

Desinstitucionalização e rede de serviços de saúde mental: uma nova cena na assistência à saúde

Deinstitutionalization and network of mental health services: a new scene in health care

Desinstitucionalización y red de servicios de salud mental: una nueva escena en atención médica

Alice Medeiros Lima¹

ORCID: 0000-0002-4276-7862

Ândrea Cardoso de Souza^{II}

ORCID: 0000-0002-6549-8634

Ana Lúcia Abrahão da Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-0820-4329

^I Universidade Estácio de Sá. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Lima AM, Souza AC, Silva ALA. Deinstitutionalization and Network of Mental Health Services: a new scene in health care. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20180964. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0964>

Autor Correspondente:

Ândrea Cardoso de Souza

E-mail: andriacsouza@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: margarida vieira

Submissão: 19-03-2019 **Aprovação:** 06-10-2019

RESUMO

Objetivo: analisar o processo de desinstitucionalização resultante do fechamento de um hospital psiquiátrico, e conhecer o destino dos usuários após a desospitalização. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, fundamentado na perspectiva crítico-analítica, que teve como cenário o Hospital Colônia de Rio Bonito. Foram analisados documentos institucionais e narrativas de cinco gestores que participaram do processo de desinstitucionalização. **Resultados:** o processo de desinstitucionalização do Hospital Colônia durou um tempo maior que o esperado. Para que se concretizasse, foi necessária uma intervenção tripartite e, especial, a mobilização das redes e implementação das Redes de Atenção Psicossocial pelos municípios internantes. Quanto ao destino dos usuários, a maior parte foi encaminhada para residências terapêuticas ou transinstitucionalizada. **Considerações finais:** o processo de desinstitucionalização do Hospital Colônia provocou o estabelecimento de conexões entre serviços e pessoas, inferindo-se que este foi um dispositivo potente para a implementação das Redes de Atenção Psicossocial em âmbito municipal.

Descritores: Desinstitucionalização; Assistência à Saúde; Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the process of deinstitutionalization resulting from a psychiatric hospital shut down, and know the fate of users after dehospitalization. **Method:** a descriptive, qualitative study based on the critical-analytical perspective, which had as its setting the *Hospital Colônia de Rio Bonito*. Institutional documents and narratives of five managers who participated in the deinstitutionalization process were analyzed. **Results:** *Hospital Colônia* deinstitutionalization lasted longer than expected. For this to happen, a tripartite intervention was necessary, and especially the mobilization of networks and implementation of Psychosocial Care Networks by the cities. Regarding destination of users, most were referred to therapeutic or transinstitutionalized residences. **Final considerations:** *Hospital Colônia* deinstitutionalization led to the establishment of connections between services and people. This was a powerful device for the implementation of Psychosocial Care Networks at municipal level.

Descriptors: Deinstitutionalization; Health Care; Mental Health Services; Public Policy; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar el proceso de desinstitucionalización resultante del cierre de un hospital psiquiátrico, y conocer el destino de los usuarios después de salir del hospital. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, que tuvo como escenario el *Hospital Colônia de Rio Bonito*. Se analizaron documentos institucionales y narrativas de cinco gestores que participaron del proceso de desinstitucionalización. **Resultados:** el proceso de desinstitucionalización del *Hospital Colônia* duró un tiempo mayor que lo esperado. Para que se concretizara, fue necesaria una intervención tripartita y, especialmente, la movilización e implementación de las Redes de Atención Psicossocial por los municipios que internaban. Quanto al destino de los usuarios, la mayor parte fue encaminhada para residencias terapêuticas o transinstitucionalizadas. **Consideracion finales:** el proceso de desinstitucionalización del *Hospital Colônia* provocó el establecimiento de conexiones entre los servicios y las personas, deduciéndose que este fue un dispositivo potente para implementar las Redes de Atención Psicossocial en el ámbito municipal.

