

**REVISTA
LATINOAMERICANA
DE PSICOPATOLOGIA
FUNDAMENTAL**

LONDYNHEM

Revista Latinoamericana de
Psicopatologia Fundamental
ISSN: 1415-4714
psicopatologafundamental@uol.com.br
Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Ribeiro Gonçalves de Oliveira, Leonardo; Freitas Guljor, Ana Paula; Verztman, Julio
Sergio

Inclusão da diferença e reinternação psiquiátrica: estudo através de um “caso traçador”
Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 18, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 504-518
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233042210007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Inclusão da diferença e reinternação psiquiátrica: estudo através de um “caso traçador”

Leonardo Ribeiro Gonçalves de Oliveira*¹
Ana Paula Freitas Guljor*²
Julio Sergio Verzilman*³

504

Tendo como referencial a Reforma Psiquiátrica Brasileira procurou-se investigar de que forma os vínculos de um usuário com seu território podem influenciar suas reinternações psiquiátricas. Com este objetivo, utilizamos a ferramenta metodológica do usuário-guia e a noção de “caso traçador do cuidado”, para posterior análise de conteúdo do material. Concluímos que um fator protetor, o qual merece mais investigação, está relacionado à diversidade de tipos de vínculo construídos com o usuário. Formulamos a hipótese de que os dispositivos de saúde podem favorecer essa diversidade caso sejam capazes de se organizarem em equipes heterogêneas.

Palavras-chave: Revolving-door, usuário-guia, reforma psiquiátrica, vínculo

*^{1,3} Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br).

*² Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (Rio de Janeiro, RJ, Br).

Introdução

Fortemente inspirada na tradição *basagliana*, a Reforma Psiquiátrica Brasileira não visa apenas uma pauta restrita ao campo técnico-assistencial. Segundo Yasui (2006, p. 95), este seria um processo social complexo que aposta na criação de respostas não reducionistas para lidar com a complexidade da loucura e da diferença. O processo de reforma também visa questionar o poder dos especialistas (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro etc.) sobre os pacientes e seu mandato social de custódia e exclusão.

É possível dizer que a Reforma Psiquiátrica Brasileira seria um movimento que não pretende abrir mão dos recursos pautados no saber psiquiátrico, porém questiona a centralidade desses recursos e a consistência desse saber; ou seja, propõe que possa existir outros saberes competentes para lidar com a loucura, além da psiquiatria.

O presente artigo segue estes princípios, ao estudar a trajetória de um usuário de diversos serviços de saúde e fora do campo restrito da saúde, os quais se mostraram, até o momento, insuficientes para diminuir a frequência de suas internações psiquiátricas. Supomos que tal investigação pode fazer brotar um saber vindo do próprio usuário acerca de suas estratégias para lidar com seu mal-estar. Tais estratégias precisam ser conhecidas pelas suas equipes de cuidado e podem revelar fragilidades na rede que se encarrega de seu acompanhamento.

505

A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O problema da situação desumana encontrada nos manicômios que desencadeou a Reforma Psiquiátrica Brasileira concretiza a dificuldade de

nossa sociedade em lidar com a questão da “diferença” que é colocada de forma explícita no caso da loucura. Segundo Amarante (1998, p. 47), o manicômio concretizaria a metáfora da exclusão que a modernidade produz na relação com o sofrimento e a diferença.

Nesse sentido, pode-se considerar que os números relacionados às reinternações frequentes, ou seja, o apelo ao recurso da exclusão estaria relacionado à capacidade menor ou maior de um território em termos de recursos culturais, políticos, jurídicos e assistenciais para lidar com a diferença de forma inclusiva. É preciso entender o território como algo não circunscrito apenas aos serviços de saúde, pois este envolve os dispositivos de lazer, de trabalho, de educação, de habitação etc. Pode-se entender o conceito de território a partir da definição de Delgado (1997, p. 42), segundo o qual o território seria o conjunto de referências que desenhariam a moldura do cotidiano do sujeito, seus projetos de vida e suas formas de inserção no mundo.

