamento [...] Era uma ideia de salvar ele... eu não sei, sabe? Eu sempre acho que eu preciso fazer alguma coisa pra ajudar... Não sei se você me entende. Mesmo que ele fique revoltado, acho que um dia ele vai compreender que foi só pra ajudar ele (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Duas semanas antes da sua internação no HPSP, Arnaldo estava na “fazenda”, teve *uma recaída*, ficou um dia na rua e voltou para casa. Maria de Luz relata que nestes 14 dias que antecederam sua internação, ele ficou por duas vezes dormindo na rua; assim, sem conversar com Arnaldo, ela contatou o CAPS em ao qual ela própria está vinculada. Para sua surpresa, o que provocou um sentimento de arrependimento, o filho Arnaldo acatou a internação “*numa boa*”. Ela não havia conversado com ele antes pois vislumbrava a possibilidade de que ele não quisesse. A equipe do CAPS e a Polícia Militar buscaram Arnaldo em casa, de onde foi conduzido para o hospital – primeiramente, o

Hospital de Ivoti. Neste serviço hospitalar, Maria de Luz foi informada de que “*logo lá falaram que iam transferir ele e que provavelmente seria pra cá [HPSP]*”. Não soube me dizer porque ocorreu essa transferência, mas ficou “*sentida*” com essa transferência, pois tinha preferência pelo *Hospital do Caí*. Nas palavras da entrevistada,

O Hospital do Caí é mais perto, eu podia ir sozinha pra lá [São Sebastião do Caí], pra cá [Porto Alegre] não consigo vim sozinha pra visitar. Sei lá, aqui talvez é diferente, é um tratamento diferente, talvez ajude ele. Sabe... Tentar de tudo (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Maria de Luz acredita que não encontrou o tratamento adequado e continua buscando novas alternativas de cuidado para o seu filho. Conta que o seu avô tinha “*problema dos nervos*”, e que o levaram a um hospital em Ana Rech porque ele tinha muitas crises, e que

Daí que de noite, o vô contou que ele se lembra que ele comeu sopa e a cama tava encostada na parede do quarto e quando ele acordou a cama tava no meio. Que ele não se lembra de nada que aconteceu de noite, mas que os médicos falaram pra vó e pros filhos que eles deram choque nele, assim. Tipo tratamento, sabe... Eu não sei se talvez isso não ia ajudar... não sei se tem estudos que talvez (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Como possibilidade de cuidado, ela aventa a realização de um “tratamento de choque”, Eletroconvulsoterapia:

[...] Eu até tinha colocado na minha cabeça, se eu não conseguisse nada agora eu ia tentar achar esse hospital de Ana Rech e tentar me informar pra ver se isso é possível, ou se tem uma outra coisa. Eu tava bem decidida a fazer isso (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

Diante desse contexto de longos percursos cíclicos na rede de serviços de saúde com o filho, Maria de Luz sente-se “*bastante cansada*” e fazendo de tudo para ajudá-lo. Vislumbra a morte como uma das alternativas do caminho tortuoso que a vida do filho está se encaminhando, o que escreve em uma carta para ele:

Botei um monte de coisa que eu tava sentindo [em uma carta enviada para o filho], e ali em cima eu também coloquei que eu deixei a igreja em dia, que se um dia precisasse um lugar pra ele que eu tinha né [choro] [referindo-se à questão de já ter acertado as questões funerárias caso ele viesse a falecer] Sabe... isso tudo passa na cabeça da gente... A gente sabe que se não mudar vai ser esse o fim. [...]. Eu não quero perder ele. Até pra cá, ele ta brabo comigo, mas eu tô fazendo isso pra ajudar ele... que depois, se um dia acontecer alguma coisa, eu sei que eu tentei tudo que eu podia (Maria de Luz, mãe de Arnaldo).

4.2.3 João Guilherme já conhece o caminho da internação

Maria Beatrice é uma mãe, tem 55 anos. Acompanha seu filho, João Guilherme, que tem 32 anos, na sua décima internação psiquiátrica no HPSP. Ele faz uso de substâncias

psicoativas desde os 16 anos, e há aproximadamente 8 anos teve sua primeira internação. A mãe trabalha como auxiliar de serviços gerais em uma empresa. O filho não consegue ficar mais de três meses em um emprego, porque, sendo a mãe, entrevistada, ele consome o salário com drogas. Maria Beatrice frequenta a Igreja Evangélica, a Assembleia de Deus, desde o momento que descobriu que o filho usava drogas: *“quando me sinto triste eu vou lá, converso com Deus, me orienta eu, daí eu fico mais tranquila, escuto os louvores, me tranquiliza... escutar os louvores me conforta, faz eu pensar mais no João”*. Maria Beatrice é residente do município de Viamão; seu filho, João Guilherme, atualmente está em situação de rua: perambula pelas vias públicas e dorme em casas abandonadas, pelo valor de dez ou quinze reais.

João Guilherme cresceu com o pai na cidade de Porto Alegre. Este o surrava. Tinham uma relação conflituosa, então ele passava uma semana na casa do pai, outra semana na casa da mãe: *“E foi assim que se criou né. Não teve aquela infância certa, né... com a mãe e o pai”*. Estudou até a 5ª série, e a mãe acredita que ele cessou os estudos por causa desse movimento entre casas que não lhe permitia um lugar fixo. Com a saída da escola, *“ele ficou muito solto... eu não dava bola pra ele. Ele dizia que ‘ó mãe, eu vou ali ó [...] e quando eu fui saber das droga já era tarde já. Muito solto”*. Segundo Maria Beatrice, João Guilherme é usuário de *“crack, fuma cigarro, e bebida, e tudo junto misturado. Mas a droga mesmo é o crack”*.

João Guilherme fez o acompanhamento no CAPS por apenas alguns meses, não soube especificar quando. Imagina que o filho não realizou acompanhamento no CAPS *“porque o CAPS era longe né, depende de passagem, é lá no centro de Viamão. Não é ali perto de casa”*. A distância do serviço de saúde foi uma dificuldade para que ela própria acompanhasse o filho. João Guilherme nunca fez uso de medicação fora das internações e que *“quando ele dava alta daqui [HPSP] ele já levava [as medicações] lá [para casa], mas só que daí quando ele tava comigo eu dava pra ele. Mas só que ele aprontava, eu já largava na mão dele e ele não sei se tomava ou botava fora”*.

João Guilherme também teve em um determinado período de sua vida envolvimento com as atividades do tráfico. Esse fato culminou em duas institucionalizações em presídios: uma em 2004, quando permaneceu no Presídio Central por três anos, e outra em 2010, quando ficou preso por dois meses na Penitenciária Modulada Estadual de Osório.

No itinerário de João Guilherme há passagem por duas *“fazendas”*, as Comunidades Terapêuticas, sendo que em uma destas ele permaneceu por um ano e dois

meses; Maria Beatrice não soube dizer quando ele permaneceu nestas *fazendas*. Maria Beatrice tomou conhecimento de ambas através da igreja: da igreja que ela frequenta e de “*outras igrejas*”. O ingresso de João Guilherme nas *fazendas* depende da autorização do pastor. Maria Beatrice explica que sempre precisa conversar com o pastor para acessar as “*fazendas*”, pois as duas eram particulares.