Descritores: Desinstitucionalización; Prestación de Atención de Salud; Servicios de Salud Mental; Políticas Públicas; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No final da década de 1970, por influência de movimentos sociais de crítica à psiquiatria em todo o mundo, inicia-se o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, com o objetivo de construir uma ética de cuidado em saúde mental e assegurar os direitos e a cidadania às pessoas com transtornos mentais. Assumindo-a como um processo social e cultural, ultrapassa-se a ideia de operar mudanças apenas nos serviços que atendem essa população, rompendo com a lógica biomédica exclusivista do conceito patológico que envolve a loucura⁽¹⁾.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhou força principalmente a partir do final da década de 1980, junto com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com mobilizações em prol da redemocratização do país. A partir de então, as conferências e os congressos de saúde mental ganham visibilidade; o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é criado; instituições asilares são fechadas e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são implantados. A viabilidade de sua implementação se deu com a sanção de várias Leis e Portarias, destacando-se a Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que visava a proteção dos direitos de cidadania dos usuários e propunha o redirecionamento do modelo assistencial. Entendendo que romper com a lógica que segrega implica mais que fechar manicômios e abrir residências terapêuticas⁽²⁻³⁾, é importante citar a Portaria nº 336, de 2002, que instituiu os CAPS como dispositivos prioritários de cuidado e a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 que criou o Programa de Volta para Casa, potencializando a desinstitucionalização mediante auxílio financeiro para os egressos de longas internações, tornando mais viável a vida fora dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Outro marco importante na conformação da Política Nacional de Saúde Mental foi a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3088 de 2011⁽⁴⁾. Essa Portaria articula os dispositivos fundamentais para o avanço da Reforma Psiquiátrica, a exemplo dos Consultórios na Rua e os SRT que devem oferecer cuidado diferenciado às pessoas com transtornos mentais. Em seu âmbito, foi criado o Programa de Desinstitucionalização⁽⁵⁾, que vislumbra tirar de cena os hospitais psiquiátricos, reduzindo significativamente seus leitos hospitalares⁽⁶⁾.

No Brasil, mesmo diante das dificuldades de consolidação do SUS, os seus princípios basilares permeiam a perspectiva do cuidado em saúde mental, buscando uma prática centrada no sujeito e que ultrapasse o setor de saúde. É preciso, no entanto, superar a fragmentação dos serviços, a partir de Redes de Atenção à Saúde (RAS) entendidas como um processo de construção tripartite, de organização horizontal e dinâmica dos serviços. Não obstante os muitos desafios para a sua real articulação e alinhamento, as RAS são um arranjo inovador e coerente com os princípios e diretrizes do SUS, por meio das quais caminha-se para a concretização da integralidade⁽⁷⁻⁸⁾.

Embora muitos avanços possam ser observados, como o aumento da cobertura pelos CAPS e o seu lugar como ordenador da rede e do cuidado, ainda são muitos os desafios para a consolidação de práticas de atenção em saúde mental consonantes com os princípios da Reforma Psiquiátrica⁽⁹⁾. Os hospitais psiquiátricos, por exemplo, ainda possuem importante protagonismo em muitas situações nas

quais, para os CAPS, esgotam-se as possibilidades de contorno da crise, ou naquelas em que o usuário se encontra ou expõe terceiros a situações de risco, justificando, assim, uma internação por questões sociais. Nessa conotação, os muros ganham, muitas vezes, caráter de proteção e são vistos como recursos únicos em determinado contexto, pelos profissionais, familiares e até mesmo por usuários que se encontram em vulnerabilidade⁽¹⁰⁾.

Apesar do reconhecimento da falência do hospital psiquiátrico como instituição de cuidado, foi implantada a Portaria nº 3588 de 2017. Houve aumento do valor da diária de internação psiquiátrica, propondo-se o aumento de leitos psiquiátricos, potenciais incentivos à hospitalização. Isso denota um prejuízo marcante para o avanço da proposta de desinstitucionalização no país e, conseqüentemente, aponta para um retrocesso no movimento de Reforma Psiquiátrica à medida em que estabelece um novo direcionamento da política de saúde mental.

Nesse panorama, a adoção da diretriz de desinstitucionalização requer a implantação de novos modos de lidar com a loucura, desenvolvendo serviços e ações centradas nos usuários que trabalhem com a lógica da clínica ampliada e que tenham o território como *locus* de ação^(3,9,11).

Entretanto, transcorridos alguns anos da implantação da RAPS no país, e diante de retrocessos no direcionamento da políticas públicas em saúde mental, constata-se que existem algumas lacunas e dissonâncias sobre a possibilidade desta agregar atributos essenciais da Reforma Psiquiátrica, assim como sobre sua potência inovadora no cuidado. Apesar de muitos avanços na atenção em saúde mental, como a ampliação de serviços territoriais de base comunitária e o expressivo fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos, faz-se necessário conhecer como as redes tem se organizado para cuidar dos usuários fora dos espaços de segregação, se estão e como estão trabalhando para inserir os usuários na vida, na cidade.

OBJETIVO

Descrever o processo de desinstitucionalização resultante do fechamento de um hospital psiquiátrico.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, com aprovação em julho de 2017. Foram seguidas todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, e esclarecimento quanto aos riscos e à participação na pesquisa por meio de entrevista gravada.

Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa descritiva, qualitativa, fundamentada na perspectiva crítico-analítica, compreendida como possibilidade

de entender o fenômeno social investigado. Este estudo, que dotou a hermenêutica como caminho metodológico para fundamentar as pesquisas qualitativas, permite valorizar as relações e práticas do fenômeno estudado. Para este método, não há observador imparcial - valoriza a subjetividade, possibilitando uma compreensão crítica e permite maior aproximação com o real. É um método que permite maior compreensão do fenômeno da loucura e dos processos de fechamentos dos hospitais psiquiátricos, pois possibilita a identificação de diferenças e semelhanças, buscando entender os relatos e relacioná-los ao contexto histórico e social.

Cenário do estudo

A pesquisa teve como cenário o Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB), instituição psiquiátrica privada de grande porte localizada no município de Rio Bonito, Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

Fonte de dados e participantes do estudo

Constituíram-se fonte de dados documentos institucionais pertinentes ao processo de desinstitucionalização, em especial os registros relacionados à alta e ao destino dos pacientes do HCRB, além das narrativas⁽¹²⁻¹⁴⁾ produzidas pelos participantes.

Foram convidados a integrar o estudo sete gestores de saúde, considerando como critério de inclusão ter efetivamente atuado no processo de fechamento do HCRB, no âmbito municipal e/ou estadual. Desses, cinco se disponibilizaram, conformando, portanto, a amostra desta pesquisa.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental. Cinco entrevistas abertas foram realizadas no local de atuação dos participantes, nos meses de agosto e setembro de 2017.

Os documentos analisados no âmbito deste estudo foram previamente disponibilizados pelos gestores entrevistados. De posse desse material, procedeu-se uma avaliação primária que objetivou selecionar e organizar os documentos pertinentes à proposta da pesquisa, seguida da leitura e destacamento das informações de interesse.

As narrativas produzidas pelos entrevistados foram gravadas e, em seguida, integralmente transcritas e identificadas pela letra N (narrador), seguida de um número correspondente à ordem cronológica de realização dos encontros.

Análise dos dados

A apreciação dos documentos se deu por meio de leitura exaustiva, orientada por um roteiro elaborado a partir dos objetivos do estudo, sendo composto por tópicos de interesse, a saber: histórico do hospital, processo de fechamento e desinstitucionalização e dados relacionados às altas e destino dos pacientes desospitalizados.

As narrativas, por sua vez, foram analisadas de acordo com o método da Hermenêutica⁽¹⁵⁾, escolhido por ser útil para compreender a dinâmica social, as escolhas e as percepções dos indivíduos em

campos dinâmicos e não neutros, como é o caso dos serviços de saúde mental. Para tanto, após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma primeira leitura geral do conjunto dos depoimentos, identificando-se os temas principais sobre os quais versaram. Em seguida, foi conduzida a leitura exaustiva de cada narrativa para apreensão da experiência individual sobre o processo de desinstitucionalização, a partir de informações e vivências impregnadas pelo encontro que cada um pôde estabelecer com aquela ação.

Desse processo de análise crítica, duas categorias foram elaboradas: "Processo de desinstitucionalização: o início de uma nova cena" e "Qual destino tiveram os pacientes do HCRB?" A primeira categoria aborda o fechamento do hospital e a expansão da RAPS a partir das narrativas dos sujeitos implicados no processo em análise, as quais foram agrupadas em cenas que sintetizam o percurso de desinstitucionalização do HCRB. A segunda categoria, por sua vez, trata do destino dos usuários após a sua desospitalização.

RESULTADOS

Inaugurado em 1967 e conveniado ao SUS, o HCRB atendeu cerca de 15 mil pacientes até 2016, quando fechou as portas, após uma intervenção pública pelos três entes federados, motivada sobretudo por denúncias sobre as más condições de cuidado, precariedade estrutural e significativo número de óbitos de pacientes, posteriormente confirmadas pelo Ministério Público Estadual.

O processo de desinstitucionalização do HCRB, que teve duração de quatro anos (2012-2016), foi conduzido pela Gerência de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro, que apoiou e orientou os municípios internantes a conhecer e receber os pacientes em seu local de origem. É sobre este processo que as categorias de análise se debruçam.

Processo de desinstitucionalização: o início de uma nova cena

Para apresentação dos resultados, o processo de desinstitucionalização ocorrido no HCRB foi tomado como um filme, uma espécie de drama. Por isso, optou-se por descrever seu fechamento em tomadas, em cenas da vida real de quem conduziu esse processo: os gestores, compreendidos aqui como narradores dessa história.