A sustentação da loucura e da diferença no território parece ter alguma relação com os efeitos imprevisíveis atribuídos aos vínculos estabelecidos ou, em termos psicanalíticos, à “transferência”. Conceitos que parecem ser parte do que Jean Oury (2009) tentou articular sob o conceito de “Lugar”: “Um lugar para que qualquer coisa possa se manifestar. É o que denominei, há muito tempo, de um espaço de dizer em correlação com a transferência” (p. 72).

Algumas características de alguns lugares permitem às pessoas estabelecerem um tipo de vínculo capaz de produzir efeitos positivos para sua qualidade de vida e para o manejo do seu sofrimento. Segundo o autor, preservar a possibilidade de se ter acesso a uma heterogeneidade de lugares e a uma circulação livre nos mesmos favoreceria o estabelecimento do vínculo. Segundo Oury (p. 26), a heterogeneidade entre os lugares é mais importante do que as características particulares de cada um destes, ou seja, o que de fato importa é a possibilidade de passar de um lugar a outro, de uma pessoa a outra.

Apesar de Oury (2009) não trabalhar com o conceito de território e ter focado os seus estudos em análises sobre o funcionamento interno das instituições, talvez seja possível reler os seus conceitos à luz do contexto atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira no qual se espera que as instituições de saúde realizem um trabalho no território articulado em rede e de forma intersetorial. Para Amarante (1997, p. 165), podemos observar que o tipo de relação ou de vínculo que se estabelece com o louco permanece fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este é apenas um aspecto a ser estudado, pois apenas a questão da relação com o louco não é suficiente para abordar uma proposta complexa que envolve outros aspectos tais como local de moradia e geração de renda. É necessário criar dispositivos que permitam dar um lugar

digno para pessoas que nem sempre vão fazer parte de uma expectativa social que inclui, por exemplo, trabalho, consumo, família, higiene, moda. Segundo Amarante (p. 165), talvez o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira seria transformar as relações que se estabelece com a loucura no sentido de superar a desqualificação e a segregação e estabelecer uma relação de coexistência, troca e solidariedade.

Um novo perfil de crônico: usuários “*Revolving-door*”

Um dos desafios enfrentados pelo projeto de sustentar a loucura e a diferença no território são as reinternações frequentes dos usuários desinstitucionalizados. Esse fenômeno é conhecido como “*Revolving-door*” (RD) ou “porta giratória” em português e foi caracterizado por Muniz (2013, p. 23) como um novo perfil de clientela crônica que começa a surgir quando as ações de reforma psiquiátrica orientadas à desinstitucionalização vão ganhando volume. Esse perfil de usuário é caracterizado por sujeitos que não se sustentam durante muito tempo fora de uma instituição desencadeando-se, frequentemente, internações psiquiátricas. Rabinowitz et al. (1995, p. 65) estabelece o seguinte critério para um usuário ser considerado perfil “*Revolving-door*” (RD): ter quatro internações ou mais num período de até dois anos e meio.

Torna-se, portanto, relevante um estudo sobre o fenômeno das reinternações frequentes em uma determinada rede de saúde mental (Bezerra & Dimenstein, 2011, p. 417), porque mesmo quando essas internações são curtas, acompanhadas e humanizadas, ainda assim, o excesso do recurso à internação pode ser um indicador da existência da fragilidade no processo de desinstitucionalização em curso em um determinado território. Este processo deve estar voltado para a efetiva reinserção psicossocial.

Escolhemos a rede de saúde mental de Niterói (RJ) como campo de investigação. No caso deste município, dados quantitativos, recolhidos no Sistema de Gerenciamento Hospitalar do Hospital Psiquiátrico de Juruá (HPJ), apontam que o problema das reinternações frequentes vem se agravando. No intervalo entre 1 de janeiro de 2011 e 30 de junho de 2013 o HPJ contou com um número total de procedimentos de internação correspondente a 2.275. Destas internações 32,4% do total foram gerados por usuários com um perfil de alta frequência de internações (pelo menos quatro internações em dois anos e meio). No mesmo período referido anteriormente, a quantidade de procedimentos de internação gerados por usuários com perfil *Revolving-door* aumentou em 22,7%.