Uma fazenda era boa, mas claro todas as fazendas cobram pra manter o paciente ali [...] Eu não pagava a quantia que era [cobrada], era 400 reais. Daí, como eu trabalho com um salário mínimo, daí como eu ia viver? Eu ajudava com no máximo uns 200 reais. Só que o dono da fazenda exigia mais, e eu nunca tinha. Daí um dia eles disseram ‘ah não dá pra continuar com o João Guilherme aqui, a gente vai ter que largar ele. Daí largaram ele, e ele tá aí (Maria Beatrice, mãe de João Guilherme).

O tratamento nas *fazendas* era realizado através da oração, do jejum e da leitura da Bíblia: “*não era com remédio, era à base da persistência*”. Sobre essa maneira de cuidar, Maria Beatrice entende que:

Eu achava que ir pra uma fazenda assim tem que ser do jeito que eles querem, não é do jeito que ele [João Guilherme], no caso, queria. Ele ficava brabo. Não queria participar, qualquer palavrinha ficava exaltado [...]. Aqui [HPSP] não vai se irritar tanto porque ele vai tá com remédio, vai tá dopado. E ele quis vim pra cá pra tomar remédio. Porque pra encarar lá fora, no caso uma fazenda assim, rosto limpo, ele não quis [...] ele queria tomar pra se acalmar e pra não ter fissura, ele tem muita fissura (Maria Beatrice, mãe de João Guilherme).

A última fazenda que ele ficou não possuía recursos financeiros para disponibilizar comida às pessoas que estavam se reabilitando. Dessa forma,

O pastor botava ele a vender coisas pra adquirir o dinheiro pra comer de noite, pagar conta, água e luz. E aí ele mal entrava na fazenda, não dava o prazo de uma semana, ele já saía pra vender as coisas. Ele se empolgava com o dinheiro e não voltava mais (Maria Beatrice, mãe de João Guilherme).

Devido a isso, o pastor nega sua entrada novamente na *fazenda*, explicando que “*só depois de 6 meses que ele volta*”.

Parece que o uso de drogas, internação no HPSP, reabilitação em *fazendas*, recaídas e frustração tornaram-se a regra dessa trajetória quase que cíclica. Maria Beatrice conta que já não tem ideia de quantas internações no HPSP foram. De acordo com os documentos, foram 10 internações, que foram encaminhadas pela UBS, por Ordem Judicial ou aconteceram sem encaminhamento. No seu prontuário também constava o encaminhamento “*Lista da UD*”, o que significava que João Guilherme, havia realizado uma avaliação para admissão no SAT, mas que não haviam leitos disponíveis naquele momento. Esse código somente era utilizado para pacientes que possuíam indicação de internação para a Unidade de Desintoxicação (UD). Funcionava como uma

espécie de lista de espera específica da unidade. Esse código não mais é utilizado pelo o HPSP. Foram 7 idas ao HPSP que não sucederam em uma internação psiquiátrica por falta de leitos. Essas idas foram encaminhadas pela UBS ou foram realizadas pela busca de João Guilherme e seus familiares diretamente. Em seu prontuário, contabilizo 17 idas e 10 internações no HPSP. Segundo a mãe todas as 10 internações no HPSP foram do desejo de João Guilherme.

Na última internação no HPSP, que possibilitou meu contato com Maria Beatrice, João Guilherme veio sem encaminhamento ou contato prévio com a Central de Leitos do Estado. Maria Beatrice conta que quando João Guilherme mencionou que estava pensando em se internar “*a gente veio aqui direto porque ele já esteve aqui, né... já conhecia, já sabe, já sabe as regras daqui de dentro*”. O que poderia ser um problema, a falta de encaminhamento, segundo Maria Beatrice, foi resolvido porque uma pessoa da equipe do SAT já o conhecia, o que possibilitou que ele fosse tratado como um caso excepcional. No entanto, João Guilherme teve uma *recusa clínica*⁴² pelo médico plantonista do SAT e internou somente no dia seguinte porque ele precisou de um atendimento clínico primeiro:

Daí ele andou indo num mercado lá, e andou roubando alguma coisa pra comer, porque comer quase ele não come assim, quando tá nesse vício. Daí o dono do mercado viu e chamou a polícia e a polícia bateu nele. E aí ontem o doutor examinou e ele tava com as dor aqui assim, nas costa, e aí ele não internou ontem, ele veio internar hoje. Eu tive que levar ele no médico [...] lá no UPA, lá na [Parada] 36 em Viamão (Maria Beatrice, mãe de João Guilherme).

João Guilherme e a mãe retornaram após avaliação clínica na Unidade de Pronto Atendimento de Viamão, onde constou que as dores que ele estava sentido, resultado do confronto com a polícia, não eram impeditivos para a sua internação psiquiátrica. Esta foi sua 10ª internação no HPSP.

⁴² Recusa clínica se dá quando médico clínico plantonista do SAT entende que o paciente tem outros problemas clínicos mais graves que o HPSP não pode se responsabilizar devido à falta de estrutura e por ser um hospital especializado em psiquiatria. As recusas clínicas mais comuns se dão por fraturas e tuberculose.

5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO: DO AMORFO DE SENTIDO AO MODELADO DE BUSCA POR CUIDADO

O adoecimento estabelece uma relação entre a ordem biológica e a ordem social. Ao mesmo tempo que ele atinge o indivíduo (biologia, corpo e funções), ele também atinge a sociedade (um determinado conjunto de relações sociais). A dimensão biológica manifesta-se através da inscrição social, pois “*é na doença que o social se inscreve, naquilo que é de mais individual e natural, nosso corpo*” (KNAUTH, 1991, p.1). A partir da ordem social e dos sistemas simbólicos determinados que a percepção de doença, seus sinais, explicações de suas causas e sentidos, bem como a busca ou não pela cura tomam forma (KNAUTH, 1991). Essas, as relações e representações de corpo, saúde e doença são sempre sociais e definem que tipo de cura será acionada, quando será acionada e como será interpretada essa experiência humana. Como propõe Knauth (1991):

Essas representações se manifestam nas diferentes "interpretações" que as pessoas fazem dos diagnósticos médicos e nas formas de pensar e conceber o próprio corpo e os acontecimentos a ele relacionados que também orientam suas práticas a este respeito (KNAUTH, 1991, p.36)

Knauth entende que o *adoecimento da mente* se apresenta de maneira diferente das *doenças do corpo*. O adoecimento da mente é atribuído diretamente a fatores sociais de uma determinada cultura e sociedade⁴³:

O primeiro elemento que diferencia estas [as doenças da mente] das doenças mencionadas anteriormente, é o fato de serem reconhecidas como sendo originárias do meio social no qual o indivíduo está inserido, mais exatamente, de determinadas relações sociais das quais participa. Em segundo lugar, são consideradas em geral, como doenças sem cura ou em que esta é bem mais difícil. Não são assim consideradas enquanto pertencentes a determinadas fase da vida, como o são algumas doenças infantis, mas estão relacionadas a uma determinada situação social percebida como praticamente irreversível. [...] E se em alguns casos esta situação se altera ela deixa marcas no próprio corpo do indivíduo, através de sua doença (KNAUTH, 1991, p.59).