Cena 1: O Início

A primeira coisa foi propor um censo clínico dos pacientes. O município de Paracambi começou com um censo clínico psicossocial. O Hospital do Carmo, que foi o primeiro que a gente fechou, foi com censo. Porque esse censo era quase que uma intervenção já em si, porque além de você mapear os casos e os pacientes, você tinha uma avaliação clínica geral e psiquiátrica de cada um. A gente também tinha uma avaliação social, no sentido de saber quem tinha ou não família; quem recebia ou não visita; quem contava ou não com benefício, quem não contava, mas poderia contar porque tinha direito, quem contava, mas não usufruía do benefício, enfim. Hoje, se não me engano, já foi feito censo na maioria dos hospitais do interior do estado. Conforme foi construído, o censo foi sendo adaptado para diversas situações, abrindo um leque de possibilidades para aquelas pessoas que estavam internadas e para o trabalho com elas. Então, por isso que a gente entendia que esse censo já era uma intervenção, porque esse sujeito ia ser olhado como talvez nunca tivesse sido por uma equipe. (N1)

Cena 2: Arrumar para Fechar

Não se tratava de fechar as portas do hospital e botar todo mundo para fora, se tratava de fazer realmente um processo de desinstitucionalização a partir de dentro. A gente sabia que tinha um processo que ia continuar do lado de fora, mas a gente sabia que tinha um processo que iniciava dentro do hospital, que era a gente poder minimamente garantir que essas pessoas seriam cuidadas nos seus municípios, após a saída responsável e cuidadosa deles do hospital. (N4)

Cena 3: Organização para Mudança

Porque essa foi uma ação muito cuidadosa de fato, e a gente queria poder garantir, quando falo garantir, é claro que alguma coisa escapole, mas, no grosso, é que as pessoas fossem de fato acolhidas nos municípios, que saíssem bem, ficassem bem, pudessem ter garantias de que estariam sendo acompanhadas. Os municípios, às vezes, não tinham recursos, então, esse tempo estendido, para mim, não tem outra justificativa que não a dificuldade que a gente teve de fazer com que os gestores se responsabilizassem por isso, entendessem que aquilo era com eles mesmos. Tomassem isso como causa pra si e não só como obrigação. (N1)

Cena 4: As Denúncias

A gente já tinha recebido uma denúncia dos próprios funcionários sobre o que estava acontecendo lá dentro, em termos de falta de alimentação, de cuidados, enfim, essa precariedade de que a gente sempre escuta falar nos hospitais. Isso levou a uma visita dos conselhos regionais, uma caravana dos conselhos foi visitar os hospitais, incluindo o de Rio Bonito, e foi então que isso começou de alguma maneira. Essas denúncias aceleraram o processo que a gente vinha tentando fazer com muita dificuldade. (N1)

Cena 5: Articulação Interfederativa

Esse plano envolvia os três entes, aí sim teve a Comissão Tripartite, que foi montado desde a época do censo, desde o TAC [Termo de Ajustamento de Conduta]. E essa comissão incluiu o estado, o município e o governo federal. O governo federal já fazia um acompanhamento e o financiamento da ação, porque era quem repassava as AIH e ele botou um recurso a mais; o estado entrou com a equipe do censo e teve o compromisso de repassar R\$50.000,00/mês para o município até o final da ação, então foi uma ação cofinanciada pelo estado; e o município era o executor das ações. O plano basicamente tinha financiamento, um aporte de dinheiro bastante razoável, a requisição de serviços pelo município, a requisição parcial dos serviços, de modo que o município não tivesse que arcar com nenhum custo trabalhista e a gestão tripartite do processo. (N5)

Cena 6: Intensificação do Trabalho

No plano, o Ministério Público judicializou os municípios que tinham pacientes internados lá. Então, de acordo com o diagnóstico que já tinha sido feito pela equipe de saúde mental, mas que foi depois respaldado por essa equipe técnica que assumiu, de acordo com o plano terapêutico daquele conjunto de pacientes que cada município tinha, o município teria que implementar aqueles dispositivos e retirar seus pacientes de lá. E aí, no plano, o governo federal se obrigou a

aportar recursos nos municípios de acordo com a rede que ficou definida pra aquele conjunto de municípios, se não me engano eram 18 ou 20 municípios que tinham pacientes internados lá, tinha municípios fora do estado do Rio de Janeiro, acho que era Vitória e alguns de Minas Gerais e Bahia. Esse recurso foi repassado para os fundos municipais de saúde de acordo com o desenho que foi feito por essa equipe, então, era o município que tinha que instituir residências terapêuticas, ampliar seus CAPS. O estado assumiu a responsabilidade da transinstitucionalização dos pacientes que não tinham condições de serem acompanhados em serviços substitutivos. Esse processo, acho que começou em 2010, eu saí de lá em 2012, acho que a gente conseguiu reduzir de 410 pacientes pra 268, não tenho os números exatos, mas acho que foi quase que a metade nesse processo todo. Os pacientes de Rio Bonito, de pronto, a gente já retirou todos, a gente implantou três residências terapêuticas e transformou o CAPS que era tipo 1 em CAPS tipo 3. (N4)