A metodologia do Caso-traçador

A fim de formular hipóteses sobre como os tipos de vínculos do usuário com o seu território podem influenciar a frequência de reinternações psiquiátricas no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, partiu-se do estudo dos vínculos de um usuário por meio de pesquisa baseada em metodologia qualitativa. Utilizamos o método de estudo de caso nos moldes do que é conhecido como usuário-guia e a noção de “caso traçador do cuidado” (Abrahão et al., 2013, p. 137). Este método utiliza tanto a realização de entrevistas como a análise de prontuários a fim de investigar o percurso de um usuário, indicado pelas equipes de determinada região em função de ser um caso que necessite de assistência intensiva e gere muitas dificuldades. Pelo curto limite de tempo foi selecionado junto à direção do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), à coordenação do serviço de emergência do HPJ e à coordenação de saúde mental um caso considerado significativo por criar grandes impasses no manejo clínico e psicossocial, além de possuir alta frequência de internações (nove em dois anos e meio). A partir das informações recolhidas realizou-se “análise de conteúdo” (Bardin, 1995) das seguintes categorias analíticas:¹ “Função dos Lugares na Gestão do Sofrimento”, “Disparadores de Internação e de Alta”, “Produção de Cuidado e Disputa entre Projetos Terapêuticos” e, somente para os dispositivos de fora do sistema de saúde, “Articulação com a Saúde”. Na segunda etapa, a partir da leitura e da articulação do conteúdo das categorias analíticas e do que emergiu do trabalho de campo que não estava previsto, surgiram três categorias empíricas, as quais serão o foco da discussão neste artigo:

508

- 1) O tipo de vínculo que o usuário estabelece com as pessoas e lugares, categoria que reúne e articula os aspectos qualitativos da relação do usuário com os diferentes lugares e pessoas em torno do qual circula.

¹ Categorias analíticas: (1) “Função dos Lugares na Gestão do Sofrimento” — reúne as diversas formas como cada lugar de circulação do usuário intervém em seu sofrimento segundo o ponto de vista dos entrevistados; (2) “Disparadores de Internação e de Alta” — reúne o que é considerado nos diversos lugares de circulação do usuário e pelo próprio usuário na hora de se pensar em uma internação psiquiátrica; (3) “Produção de Cuidado e Disputa entre Projetos Terapêuticos” — reúne o que é considerado produção de cuidado nos diversos lugares de circulação do usuário e pelo próprio usuário segundo os entrevistados; (4) “Articulação com a Saúde” — reúne o nível de articulação dos lugares de circulação do usuário com os serviços de saúde.

- 2) A relação desses lugares com as imposições de seus delírios, categoria que reúne as reações e o manejo das pessoas dos diferentes lugares diante das construções delirantes do usuário.
- 3) A relação do usuário com a possibilidade ou não de livre circulação, categoria que reúne as reações do usuário diante da possibilidade ou da impossibilidade de livre circulação.

Esse estudo se diferencia dos estudos de “itinerários terapêuticos” (Cabral, et al., 2011, p. 2) por não se restringir a uma imersão apenas nos percursos circunscritos aos dispositivos de saúde e se baseia em um modo de produzir conhecimento no campo da saúde que opera sobre a perspectiva do “pesquisador in- mundo” (Abrahão et al., 2013, p. 134). Nesta perspectiva há forte inspiração etnográfica, na qual a análise das práticas e referências do pesquisador é fundamental no processo de produção do conhecimento. O foco não se dá no sentido de neutralizá-las, mas no de exercitar a produção de um conhecimento engajado no questionamento das relações de saber-poder em jogo no encontro entre pesquisador e seus objetos de estudo. Como vemos no fragmento a seguir: “Aqui se abre espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida” (p. 134). Ou ainda: “Para tanto, é necessário sustentar um exercício de “desaprendizagem” do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito” (p. 134).