Nas entrevistas que realizei pude perceber que as representações de adoecimento em saúde mental não se dão unicamente como doenças originárias do meio social. A reinterpretação da classificação da taxionomia médica (KNAUTH, 1991), dos modelos

⁴³ Kleinman (1980, in HELMAN, [20--]) em pesquisa inserida na área da antropologia médica, volta-se para Taiwan, que, como a maioria das sociedades tem um sistema plural de saúde e doença. Kleinman mostra como o sistema cultural molda doença, bem como suas percepções. Em particular, a cultura chinesa frequentemente leva à somatização de estados emocionais; que a psiquiatria ocidental definiria como "Depressão" é muitas vezes expresso em uma gama de sintomas físicos em vez de abertamente sintomas psicológicos. Para esse autor, segundo Helman ([20--]), a cultura influi de maneira cognitiva os processos que percebemos os sintomas do adoecimento (no sentido de *ilness*), sejam eles ligados a *soma* ou a *psique*.

endógenos, racionais e exógenos de doença (LAPLANTINE,1986)⁴⁴, da predestinação a uma determinada doença (BOLTANSKI, 1984), da trajetória do indivíduo e as moralidades⁴⁵ (KNAUTH, 1991)⁴⁶ também foram bastante frequentes nas narrativas como formas representativas do adoecimento em saúde mental.

Como refere Knauth (1991), Maria Ivanete reinterpreta as taxionomias médicas, através do seu olhar para a explicação do adoecimento e conseqüentemente cura da neta. Maria Ivanete conta em sua entrevista que sua neta, Nina Simone, possui *uma “sequela na cabeça”*, um tal *“coágulo na cabeça”*, que na sua visão poderia até levar a morte. Nesse sentindo, Maria Ivanete não acredita que a neta vá *“melhorar totalmente”* com a internação psiquiátrica

Boltanski (1984) sugere a análise da questão da predestinação do adoecimento, o que fica evidenciado na entrevista de Maria Flor, que recebeu um “diagnóstico-prognóstico” no momento em que seu neto nasceu *“o emocional não aparece nos exames, ele aparece na adolescência”*. Neste caso, o “aparecimento do emocional”, a explicação do adoecimento se dá pelas vias do modelo exógeno (LAPLANTINE, 1986), pois o seu neto transformou-se depois de um acontecimento descrito como trágico, de abuso.

Já a representação do adoecimento através do modelo racional (LAPLANTINE,1986) está presente na explicação que aponta para a hereditariedade, aqui associada a um outro modelo explicativo, o modelo exógeno de doença, que envolve a ideia de “transferência” da doença. Maria Ivanete relata que a mãe de Nina Simone, quando estava grávida dela, *“surtou feio”*, mas quando se aproximou da data de nascimento de Nina Simone, os surtos cessaram; conclui que *“se passou, é porque passou pra guria”*. Se por um lado parece que a doença é descrita como uma coisa, uma entidade,

⁴⁴ Modelo endógeno que entende a doença como produzida pelo próprio corpo, modelo racional que percebe a doença como desordem orgânica, e o modelo exógeno de doença que entende a doença como algo externo ao sujeito (FIGUEIREDO, 2007).

⁴⁵ Percebo que a admissão e triagem dos sujeitos que buscam o HPSP é direcionada a todo momento por moralidades e pelas trajetórias do indivíduo (sua história). Por vezes é sustentado pelo olhar e comunidade biomédica, bem como pelo olhar da própria comunidade que percebe determinadas trajetórias e comportamentos como sendo considerados fatores de risco e não protetivos. São eles: *“ele é bandido”, “ele é ligado ao tráfico”, “não tem uma rede, sua mãe é muito pobre e o pai abandonou”, “ele foge de casa”, “ela tem 13 anos e namora escondido”, “esse menino já cheirou cocaína três vezes”, “essa menina não vai à escola”, “ela é mãe e não cuida dos filhos”, “bateu na mãe”, “não está trabalhando”, “sofreu abuso sexual”, “não conhece o pai”, “é abrigado”, “é adolescente e já é mãe”, “é uma questão social, ele é muito pobre”, “tem vaga na unidade”, “tem vontade de fazer o tratamento”, “tem histórico familiar de transtorno mental”, “teve TDAH na infância”*.

⁴⁶ Daniela Knauth em sua dissertação realizou uma pesquisa etnográfica em uma vila de classes populares na cidade de Porto Alegre. Aborda questões referentes as representações sociais e relações sociais de ordens diversas envolvidas no relacionamento entre profissionais de saúde e uma determinada população alvo e suas práticas. Entre essas representações estão as de doença, corpo e saúde. Elucido apenas algumas representações abordadas teoricamente e empiricamente pela autora.

que se transfere de um sujeito ao outro, por outro, tal transmissão é nomeada também como sendo de ordem genética, pois a passagem se deu da mãe para a filha. No caso da entrevistada Maria Joana, o adoecimento do seu filho também é explicado como algo com que ele já nasceu, sugerindo um modelo endógeno de representação da doença.

As moralidades envolvidas no processo de adoecimento também foram bastante frequentes. O “bullying”, a indiferença e o sentimento de ausência de laços por uma mãe foram percebidos como causa do adoecimento da sua filha. O fato de um garoto não residir com seu pai e sua mãe biológicos, em um único domicílio, também foi percebido como um fator para o adoecimento psíquico. São moralidades que determinam dever ser e, com isso, o que provoca mal estar ou doença e o que proporciona saúde.

O sentido do adoecimento, bem como sentido da ação, é precedido por sentidos estruturados e compartilhados por um coletivo, ou seja, a partir da relação que se estabelece com o outro. Os grupos terapêuticos dos CAPS, como as entrevistas desse estudo demonstraram, apresentaram-se como momentos importantes de compartilhamento de ideias, sofrimentos, apoio e de sentido do adoecimento. Duas entrevistadas manifestaram que no CAPS elas participavam do grupo terapêutico e tinham a família como um todo sendo acolhida⁴⁷.

5.1 Sobre as formas de cuidado em saúde mental

As entrevistas realizadas elucidaram uma pluralidade de formas de cuidados e de compreensão de como cuidar da saúde mental. Em todas as narrativas das entrevistadas, não se exclui uso de psicofármacos: esta é uma alternativa de cuidado. Híbridos cuidados aliados à medicação foram um dos eixos de cuidado propostos, como: um “*ambiente sadio*”, “*boa alimentação*”, “*amor*”, “*religião*”, “*medicina*”, “*exercícios físicos*” e “*uma consulta com psicólogo*”.

Aquelas entrevistadas que são elas próprias usuárias dos serviços da RAPS têm uma visão diferenciada do uso de medicação no tratamento em saúde mental; para algumas, o acompanhamento psicofarmacológico é a única forma de cuidar de sujeitos em sofrimento mental. As entrevistadas Maria Catarina e Maria Sol percebem os efeitos do *fármaco* em seu próprio organismo e explicam a falta de outras alternativas a partir da

⁴⁷ No entanto, umas das entrevistadas não continuou no CAPS devido a uma nova regionalização de saúde no município de Canoas. Nesse novo CAPS que frequenta não possuem acompanhamento como família.

sua própria experiência de falta de controle do comportamento e dos seus pensamentos quando realizam a interrupção da medicação.

A medicação também foi percebida como uma mediadora de sentido do adoecimento, bem como de um diagnóstico, que vem associado a um conjunto de expectativas. O uso de antidepressivo, por exemplo, foi entendido como mediador para o processo de compreensão maior: que o sujeito está “depressivo”. A troca constante de medicação foi entendida como um teste, uma experiência, e, portanto, uma instabilidade de um diagnóstico: “eles não sabem o que o meu filho tem”. Nenhuma das entrevistadas trouxe o diagnóstico psiquiátrico como motivo da internação, e sim os sinais ditos “anormais”, como “paranoia”, “alucinação”, “tristeza”, tentativa de suicídio, “ficar na rua”, usar droga, mentir, roubar, delirar, agredir, etc.