Cena 7: Estratégias de Ação

Nós incentivamos que os municípios envolvidos com Rio Bonito montassem equipes de desinstitucionalização, então, fizemos encontros dentro do hospital, a gente forçava a barra e eles iam para o hospital, pra atender. Não era pra visitar, mas para efetivamente atender as pessoas dos seus municípios que estavam internadas. Então, os projetos também eram discutidos com as equipes que estavam acompanhando de dentro do hospital, o objetivo era que tivesse uma sintonia no trabalho, numa perspectiva que o trabalho de dentro e o de fora se correspondessem. (N1)

Cena 8: A complexidade, os impasses, os problemas

O problema maior, que a gente detectava, era realmente a falta da rede, a insuficiência da rede. Falta de residências terapêuticas, equipes às vezes muito pequenas e essas equipes precisavam ir ao hospital, precisavam ir às famílias, enfim, um trabalho muito complexo. (N3)

Cena 9: Para fechar e construir RAPS

A própria rede começa a ter que se estruturar. Os municípios internantes começam a ter que se organizar pra poder dar conta desses pacientes, não só os que estão saindo, mas os que vão surgindo no município deles. Então, você tem que ter uma porta de entrada, um serviço minimamente montado pra poder dar conta da clientela. (N2)

A nossa rede está configurada da seguinte forma, a nossa porta de entrada é a UPA [Unidade de Pronto Atendimento], é a porta de entrada das urgências e emergências. A UPA faz o contato com o CAPS, e isso já está bem amarrado, porque a gente tem um protocolo junto à UPA. A UPA faz esse contato informando que tem um paciente que deu entrada pela urgência, paciente psiquiátrico, e aí o CAPS entra com a avaliação da equipe técnica. E a gente faz a avaliação do paciente, que pode ficar na UPA até 72 horas. Se não tiver a remissão dos sintomas, a gente tem a possibilidade de estender essa internação no hospital geral. Lá existem três leitos, inclusive um dos leitos é pra infância e juventude. Então, a gente pode utilizar esses leitos pra estender essa internação e é uma internação nos moldes do Ministério da Saúde, porque é uma internação no território, uma internação assistida pela equipe do CAPS e pela equipe do hospital geral. (N5)

A partir das narrativas e da análise documental, verificou-se que o processo de desinstitucionalização do HCRB durou um tempo maior que o esperado, cujos motivos principais apontados foram: lentidão dos processos burocráticos e licitatórios; ausência ou precariedade de rede estabelecida nos municípios internantes, inviabilizando o acolhimento dos pacientes fora do hospício; profissionais sem formação na área da saúde mental; resistência à desinstitucionalização; ausência de documentação dos pacientes; suporte familiar frágil ou ausente; inexistência de renda financeira; e alta rotatividade de profissionais ao longo do processo.

Se, por um lado, a demora foi maior que a prevista, por outro, foi possível cuidar mais de perto desse processo. Pacientes com questões clínicas e sociais mais delicadas foram permanecendo no HCRB e, então, a equipe de desinstitucionalização precisou cuidar do espaço físico do hospital e das questões relacionadas à alimentação e à higiene para, assim, garantir um processo de desinstitucionalização de dentro para fora. Essa situação não aconteceu sem conflito. Em um primeiro momento, foi difícil considerar a organização do hospício para logo depois fechá-lo. Muitos consideravam este ato como uma estratégia para a manutenção da instituição, o que se provou falso após o encerramento do hospital em fevereiro de 2016: o encaminhamento de um fim para um novo começo.

O que aconteceu com os usuários do Hospital Colônia Rio Bonito?

Após a judicialização da Ação Civil Pública para a desinstitucionalização do HCRB, pelo Ministério Público Federal e pelo Ministério Público Estadual, ficou delimitado como objetivo principal retirar os pacientes internados no hospital para um dispositivo de assistência territorial integrante da RAPS, conforme direciona a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001⁽¹⁶⁾. Cada ente federado teve seu papel determinado nessa ação, tendo sido necessário um movimento compartilhado para finalizar o processo. Após pactuação entre as três esferas, os gestores assumiram o compromisso de receber os usuários. Nesse sentido, houve intensa conversa nos mais diversos espaços de articulação interfederativa, como a Comissão Intergestores Regional, a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde.