Tomamos conhecimento sobre o caso escolhido por meio de pesquisas em prontuários no HPJ e no CAPS Casa do Largo e foram realizadas dez entrevistas sendo uma com o próprio usuário, uma com familiar (filha), seis com técnicos de saúde mental (dois psicólogos do CAPS, dois psicólogos e uma médica do HPJ, uma psicóloga supervisora da RT), e duas com amigos ou conhecidos do mesmo (uma com vendedor de “quentinhos” e uma com Pastor de Comunidade Terapêutica em Rio Bonito). O critério de escolha dos entrevistados se deu a partir das indicações do próprio Pedro, dos gestores ou pelos próprios entrevistados ao indicarem pessoas que foram relevantes para o tratamento do usuário escolhido; bem como aceite de termo de consentimento livre e esclarecido. A escolha de muitos entrevistados se deu de forma dinâmica ao longo da pesquisa, quando muitas vezes o nome selecionado para próxima entrevista havia sido conseguido durante a entrevista anterior. Utilizou-se como critério a quantidade de indicações e a possibilidade de se estabelecer contato telefônico até se obter um número máximo de dez entrevistados. Tentou-se também distribuir as entrevistas de forma que abarcasse a maior diversidade possível de representantes de instituições as quais o usuário percorreu.

O caso escolhido foi nomeado de Pedro a fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa. Como critério de inclusão observou-se que o usuário atende à definição de *Revolving-door* mencionada anteriormente (pelo menos quatro em dois anos e meio), com um total de nove internações num período de dois anos e meio. Foi também avaliado pela equipe do hospital como sendo um caso de alta complexidade para a rede de cuidados, ou seja, rede de serviços de saúde responsáveis pelo cuidado do usuário. Sendo assim, pode ser considerado um caso traçador do cuidado. O caso de Pedro tornou-se conhecido, pois era frequentemente discutido nas reuniões de Diretoria do Hospital bem como em reuniões interinstitucionais que envolviam o CAPS e o serviço de emergência psiquiátrica do hospital. Além disso, foi apontado pela direção do hospital, a coordenação de saúde mental e a coordenação do serviço de emergência como um caso de alta complexidade e de difícil manejo. Segundo Abrahão (2013), esse método de escolha do caso traçador contribui para dar espaço às dificuldades da equipe rompendo com a ideia de uma suposta neutralidade do pesquisador, produzindo um conhecimento que é “implicado” (p. 2).

O caso

Pedro tem quarenta anos de idade, é solteiro, possui três filhos, recebe dois benefícios assistenciais, o “BPC-LOAS” no valor de um salário mínimo e o “De volta para casa” no valor de R\$320,00. Possui o diagnóstico de esquizofrenia (CID X: F.20) e no momento está preso na casa de custódia Romero Neto na cidade de Magé no Rio de Janeiro.

A trajetória de Pedro pode ser dividida em quatro fases. Uma primeira que inclui sua passagem pela justiça comum (reformatórios e presídios); após os vinte anos quando começa uma circulação marcada por manicômios judiciários; uma terceira parte quando passa a ser assistido predominantemente pelos dispositivos de saúde mental; e o momento atual.

Pedro iniciou seu percurso pela justiça comum ainda com 15 ou 16 anos quando foi enviado a instituições para menores infratores tais como o “Instituto Padre Severino” e a “Escola João Luiz Alves” em função de roubo e assalto a ônibus. Após fugas e novas institucionalizações em meio a uma circulação sobre a qual não temos muitas informações, Pedro completou 18 anos e após um novo assalto foi encaminhado para um presídio.

O período marcado pelos manicômios judiciários teve início durante sua passagem por esse presídio. Temos notícias que Pedro chegou a ficar em regime semi-aberto e a fugir, mas não se sabe como era sua circulação em liberdade.