No caso de sujeitos que fazem uso e abuso de drogas e álcool, as acompanhantes entrevistadas tocaram na questão da longa duração da internação. As entrevistadas acreditam que a medida de “*longa internação*” é uma forma de cuidado e que a internação no HPSP “*tem que ser bem mais... 21 dias é muito pouco*”⁴⁸. Acreditam que um “*tratamento mais rigoroso*”, “*numa clínica fechada*”, seria uma forma de cuidar dos seus filhos. Almejam uma “*fazenda*” para o período posterior à internação, para efetivar a longa internação dos seus familiares.

Uma entrevistada destoa, ao imaginar uma alternativa de cuidado em saúde mental: Maria de Luz acredita que ainda não encontrou o “*tratamento certo para ele se acalmar*”, mas aventava uma alternativa com terapia de choque, a Eletroconvulsoterapia. Essa alternativa de cuidado é sugerida pela história pela mãe de Maria de Luz, de que o avô (de Maria de Luz) havia realizado um “*tratamento de choque*” devido ao seu “*problema de nervos*”.

5.2 Dados do desespero

O medo da morte, causando o desespero, é um ponto bastante importante a ser abordado nesse trabalho. A emergência psiquiátrica não desespera pela corporificação da doença e do sofrimento, no sentido de enxergarmos sangue, corpos mutilados ou com dor,

⁴⁸ Vale observar que “21 dias” é período de internação bastante difundido no HPSP e pelos pacientes que realizam internações psiquiátricas, especialmente quando realizam desintoxicação de substâncias psicoativas. Durante a experiência de campo conversei com pessoas da equipe sobre isso e elas me explicaram que “cada caso é um caso” e que os 21 dias era o “tempo ideal”, mas sem existirem comprovações sobre isso.

como em uma emergência de um hospital geral. O desespero é um sentimento difuso que está situado no risco a que os pacientes podem se expor: as situações em que se colocam, pela dependência química, pelo delírio, pela fantasia, podem até mesmo expor estes sujeitos-pacientes ao risco de morte. Existe um risco à vida em uma admissão e triagem psiquiátrica, narrativa que pude observar durante as entrevistas e a análise dos prontuários. O medo de perder pelas vias da morte a pessoa que estava realizando a internação foi algo motivador para a escolha de um processo de reclusão temporária em uma unidade psiquiátrica fechada. O desespero dos familiares personaliza-se nas narrativas de Maria Júlia, sobre o filho na rua; de Maria Carolina, sobre o filho que está cometendo delitos; de Maria Ivanete, que fala do risco da jovem morrer atropelada; de Maria Catarina, que teme pelo suicídio; de Maria de Luz, que tomou providências funerárias para o filho, antevendo esta possibilidade; ou até mesmo nos documentos que registram as informações sobre os pacientes, como no prontuário de João Guilherme, onde se lê que “procura internação por desejo de desintoxicar e por medo de ser morto. Está sendo ameaçado de morte por traficantes”.

A internação em unidades fechadas, como é o caso da instituição HPSP, além de ser considerada mais eficaz pelas entrevistadas, é entendida como um fator de proteção para os sujeitos internados que podem estar sob o risco mais imediato da morte e da prisão. “*Alívio*” foi uma das palavras-chave referentes ao momento da internação. É através da reclusão que a proteção é entendida:

Que não... que eu não ia tirar, que eu ia salvar ele[...] eu não tiro ele daqui porque eu amo ele. Por isso que ele tá ali. Por eu amar ele. Pra não perder ele. Eu não quero que me chamem polícia com uma bala na cabeça, ou esquartejado, que é isso que a gente tá vendo. Hoje em dia aí.... Por isso que ele tá aqui. Porque eu amo ele e não vou abandonar de jeito nenhum. [...]. Com essa história, só tem uma saída meu filho: ou tu vai pra cadeia, ou tu vai ser morto. Hoje não tem outro caminho sem ser esse (Maria Júlia, mãe de Ray).

6 ITINERÁRIOS NA REDE: TRAMAS E TRANSPARÊNCIAS

A partir da reconstrução das narrativas escutadas, transcritas, compilação dos dados de campo, como o diário de campo e os prontuários, pude perceber alguns funcionamentos da rede de políticas e serviços públicos que as mulheres entrevistadas e que seus familiares vivenciam. Chama a atenção que todas as pessoas responsáveis no momento da internação no HPSP são mulheres – reforçando os estereótipos de gênero em que a figura feminina fica associada aos cuidados e à família. Não houve escolha intencional das mulheres entrevistadas e chamou a atenção que durante o período de campo foram vários adolescentes e crianças que internaram no HPSP.

Os dados de campo sugerem que a rede de saúde mental para a infância e a adolescência é insuficiente para a demanda, e que existem poucos leitos de saúde mental ou leitos psiquiátricos para esse público. As familiares-acompanhantes-cuidadoras entrevistadas salientaram ao longo das suas falas um extenso percurso em busca de uma internação psiquiátrica. Percorreram fisicamente e por fios e cabos telefônicos hospitais que não possuíam leitos para crianças e adolescentes e que somente sugeriam novos lugares em busca de atendimento. As instituições que possuíam internação para esse público também sugeriam unidades nas quais crianças e adultos misturavam-se, o que fazia com que as acompanhantes necessitassem ficar a todo momento com seus acompanhados, bem como “se responsabilizassem” por qualquer infortúnio que acontecesse durante a internação psiquiátrica. No momento que essas ações expõem essas crianças a riscos, ferem os princípios de proteção integral à criança e ao adolescente estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Também faz pensar que nem as próprias instituições de acolhimento à crise em saúde mental sabem aonde existem leitos para infância e a adolescência.

A porta de entrada para o acompanhamento em saúde mental da infância e adolescência em uma rede descentralizada nos casos aqui apresentados deu-se a partir de mecanismos excepcionais, como uma internação no HPSP⁴⁹ (1), atuação do Conselho Tutelar posteriormente a uma audiência com Juiz de Direito (2)⁵⁰ e a atuação do Conselho Tutelar no encaminhamento para um abrigo, e desse abrigo para a rede de serviços de

⁴⁹ Foi o caso de Maria Sol, mãe de Virginia e Maria Joana, mãe de Vincent.

⁵⁰ Caso de Maria Júlia, mãe de Ray.

proteção social e de saúde⁵¹. Em outras palavras, situações extremas provocaram o acesso à atenção básica e psicossocial especializada na saúde. O Conselho Tutelar atuou na vida de dois sujeitos e de suas responsáveis – e em ambas os jovens foram encaminhados para um abrigo. Tutelar aqui é abrigar.

Já no público dos adultos não pude observar o mesmo movimento na rede. Os três sujeitos que realizaram internação no HPSP já haviam realizado acompanhamento em CAPS, ambulatório ou outra instituição de saúde em algum momento da vida, que nem sempre foi precedido por alguma internação em função de sofrimento mental. Dos três internados, dois não estavam fazendo qualquer tipo de acompanhamento atualmente (como os CAPS, ambulatório, posto de saúde, farmacológico ou outros). Os dados sugerem que esses sujeitos mesclavam sua trajetória entre internações em *fazendas*, no HPSP e em Hospitais Gerais (HG). Os três adultos faziam uso abusivo de substâncias psicoativas e tal uso foi percebido como um motivador para a internação psiquiátrica no HPSP e em outros locais.