Alguns municípios encontravam muitos impasses para receber esses pacientes, por não contarem com uma rede substitutiva, com os dispositivos necessários para absorção da demanda. Porém, em decorrência da Ação Civil Pública, procedeu-se o fechamento do hospital e, conseqüentemente, o processo de desinstitucionalização.

Por meio da Tabela 1, verifica-se que 255 altas foram computadas no período 2012-2016, das quais 68 foram dadas em 2012, ano em que se iniciou a desinstitucionalização dos internados.

A maior parte dos pacientes foi direcionada para residências terapêuticas em seus respectivos municípios de origem (51%), denotando que as redes municipais foram organizadas para a recepção desses usuários e implicando o fortalecimento da política de desinstitucionalização. Por outra via, entre os que foram transferidos para outras instituições (19%), a maioria foi encaminhada para outros hospitais psiquiátricos, sugerindo que a rede de dispositivos substitutivos ao manicômio ainda é deficiente. Ademais, o fato de apenas 24% dos pacientes conseguirem

retorno para o seio familiar demonstra que ainda há fragilidade ou inexistência de laços afetivos com familiares após um longo período de asilamento hospitalar.

Tabela 1 – Número anual de altas do Hospital Colônia Rio Bonito após início da ação civil pública de desinstitucionalização (N = 255), Rio Bonito, Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Ano	Altas
2012	68
2013	35
2014	50
2015	43
2016	59

Tabela 2 - Destino dos usuários após alta do Hospital Colônia Rio Bonito em decorrência da ação civil pública (N = 255), Rio Bonito, Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Destino	n	%
Residências Terapêuticas	130	51
Retorno Familiar	61	24
Transinstitucionalização	48	19
Óbitos	13	5
Abrigo	3	1

DISCUSSÃO

A desinstitucionalização representa um processo complexo, que orienta as ações de serviços e de profissionais, implica um trabalho de resgate da subjetividade das pessoas em sofrimento psíquico, propondo possibilidades de trajetórias de vida fora do hospital. No entanto, não se pode, de modo algum, reduzi-la à mera ideia de desospitalização. É preciso considerar que o cuidado deve acontecer em liberdade, mas tendo-se a clareza de que o fechamento de instituições psiquiátricas hospitalares *per se* não garante a adoção de práticas não manicomial. A desinstitucionalização alude o pleno exercício de cidadania^(1,16-20).

A institucionalização dos pacientes psiquiátricos, não apenas no HCRB, produziu um efeito de exílio na vida dessas pessoas, implicando perda de cidadania, de valores, obrigações e direitos sociais. Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização se configurou como um resgate à vida, inserindo os usuários na vida das cidades. Isso foi possível, dentre outras estratégias, pela adoção de projetos terapêuticos singulares (PTS)⁽²¹⁾, os quais precisam considerar o estilo de vida do sujeito e devem ser construídos a partir das reais necessidades dos usuários.

A pactuação, entre os três entes federativos, previa o repasse financeiro para a ampliação de dispositivos de cuidados extra hospitalares que viabilizaria aos municípios receber os pacientes oriundos do HCRB. Entretanto, constatou-se uma morosidade na organização desta ação, produzindo demora no processo de fechamento, escassez de recursos estruturais nos municípios para receber os pacientes, ausência do estabelecimento de redes de atenção, além das questões relacionadas ao estigma social e vínculos frágeis entre familiares e pacientes, dificultando o retorno para suas respectivas casas.

Desde o início do processo de fechamento do HCRB, o número de altas foi progressivo, culminando o encerramento das

atividades do hospital no ano de 2016. Muitos pacientes já haviam perdido a vinculação com seus familiares, mobilizando gestores e profissionais para que um maior número dos pacientes fosse encaminhado para SRTs.

Apesar de muitos pacientes não terem retornado para as suas casas em razão das carências estruturais apresentadas pelas famílias, sendo direcionados para os SRT, o processo de desinstitucionalização do HCRB se constituiu em uma necessidade ética, significando concretamente a possibilidade de resgate de vida dos pacientes, restituindo sua cidadania e seu direito de viver em liberdade. Nesse entendimento, os SRTs não podem substituir o espaço asilar, ocupando a função de segregação atribuída ao hospital. Devem possibilitar o trânsito das pessoas na cidade, trabalhar a autonomia dos moradores e se constituírem em casas inseridas na comunidade⁽²²⁻²³⁾.