SAÚDE MENTAL

Sabe-se que por volta dos vinte anos teve lugar seu “enlouquecimento”, pois foi transferido para o Hospital Psiquiátrico Penal Roberto Medeiros para terminar de cumprir a sua pena pelo assalto. Com 22 anos, após cumprir esta pena, Pedro retornou à casa da mãe e permaneceu em liberdade por três anos até ser preso por roubo de carro por conta do que ele chamou de “cilada armada pelo diabo”. Nessa ocasião, Pedro levou um carro que encontrou na rua com a chave na ignição por acreditar ser esta uma bênção deixada por Deus. Dessa vez, entretanto, Pedro já foi encaminhado direto para o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, e logo em seguida para o Manicômio Henrique Roxo em Niterói. Tem-se notícias que Pedro realizou algumas fugas do manicômio judiciário, principalmente quando recebia licenças.

A terceira parte, marcada pela entrada mais consistente nos dispositivos de saúde, teve início quando o usuário tinha a idade de 33 anos em 2009. Naquele momento, o manicômio estava trabalhando em articulação com o CAPS para que o usuário voltasse a morar com a mãe, mas, por conta do falecimento da mesma, os planos tiveram que mudar as pressas: ele foi reinserido, após cumprimento da medida de segurança, na casa da irmã. Uma crise pouco tempo depois, todavia, ocasionou a primeira internação no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ). Nos anos seguintes outras tentativas foram feitas a fim de conseguir um abrigo para o usuário, mas nunca duraram muito tempo. Em 2011 foi tentada a inserção de Pedro na Residência Terapêutica (RT) localizada em Pendotiba, que serviu de abrigo para o usuário por apenas alguns meses, já que ocorriam conflitos frequentes com os cuidadores e outros moradores.

A quarta parte da trajetória do usuário ocorreu entre 2012 e 2013, quando, já de volta à enfermaria masculina do HPJ, protagonizou, em combinação com outro interno, uma fuga cinematográfica utilizando um bastão de lâmpada fluorescente para ameaçar os técnicos. Os dois roubaram algum dinheiro e fugiram, deixando uma das técnicas com a mão machucada. Pouco tempo depois Pedro retornou para o HPJ pedindo internação e passou cerca de três meses na enfermaria de emergência do hospital porque a enfermaria masculina não teve como aceitá-lo depois da violência da última fuga. Com o tempo, a manutenção de Pedro na emergência se tornou insustentável e a equipe, a fim de evitar outras cenas de violência, sustentou, em articulação com o CAPS, uma alta sem garantir para o usuário um lugar de abrigamento. Nesse período o usuário, acompanhado pelo CAPS, passou a frequentar comunidades terapêuticas, abrigos públicos e quartinhos na casa de conhecidos, além de também dormir na rua. Ele chegou a ter também algumas internações que duraram apenas alguns dias até ser preso em novembro de 2013.

Discussão

(1) *O tipo de vínculo que o usuário estabelece com as pessoas e lugares*

Analisando os discursos recolhidos em entrevistas e prontuários é possível verificar que grande parte do sofrimento de Pedro e da equipe gira em torno das dificuldades do usuário em se adaptar aos lugares nos quais circula ou onde obtém abrigo, o que pode ser sintetizado pela expressão “não ter lugar no mundo” (Psicóloga do CAPS de referência do usuário). É possível, todavia, perceber que determinados detalhes (os quais serão explicitados mais adiante) no vínculo estabelecido produzem certo apaziguamento de seu sofrimento mesmo que temporariamente. Por outro lado, é possível verificar que esses vínculos se “saturam”² em certo momento e passam a ser geradores de crise ou “Disparadores de Internação”³. Por exemplo, os entrevistados se referem ao vínculo que o usuário estabelece com o HPJ como “tratamento”, “proteção”, “alívio” para o seu sofrimento ou “descanso”, ou seja, dá-se um sentido no qual Pedro ativamente pede para ser internado e se deixa cuidar. Confia na condução dos profissionais e espera receber alívio, posição que após algum tempo novamente atinge certa “saturação”. Essa saturação é possível de ser verificada nos insistentes pedidos para ter alta. Ou ainda em falas como “vocês não podem me prender aqui” ou revelações sobre tarefas messiânicas a serem realizadas do lado de fora. Este movimento ocasionalmente culmina em crise e tentativas de fuga.