Através das falas das entrevistadas pude perceber que os CAPS, em alguns casos, atuavam como mediadores para acesso a um leito de internação – fosse em Hospital Geral, em Comunidade Terapêutica ou no HPSP. A procura relatada nas entrevistas pelo CAPS, com o objetivo de lograr a internação psiquiátrica, sugere que esse ator seja um mediador importante da rede. Quatro sujeitos realizaram um percurso em direção à internação que envolvia o CAPS. Desses quatro, dois foram somente ao CAPS em busca da internação⁵².

Relativo ao acompanhamento psicossocial, destaca-se que quatro sujeitos realizavam acompanhamento psicossocial, dos quais dois estavam vinculados a um CAPS e os outros dois, ao AMK/HPSP e à UFRGS. Três deles haviam iniciado o acompanhamento nos serviços de saúde mental há pouco tempo⁵³, sugerindo que o acolhimento à crise talvez não esteja sendo adequadamente manejado na atenção psicossocial especializada ou então a instituição não está sendo percebida como acolhedora dessa condição. O breve acompanhamento em uma rede descentralizada, seja “na UFRGS”, no AMK do HPSP ou no CAPS, foi seguido de uma internação psiquiátrica no HPSP.

⁵¹ Incluindo outras redes de cuidado, como a escola, creche, cuidado cirúrgico e acompanhamento psicossocial. Foi o caso de Maria Flor e seu neto Edgar Allan.

⁵² Foi o caso de Maria Luz com seu filho Arnaldo, e o caso de Maria Carolina, mãe de Jean Michel.

⁵³ A questão de pessoas que haviam iniciado o acompanhamento há pouco tempo e se direcionaram ou foram encaminhadas para internação também teve casos representativos, como Ray, Elis e Edgar Allan.

O percurso em direção às Comunidades Terapêuticas ou às “fazendas” foi um caminho que envolveu pagamento por serviços privados, percorrido por usuários de substâncias psicoativas. Observa-se um claro recorte de gênero, pois todos são sujeitos masculinos. Somente um sujeito conseguiu acessar a *fazenda* através do SUS, que foi o caso de Arnaldo, filho de Maria Luz. Outros acessaram tais serviços por conta própria, através de igrejas e por sugestões de pessoas conhecidas. A questão da dificuldade de pagamento por esse serviço e conseqüentemente de acesso foi um ponto bastante salientado nas entrevistas.

Outro ponto que vale observar foi a internação privada em uma *fazenda* por um sujeito que ainda não tinha 18 anos, que ficou internado tanto com pessoas mais velhas quanto mais novas do que ele. A idade mínima das Comunidades Terapêuticas, segundo a Portaria nº 856 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é de 18 anos. Essa Portaria estabelece algumas regras quanto ao funcionamento das Comunidades Terapêuticas, como o tempo máximo de permanência, que é 9 meses; segundo uma entrevistada, um sujeito permaneceu na *fazenda* durante 1 ano e 2 meses. Nas entrevistas sobre as *fazendas*, não há referência ao contato e à co-construção de um cuidado em conjunto com o CAPS do município.

As “*fazendas*” e as comunidades terapêuticas que as entrevistadas mencionaram durante a entrevista não foram encontradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que sugere que não tenham registro, e conseqüentemente regulação do Estado. Uma característica desses estabelecimentos que não contentou as acompanhantes foi o fato das fazendas serem abertas, o que na sua visão facilitava recaídas e fazia com que os sujeitos novamente realizassem o uso de substância psicoativa, segundo o ponto de vista das entrevistadas. Essa questão foi um fator importante para a busca de uma internação em unidade fechada, o que direcionou ao HPSP. No entanto, as familiares-cuidadoras também manifestaram o desejo de posteriormente à desintoxicação ter os sujeitos sob seus cuidados e proteção fazerem uma nova internação, mais longa, em uma *fazenda*.

O HPSP faz parte de um processo maior de cuidado optado pelas entrevistadas desses casos, como uma ponte para um outro cuidado: a *fazenda*. Os modelos de cuidado de longa internação não foram extintos da mente das pessoas e da sociedade, apesar da Reforma Psiquiátrica. Não mais internam em hospitais psiquiátricos por longos períodos,

mas sim em comunidades privadas que, teoricamente, realizam um “cuidado em liberdade”⁵⁴, mas que sugerem não serem fiscalizadas pelo Estado.

A questão da escolaridade das pessoas que realizaram a internação também é um dado que chama a atenção, visto que todos os adultos possuem Ensino Fundamental incompleto e que a metade daqueles em idade escolar evadiram também no Ensino Fundamental (E.F). O grau de instrução mínimo daqueles que não estão em idade escolar foi a 3ª série do E. F e a máxima, a 8ª série do E. F. Nosso estudo apresenta resultados semelhantes ao de Scisleski, Maraschin e Silva (2008), centrado no tema da infância e da adolescência. Andréa Siscleski, buscando conhecer os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica, realizou o campo de sua dissertação de Mestrado no CIAPS, unidade psiquiátrica do HPSP, e encontrou majoritariamente adolescentes do sexo masculino internados (61%), sendo que apenas 8% desses jovens frequentavam a escola na ocasião da internação. As questões escolares foram predecessoras da internação psiquiátrica, fazendo pensar que a rede de políticas públicas nas quais as pessoas vivenciam a apresentam suas questões é muito mais ampla do que somente a rede de saúde mental, no caso a RAPS. Quando as crianças começaram a apresentar problemas sociais na escola, a escola não realizou nenhum encaminhamento para alguma instituição de saúde mental, como foram os casos de Jean Michel e de Ray, que as próprias mães retiraram da escola por não saberem mais como lidar com o “*comportamento*” dos garotos.

Os itinerários em direção ao HPSP foram precedidos por outras “paradas” em outras instituições de saúde, como os pronto-atendimentos⁵⁵, os serviços de urgência e de emergência⁵⁶, os hospitais gerais⁵⁷ e os serviços especializados em psiquiatria⁵⁸. Os motivos para a não internação nesses locais não ficaram claros nos casos em que as entrevistadas simplesmente manifestavam que não sabiam porque encaminharam ao HPSP. Claramente, as entrevistas indicam que não foi possível fazer internação nos casos em que não há unidade psiquiátrica no local, assim como naqueles em que a lotação da unidade psiquiátrica ocorreu ou onde não existem leitos para infância e adolescência.

⁵⁴ As comunidades terapêuticas possuem a característica de serem abertas e não existirem as contenções mecânicas. No entanto, essa prática não é unânime em todas essas instituições, como sugere o “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011)

⁵⁵ Maria Flor, avó de Edgar Allan.

⁵⁶ Maria Sol, mãe de Virginia.

⁵⁷ Maria Ivanete, avó de Nina Simone; Maria Júlia, mãe de Ray; Maria de Luz, mãe de Arnaldo.

⁵⁸ Maria Carolina, mãe de Jean Michel.

Municípios populosos da Região Metropolitana como Alvorada, Viamão, Gravataí e Canoas têm poucos leitos para sujeitos em situação de sofrimento psíquico: Alvorada não possui; Viamão possui 18⁵⁹; Gravataí possui 6 e Canoas 38 leitos. Porto Alegre, por sua vez, concentra 21% de todos os leitos psiquiátricos do Estado (517 leitos psiquiátricos e clínicos em saúde mental oferecidos pelo SUS).