Refletir sobre a rede substitutiva e sobre a adoção de práticas inovadoras de cuidado para contrapor às ideias manicomiais de institucionalização faz-se necessário para o avanço da atenção psicossocial⁽¹¹⁾. Para tanto, é preciso considerar que o manicômio vai além do espaço físico das instituições, pois ele representa a repressão e a violência usadas como fontes de segregação e isolamento social do sujeito que adocece mentalmente⁽²⁴⁾. Assim, a rede substitutiva precisa se configurar para além do espaço físico. Para construirmos uma rede que de fato substitua o hospício, é necessário lidar com a angústia, as contradições e as dificuldades que envolvem a ocupação dos serviços e, sobretudo, do território⁽¹⁰⁾.

De tal modo, torna-se fundamental tomar o território como um lugar social possível para os usuários de saúde mental, reduzindo os estigmas relacionados ao sujeito louco e transformando as relações sociais estabelecidas com a loucura⁽²⁵⁾. O fechamento de um hospital psiquiátrico e o conseqüente processo de desinstitucionalização demandam novos e diferentes modos de pensar o cuidado em saúde mental que tenham como pressuposto a atenção centrada na pessoa em seu território⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Reforça-se, assim, a importância de se expandir o número de CAPS III de uma rede mais fortalecida e articulada para acolher e não recolher, e de um processo de desinstitucionalização individual que afaste as práticas manicomiais⁽¹⁰⁾. Mais ainda, de profissionais de saúde preparados para intervir com estratégias que garantam a continuidade dos cuidados fora do hospital.

É preciso adotar uma ética de cuidado⁽²⁸⁾ pautada nos usuários e no território. Para isso, é preciso investir na qualificação profissional, buscando-se desenvolver estratégias de cuidados que garantam uma atenção psicossocial integrada e em rede.

Ademais, os gestores precisam se implicar nos processos de desinstitucionalização de modo a potencializar a adoção de novas possibilidades de se lidar com a loucura na sociedade. Em meio à escassez de recursos, é imperativo que as políticas e o planejamento das ações e serviços tenham a rede como direção de trabalho⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Limitações do estudo

Este estudo encontra limitação no que concerne à inclusão de apenas um ator imbricado no processo de desinstitucionalização. O gestor, como porta voz de sua instituição, pode ter se debruçado

mais sobre os pontos positivos do processo de fechamento do HCRB. Uma outra limitação reside no fato de a pesquisa ter como cenário apenas um hospital psiquiátrico de grande porte, o que não significa que a realidade encontrada seja a mesma em outros municípios brasileiros.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados deste estudo contribuem para o desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização, entendendo que o asilamento em hospital psiquiátrico afeta de várias formas a saúde e a cidadania das pessoas, requerendo que os formuladores de políticas, gestores e equipe de saúde atue de forma a atenuar os efeitos nefastos dessa prática.

Apointa-se, aqui, a desinstitucionalização como uma estratégia potente e imprescindível para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e para a importância do fortalecimento da RAPS nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das narrativas apontou que o processo de desinstitucionalização do HCRB durou um tempo maior que o estimado inicialmente. Para que a ação se concretizasse, foi necessária uma intervenção tripartite e, especial, a mobilização das redes e implementação das RAPS pelos municípios de origem dos pacientes institucionalizados. A partir da apreciação documental, verificou-se que a maior parte dos pacientes foi encaminhada para residências terapêuticas ou transinstitucionalizados, enquanto uma parcela menor retornou para o convívio com seus familiares, dadas às condições socioeconômicas do contexto familiar de grande parte dos usuários.

A abordagem qualitativa adotada por este estudo possibilitou desvelar questões inerentes ao processo de desinstitucionalização cuja implementação é primordial e que corrobora para o avanço da Reforma Psiquiátrica em curso no país. A percepção dos gestores, profissionais e usuários, envolvidos no processo, sugere que ações com esta dimensão viabilizam a desmistificação da loucura, possibilitando a inclusão, na vida da cidade, de pessoas até então destituídas de cidadania.

Considerando que o processo de desinstitucionalização do HCRB provocou o estabelecimento de conexões entre serviços e pessoas, infere-se que este foi um dispositivo potente para a implementação da RAPS em âmbito municipal. No entanto, é preciso considerar que, no âmbito da saúde pública, sempre escapa algo durante os percursos de mudanças, os quais são dificultados por inúmeros fatores de ordem financeira, estrutural e política, demandando uma luta diária para a manutenção e aprimoramento do redirecionamento das práticas de saúde.