A ausência ou precariedade de investimentos em determinada especialidade de internação, como é o caso dos leitos psiquiátricos/de saúde mental em alguns municípios, remete à ideia de um poder de regulamentação (FOUCAULT, 1976, p.294), que consiste em um estado que *faz viver e deixa morrer* algumas populações específicas no momento que investe em determinadas questões de saúde de maneira a não atender à demanda, como é o caso da saúde mental. A Política de Saúde Mental age por meio de um argumento de provisão estatal de bem-estar à população, de forma que intervém na vida dos indivíduos que compõem essa população como um todo, normatizando, regulamentando e disciplinando suas vidas na justificativa de um padrão de bem-estar, fazendo com que determinadas vidas tomem forma e outras, não.

A questão da distância de um serviço com leito psiquiátrico e o local de residência das entrevistadas também é um ponto importante. Se um dos critérios para a existência de uma região de saúde é a composição de municípios relativamente próximos, bem como a existência de pelo menos 1 leito/15.000 habitantes em HG de referência para álcool e drogas e 0,16 leitos/1.000 em HG de referência para saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 2016), por que foram encontrados leitos psiquiátricos e de saúde mental em municípios relativamente distantes do município de origem das pessoas? Esse foi o caso de Maria de Luz, mãe de Arnaldo, que acha Porto Alegre um município longe da sua cidade (Ivoti), o que faz com que ela não possa ir sozinha visitar o filho. Também foi o caso de Maria Júlia, mãe de Ray, que recebeu a proposta do CAPS, através do contato com a Central de Leitos, que ele fosse internado em Santa Maria, um município relativamente longe do município no qual residem, que é Viamão.

Agranoff e McGuire (in ANDRADE, 2006) compreendem uma rede de políticas públicas como estruturas organizativas que visam dar conta de grandes questões políticas e do meio social. A RAPS estrutura-se através de diversas instituições em diferentes

⁵⁹ Vale observar que no CNES constam 112 leitos psiquiátricos no cadastro no município de Viamão. No entanto, 100 dos 112 leitos pertencem ao Hospital Colônia Itapuã, como referido anteriormente. Como esse hospital não mais recebe novas internações, somente existem 12 leitos psiquiátricos disponíveis para a população residente de Viamão. Somando aos leitos clínicos em saúde mental, o município totaliza 18 leitos.

níveis de complexidades dentro do Sistema para questões de saúde mental. Os dados aqui demonstram ausência de comunicação dentro da própria rede. Se pensarmos a rede para além da RAPS esse movimento fica mais claro. Instituições como escola, Conselho Tutelar, Comunidades Terapêuticas e hospitais, bem como atores sociais como Juízes, Promotores, Defensores Públicos, Policiais e advogados, são buscadas pelos sujeitos em situação de sofrimento psíquico e seus familiares. No entanto, há ruídos na comunicação entre as instituições e os atores dificultando os encaminhamentos para a prevenção ou tratamento no âmbito da RAPS.

João Biehl (2011), em seu artigo “Antropologia no Campo da Saúde Global”, discute a judicialização do direito à saúde, especialmente do acesso à medicação. Os dados aqui apresentados apontam para um uso do Poder Judiciário como mecanismo de acesso à internação psiquiátrica. As *ordens judiciais*⁶⁰ e as *guias na Defensoria Pública*⁶¹ foram mecanismos acionados pelas entrevistadas. Scisleski, Maraschin e Silva (2008) também realizaram essa observação dos encaminhamentos ao HPSP via ordem judicial, salientando a subordinação dos serviços de saúde às demandas judiciais⁶². Nas entrevistas realizadas, não houve relato judicialização para acessar medicações não disponibilizadas pelo SUS.

As mulheres entrevistadas que acompanhavam crianças e adolescentes manifestaram que o HPSP foi a única “*porta concreta que se abriu*” em um longo itinerário terapêutico em busca de cuidado. A falta de leitos psiquiátricos para infância e adolescência foi algo que apareceu a todo momento nas narrativas. O HPSP foi acionado por ser a única opção de cuidado para crianças e adolescentes na rede pública de saúde mental: “*se é o lugar que vai me aceitar, vamos lá*” (Maria Joana, mãe de Vincent) ou ainda “*se é pra saúde da minha neta, como diz o ditado, movo montanhas*” (Maria Ivanete, avó de Nina Simone).

Não houve menção aos cuidados espirituais nem às terapias *folk* (KLEINMAN, 1980 in ALVES & SOUZA, 1999). Todas as entrevistadas declaravam alguma religião, mas não mencionaram prover algum cuidado espiritual para as pessoas que elas acompanhavam. Orar, cantar louvores e frequentar a igreja foi descrito como uma maneira de se acalmar e de se tranquilizar – de certa forma, de “cuidar” da própria saúde

⁶⁰ Relatos de Maria Beatrice, Maria de Luz e Maria Carolina.

⁶¹ Relato de Maria Júlia.

⁶² Para mais informações sugiro a leitura da dissertação de Mestrado de Andréa Scisleski “Entre se quiser, saia se puder: os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica”. Defendida na Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

mental. “*Tomar passe*” é um tipo de cuidado para outras questões de saúde que não as de saúde mental.

A automedicação não foi salientada durante as entrevistas como um cuidado popular. Realizo um deslocamento proposto pelas próprias entrevistadas relativo à forma de cuidado popular (KLEINMAN, 1980 in ALVES & SOUZA,1999): no momento que percebiam sinais que não lhes pareciam *normais*, realizavam os “cuidados caseiros” através atitudes sociais e afetivas como “*dar limites*”, “*escutar*”, “*não deixar sozinha*”, dar dinheiro, retirar da escola, trocar de escola, e “*dizer que ama*”.

O subsistema profissional proposto por Kleinman (1980 in ALVES & SOUZA,1999), que é constituído pelas práticas e os sistemas médicos tradicionais profissionalizados, foi o subsistema mais percorrido nessas trajetórias de cuidado. Essa questão sugere que as concepções e explicações relativas ao sofrimento psíquico ocorreram sob o prisma biomédico de busca à psicoterapia, uso de psicofármacos e internações psiquiátricas em instituições.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo contribuir para o debate sobre saúde mental e as políticas públicas, destacando as diferentes formas de itinerários terapêuticos dos sujeitos que internam no HPSP narrados pelas entrevistadas. Para tal atentei às narrativas das entrevistadas, prontuários e diário de campo, buscando entender as estratégias, os conceitos e a visão de mundo das mulheres que acompanham seus filhos, netos e sogra em direção à internação no HPSP. Na trajetória desse trabalho constatei a existência de diferentes dinâmicas e racionalidades que direcionam à internação psiquiátrica no HPSP. Questões como o sentido do adoecimento e as opções de cuidado disponibilizadas pela rede foram cruciais para a “escolha” desse caminho da internação.

O conhecimento dos itinerários terapêuticos, nesse estudo, foi um potente dispositivo para conhecimento das fragilidades e potencialidades de uma rede de serviços de saúde regulada por políticas públicas. Dentro desta rede de serviços, restam fragilizados instrumentos previstos para o cuidado em saúde mental, como os CAPS, as enfermarias de psiquiatria em HG, as Comunidades Terapêuticas e os serviços da Atenção Básica.