Neste caso, após a implantação da RAPS, é preciso fazer com que se efetive na prática cotidiana dos serviços. Para tanto, não basta elencar e somar os pontos de atenção, é preciso que seja conformada uma rede de pessoas, serviços de saúde e dispositivos territoriais, que tenha como objetivo o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011[cited 2018 Dec 12];16(12):4579-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2003[cited 2018 Oct 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm
3. Lima AM, Souza AC. Management of the desinstitutionalization and implantation processes of the psychosocial attention network. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2017[cited 2018 Oct 19];11(Supl. 11):4778-80. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231221/25238>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011[cited 2018 Jul 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2014[cited 2018 July 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html
6. Bessoni E, Vaz BC, Koosah J, Campos FCB. Reflexões sobre a desinstitucionalização e algumas estratégias. *Textura* [Internet]. 2015[cited 2018 Oct 19];(33):160-72. Available from: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1365/1074>
7. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg Saúde Debate* 2014;(52):15-37.
8. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015[cited 2018 Jul 30];19(1):169-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0169.pdf
9. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface* [Internet]. 2017[cited 2018 Jul 09];21(61):373-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf>
10. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis* [Internet]. 2014[cited 2018 Jul 31];24(1):253-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>
11. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev Polis Psique* [Internet]. 2018[cited 2018 Oct 22];8(1):173-90. Available from: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/pdf>
12. Santos CGS, Silva ALA. Formação pelo trabalho em saúde: narrativas de aprender e ensinar. *Atas CIAIQ2017* [Internet]. 2017[cited 2018 Oct 14];2:220-9. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1212/1173>
13. Abrahão AL, Merhy EE, Cerqueira Gomes MP, Tallemberg C, Souza Chagas M, Rocha M et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Cerqueira Gomes MP, Merhy EE (Org.). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p. 155-70
14. Santos CG, Portugal FTA, Silva MAB, Souza AC, Abrahão AL. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. *Interface* [Internet]. 2015[cited 2018 Aug 01];19(Suppl1):985-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0985.pdf>
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Venturini E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento* [Internet]. 2010[cited 2018 Aug 26];20(1):138-51. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/18.pdf>
17. Venturini E. A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. *Saúde Debate* [Internet]. 2017[cited 2018 Oct 07];41(115):1236-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1236.pdf>
18. Guimarães ACA, Veras AB, Carli AD. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2018[cited 2018 Oct 07];10(1):91-103. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v10n1/v10n1a07.pdf>
19. Yasui S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. *Polis Psique* [Internet]. 2012[cited 2018 Oct 22];2(3):5-15. Available from: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40317/25626>
20. Franco RF, Stralen, CJ. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao habitar na cidade de belo horizonte. *Psicol Soc*[Internet]. 2015 [cited 2019 May 10];27(2):312-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00312.pdf>
21. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface* [Internet]. 2016[cited 2018 Oct 13];20(57):313-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-20-57-0313.pdf>
22. Silva DAB, Vicentin MCG. Cotidiano de uma residência terapêutica e a produção de subjetividade. *Distúrb Comum* [Internet]. 2017[cited 2018 Oct 14];29(2):196-207. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/29600/23282>

23. Fonsêca MA. Serviços Residenciais Terapêuticos como instrumentos de mudança nas concepções sobre saúde mental / The Sheltered Homes as instruments of change in the mental health care [Internet] 2018[cited 2019 May 11];10(3) Available from: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/20750>
 24. Rebello T, Marques A, Gureje O, Pike K. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. *Curr Opin Psychiatr* [Internet]. 2014[cited 2018 Oct 22];27(4):308-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000068>
 25. Torre EHG, Amarante P. De Volta à Cidade, Sr Cidadão!? Reforma Psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev Bras Adm Pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 10];52:1090-107. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rap/v52n6/en_1982-3134-rap-52-06-1090.pdf
 26. Lima Elizabeth Maria Freire de Araújo, Yasui Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate* [Internet]. 2014[cited 2019 May 15];38(102):593-606. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.
 27. Almeida IS, Campos GWS. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017[cited 2017 Dec 27]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-sobre-a-constituicao-de-uma-rede-de-saude-mental-em-uma-cidade-de-grande-porte/16458>
 28. Resende TIM, Costa II. Cuidado, ética e convivência em saúde mental: reflexões fenomenológicas. *Rev Abordagem Gestalt*[Internet]. 2018[cited 2019 May 7];24(2):226-33. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672018000200010&lng=pt&nrm=is
 29. Paniagua DV, Ribeiro MPH, Correia AM, Cunha CRF, Baixinho CL, Ferreira O. Project K: Training for hospital-community safe transition. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018[cited 2018 Dec 07];71(Suppl 5):2264-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/0034-7167-reben-71-s5-2264.pdf>
 30. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary Health Care: best practices in the health services network. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013[cited 2018 Dec 07];21(spe):131-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/17.pdf>
-