Segundo os relatos das entrevistadas, os serviços da Atenção Básica, ou simplesmente os *postinhos*, apresentaram dificuldades de encaminhamento para serviços de média ou alta complexidade, como os CAPS. Nas entrevistas, o acompanhamento em saúde mental na Atenção Básica fica restrito ao cuidado psicofarmacológico. Os serviços como CAPS e hospitais são percebidos como *para casos muito graves*. Na previsão normativa de funcionamento da rede, o acolhimento e a atenção ao paciente na Atenção Básica ou num serviço de média complexidade como um CAPS poderia prevenir a internação psiquiátrica em um serviço de alta complexidade como um hospital.

As Comunidades Terapêuticas também apresentaram fragilidades bastante importantes que influenciam no funcionamento da RAPS, como a falta de encaminhamento aos serviços da RAPS para o acompanhamento do usuário, a pouca ou nenhuma comunicação com familiares e a dificuldade de monitorar um serviço cujo cadastro no CNES não consta. A não gratuidade das Comunidades Terapêuticas foi uma questão bastante negativa apresentada pelas entrevistadas. Os valores cobrados pelas *fazendas* são elevados e representam grande parte da sua renda. A alternativa, diante da dificuldade de pagar pelo serviço, desponta como os serviços hospitalares do SUS especializados em psiquiatria. Hoje os sujeitos em situação de sofrimento psíquico não

mais realizam longas internações em instituições especificamente psiquiátricas. No entanto, “nadando contra a maré” das ideias da Reforma Psiquiátrica, a internação psiquiátrica e as longas internações em instituições, como nas Comunidades Terapêuticas, ainda é percebida como forma de cuidado por parte dos familiares desses sujeitos.

Referente aos CAPS observo que são dispositivos previstos pela RAPS que são pouco conhecidos pela sociedade antes da experiência de uma internação psiquiátrica ou de um adoecimento psíquico grave. Tiveram seu primeiro contato com o CAPS a partir da mediação de um serviço ou ator externo à rede: uma ordem judicial, um serviço de abrigo ou uma internação hospitalar-psiquiátrica. As pessoas conhecem o Posto de Saúde – seja UBS, seja ESF –, mas não conhecem instituições específicas para questões referentes à saúde mental oferecidas pelo SUS.

As enfermarias de psiquiatria alocadas em HG também apresentaram algumas dificuldades importantes. Primeiramente, as entrevistadas manifestaram que nos HG que buscaram cuidado ou onde foi feita alguma avaliação do caso, não existiam leitos psiquiátricos. Naqueles casos em que havia leito psiquiátrico, estes eram em número insuficiente. Chama a atenção na fala das entrevistadas que acompanhavam crianças e adolescentes manifestaram a ausência de leitos psiquiátricos oferecidos pelos SUS, tanto em HG quanto em hospitais especializados em psiquiatria. O HPSP é um hospital especializado que é referência para infância e adolescência para todo o estado do Rio Grande do Sul.

O estudo demonstrou que as pessoas percorrem caminhos anteriores à internação psiquiátrica, com as mesmas queixas: a escola, o Conselho Tutelar, os abrigos, os serviços de saúde privados e serviços oferecidos no âmbito do sistema de justiça. Nem a escola, nem o Conselho Tutelar fizeram encaminhamentos dos casos para um CAPS ou outro serviço de saúde da RAPS. As ordens judiciais de internação compulsória significam na prática um encaminhamento para um abrigo ou para uma internação psiquiátrica hospitalar.

Do ponto de vista normativo, de organização da RAPS, a internação psiquiátrica representa uma ação para o caso em que todos os recursos extra hospitalares se mostraram insuficientes (Art. 4º da Lei nº 10.216 de 6 abril de 2001). Essa questão faz pensar que ainda temos recursos extra hospitalares insuficientes para tamanha demanda, visto que os sujeitos aqui acompanhados já apresentavam demandas de saúde mental antes da internação. A internação psiquiátrica mostrou-se como a porta de entrada para a RAPS – e por vezes a única porta concreta de cuidado.

A presente pesquisa possui algumas limitações. Uma limitação própria da abordagem qualitativa é que o estudo fez um número reduzido de entrevistas; espera-se entretanto que tenha havido o ganho de profundidade no material coletado. As mulheres que me contaram as trajetórias em busca de cuidado de seus familiares residem em diferentes municípios, cada um dos quais com redes próprias de serviços em saúde; a comparação no âmbito municipal não foi possível aqui. A dificuldade de obter um consentimento livre e esclarecido do sujeito no momento da internação psiquiátrica implicou numa opção metodológica por entrevistar familiares que acompanhavam pacientes no momento da internação; tal opção implicou uma limitação, na medida em que não foram os próprios pacientes que contaram seus próprios itinerários terapêuticos. Seria interessante, em pesquisas futuras, entrevistar os próprios sujeitos que se tornam pacientes psiquiátricos na medida em que estes fazem parte ativa do processo de sentido do adoecimento bem como de escolha por arenas de cuidados. Também seria pertinente buscar conhecer as representações de saúde e doença, bem como de internação psiquiátrica, dos profissionais que trabalham nessa rede mais ampla em que o sujeito em sofrimento psíquico transita.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Cap. 4. p. 125-138.
- ANDRADE, Jackeline Amantino de. Redes de Atores: Uma Nova Forma de Gestão das Políticas Públicas no Brasil? **Gestão & Regionalidade**, São Caetano do Sul, n. 64, p.52-66, maio 2006.
- ANGROSINO, Michel. **Etnografia e observação participante**. Londres: Artmed, 2008.
- BEAUD, Stephane & WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BENJAMIN, W. **Obras escolhidas I: magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BIEHL, João. A vida cotidiana das palavras: a história de Catarina. **Correio da APPOA**. Porto Alegre, nº 140, 2005, p. 14-29. Disponível em: <<http://www.appoa.com.br/uploads/arquivos/correio/correio140.pdf>>. Acesso em 20/05/16
- BIEHL, João. Antropologia no Campo da Saúde Global. **Horizontes Antropológicos: Ciência, Poder e Ética**. POA, ano 17, n. 35, jan/jul 2011, p. 257-296.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro. Graal,1984.
- BRASIL, Ministério da saúde. Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde: Leitos. 2016. CNES. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 10 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. Centro de Atenção Psicossocial Brasil. 2016. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=00&VMun;=&VSubUni;=&VComp=00>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. Centro de Atenção Psicossocial Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=43&VMun=&VSubUni=&VComp=201610 Acesso em: 10 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012. Portaria Nº 856.(2012)

BRASIL. Acesso à Informação. Governo Federal. Observatório Crack: É possível vencer. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Constituição Federal (2013). Artigo nº 196, de 1988. Constituição Federal de 1988. 38. ed. Seção 2, p. 58-58 (2013)

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Brasília, DF

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta A Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Para Dispor Sobre A Organização do Sistema Único de Saúde - Sus, O Planejamento da Saúde, A Assistência à Saúde e A Articulação Interfederativa, e Dá Outras Providências.**

BRASIL. Lei Federal nº n °10.216, de 6 de abril de 2001. **Lei Federal da Reforma Psiquiátrica.** Brasília, DF

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 1990. **Lei Orgânica de Saúde.** Brasília, BR, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de novembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Nota Técnica: Assunto: Esclarecimentos sobre Leito 87- Leito de Saúde Mental. 2013. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/25/teste-de-pdf.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). **Legislação em Saúde Mental, 1990 – 2004.** 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2014. 59 slides, color, 25x20.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Distrito Federal. Brasil.2011. Disponível em: <http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 oct. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental (acesso em 12/10/15)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Data Sus. Secretária de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Hospital Psiquiátrico São Pedro. 2014. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4308602257645. Acesso em: 26 out. 2014.

BRASIL. Observatório Crack. Ministério da Saúde. Comunidades Terapêuticas. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em: 03 ago. 2016.

BRASIL. Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Portaria Nº 4.279, de 30/12/2010.

BRASIL. Senado Federal. Senado Federal. Estatuto da Criança e do Adolescente. 6. ed. Brasília, 1990. 50 p.

BRASIL. SUS.. História SUS. Disponível em: <http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>. Acesso em: 2 mar. 2016.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 16, p.4433-4442, 2011.

CHEUCHE, Edson Medeiros. Fragmentos históricos da criação e inauguração do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul/ Secretaria Estadual da Saúde/ Memória Cultura do Hospital Psiquiátrico São Pedro. 2014. 1 p. Acesso em 2014

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p.

DIEHL, Eliana **Elisabeth**. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)**. 2001. 246 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FALKEMBACH, Elza M. F. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e Educação**. Universidade de Ijuí. ano 2. nº 7, julho /set 1987.p. 19-24.)

FAVERO-NUNES, Maria Angela; SANTOS, Manoel Antônio dos. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, São Paulo, v. 2, n. 23, p.208-211, 2009.

FERREIRA, Jaqueline; SANTO, Wanda Espírito. Os percursos da cura: abordagem 179 antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 22, p.179-198, 2012

FIGUEIREDO, Regina. Noções de Saúde, Doença e Cura como Construções Sócio-Culturais. **Bis – Boletim do Instituto de Saúde**, Instituto de Saúde – Ses/sp, São Paulo, n. 41, p.20-27, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. RJ, Edições Graal, 1979. (11ª impressão), p. 277-293.

FOUCAULT. **Foucault por Ele Mesmo**. Direção: Philippe Calderon. França: ARTE. France/BFCP Productions, (Audiovisual), DVD (63 min., cor), 2003.

GALEANO, Eduardo. Entrevista com Eduardo Galeano: **Programa Sangue Latina**. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=w8rOUoc_xKc>. Acesso em: 7 jul. 2016.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1ª Edição, 2008. 323p

GINZBURG, Jaime. Linguagem e trauma na escrita do testemunho. In: Wilberth Clayton Salgueiro. (Org.). **O testemunho na literatura. Representações de genocídios, ditaduras e outras violências**. Vitória: Editora da UFES, 2011, v. p. 19-32.

HELMAN, Cecil. Review Article A. **Kleinman, Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1980. [20--]. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10486948/pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

HERRERO, Beatriz; BRIGIDI, Serena; FURTADO, Inma. Antropólogas de bata branca: praxi y problemas del trabajo etnográfico em hospitales. In: ROMANÍ, Oriol. **Etnografía, metodologias cualitativas e investigación en salud: un debate abierto**. Tarragona: Publicacions Urv, 2013. Cap. 3. p. 191-212.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde(SES). Censo Diário do Serviço de Admissão do dia 13/10/2014. Porto Alegre, 2014. 1 p

KLEINMAN, Arthur. From illness as culture to caregiving as moral experience. **New England Journal of Medicine** 368: 1376- 1377. 2013

KNAUTH, Daniela Riva. **Os caminhos da cura**. 187 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Ufrgs, Porto Alegre, 1991.

LANE, Silvia T. A psicologia social e uma nova concepção de homem para a psicologia. In: LANE, S.T.M. & CODO, W. (Orgs.) **Psicologia Social: O Homem em Movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2006, p. 10-19

LAPLANTINE, François. **Anthropologie de la maladie**. Paris, Payot. 1986

LIMA, Waner Gonçalves. Política pública: discussão de conceitos. **Interface: (Porto Nacional)**, Tocantins, v. 1, n. 5, p.49-54, out. 2012.

MARTINS, José de Souza. Artesanato Intelectual na Sociologia. In: **Revista Brasileira de Sociologia**. Sociedade Brasileira de Sociologia. SBS. Vol. 1, n. 2 (jul./dez. 2013), Sergipe, SBS, 2013.

MATEUS, Mário Dinis. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. In: MATEUS, Mário Dinis. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2013. Cap. 2. p. 56-76.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Itinerário Terapêutico do Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus familiares. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 15, p.1-8, 2011. 28

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Histórias de dor e de vida: oficinas de contadores de histórias. **Saúde soc.**, vol. 17, n. 2, pp.220-228, 2008.

MENEGHEL, Stela Nazareth; IÑIGUEZ, Lupicínio. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1815-1824, ago, 2007

- MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A análise de políticas públicas**, 2 ed., Pelotas (RS) Educat, 2002
- NEUERBARTH, Bárbara E. Lá no São Pedro. In: FONSECA, Tania Mara Galli; BRITES, Blanca. **Eu sou você**. Porto Alegre: Ufrgs, 2012. Cap. 2. p. 27-58.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 1990. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas. Caracas. 1990
- PAULONÉ, Simone Mainieri et al. O Tempo, o Invisível e o Julgamento: Emergências de Hospitais Gerais. **Cadernos Humaniza Sus: Saúde Mental**, Brasília, v. 5, n. 1, p.277-298, 2015
- PROTAZIO, Mairla Machado. **Errâncias de usuários de saúde mental: quando o cuidado se tece nas itinerâncias**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social e Institucional, Psicologia Social, UFRGS, Porto Alegre, 2015.
- REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SAEKI, Toyoko. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 4, n. 38, p.398-405, 2004
- RIESSMAN, Catherine Kohler. **Narrative methods for the human sciences**. California: Sage, 2008. 251 p.
- RIO GRANDE DO SUL, 2013. CAPS Cadastrados. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1386094618_CAPS--RS%20habilitados,%20em%20habilitacao%20e%20em%20incentivo.pdf> Acesso em 22 fev.2016
- RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. **Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica**
- RIO GRANDE DO SUL (Estado). Resolução nº 555, de 19 de setembro de 2012. **Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR**. Resolução N° 555/12 – Cib/rs. Porto Alegre, RS, 19 set. 2012. p. 1-4.
- RIO GRANDE DO SUL. Saúde Mental. Secretaria Estadual da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Porto Alegre: Vídeo, 2016. 41 slides, color, 25cm X 30cm.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. 2002. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2016.

RUAS, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender políticas públicas**. Brasília: Iggep, 2013. 156 p.

SANTOS, Roberson Rosa. São Pedras. In: FARINA, Juliane Tagliari; AZEVEDO, Leonardo Martins Costa; FONSECA, Tânia Mara Galli. **Exercícios de uma literatura menor: Um olhar atelial**. Porto Alegre: UFRGS, 2014. p. 33-33.

SARETTA, Mário Eugênio. **Terceira margem do hospital psiquiátrico: ética, etnografia e alteridade**. 2015. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Ufrgs, Porto Alegre, 2015. Cap. 2.

SCHMITT, Claudia Job. Redes, atores e desenvolvimento rural: perspectivas na construção de uma abordagem relacional. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 1, n. 27, p.82-112, ago. 2011.

SCISLESKI, Andréa Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p.342-352, 2008.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise e Casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010. 130 p.

SHORE, Cris. La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la 'formulación' de las políticas. **Antipoda**, Colombia, v. 1, n. 10, p.21-49, 2010.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 20

WACQUANT, Loïc. 2002. **Corpo e Alma: Notas Etnográficas de um Aprendiz de Boxe**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 294 pp.