Pistas sobre o que seria essa circulação na esquizofrenia podem ser encontradas nos estudos de Oury (2009), autor que defende a importância de se favorecer a ocorrência de intervenções diversificadas e espaços heterogêneos, não pela importância em si de uma intervenção ou outra, mas pela relevância que tem para o portador de esquizofrenia poder circular entre espaços diferenciados.

Ferigato et al. (2008, p. 11) também defende a importância dessa diversidade de lugares, a fim de favorecer o acolhimento de uma maior gama de existências psicóticas, pois o que poderia parecer a princípio uma inadequação de um membro da equipe, perante integrantes de outros lugares, para alguns usuários pode ser justamente uma característica que por sua particularidade favoreceria o melhor acolhimento de uma determinada existência psicótica, do ponto de vista do usuário.

² A palavra “saturação” foi adotada a fim de tentar transmitir uma característica dos vínculos estabelecidos pelo caso traçador.

³ Categoria analítica.

(2) A relação desses lugares com as imposições de seus delírios

Percebe-se que os delírios impõem objetivos e restrições às vezes de forma menos intensa e às vezes de forma mais intensa, nunca se extinguindo por completo.

Porém, se, por um lado, os delírios geram iniciativas terapêuticas no sentido de “contê-lo”, ou seja, impedir que Pedro prossiga na tentativa de concretizar suas ideias delirantes que não raramente colocam Pedro em risco, por outro, é possível verificar a partir da categoria “Disputa entre Projetos Terapêuticos e Produção do Cuidado” que existem outras iniciativas as quais apostam na articulação dos delírios aos contextos de vida. Exemplos dos dois tipos de intervenções são abundantes.

Quando Pedro contrai dívidas por conta da certeza delirante de que o crédito disponível nos bancos seria uma benção de Deus, ou quando recebe a revelação de que o seu destino é ter um carro — e isto o induz a furtar — geram intervenções e proibições que são exemplos de intervenções que visam “contê-lo”.

Já na ocasião em que foi possível sustentar a permanência do usuário em uma residência terapêutica percebemos outro tipo de estratégia. Ao se delimitar, mesmo que por um breve tempo, a casa com suas regras e seus problemas de convívio como um “lugar de passagem” anterior a casa idealizada pelo usuário como uma benção a ser recebida de Deus no futuro, isto é um exemplo de intervenção capaz de articular delírio e contexto de vida.

De qualquer forma, os relatos indicam que os lugares de circulação de Pedro parecem ser sempre localizados em relação aos seus delírios religiosos. Parece ser fundamental a intervenção voltada para reduzir os riscos ao usuário e a terceiros referentes a essas articulações delirantes: seja intervindo diretamente junto ao paciente, seja no território. É importante observar que projetos terapêuticos que incluíssem ações concretas no território não foram mencionados pelos profissionais entrevistados.

Um exemplo de ação concreta no território, não levada adiante pela equipe, pode ser vislumbrado pelos problemas advindos das “dívidas-bençãos” contraídas em excesso nos bancos. Estas continuavam ocorrendo apesar das intervenções psicoterápicas e seria relevante a intervenção da equipe junto às instituições financeiras com vistas a efetuar pactuações que minimizassem tais riscos. Cabe-nos questionar a responsabilidade dessas instituições que algumas vezes disponibilizaram empréstimos para o usuário mesmo sem este estar de posse de seu documento de identidade, portando apenas um cartão de gratuidade para ônibus.

Tenório (2002) chama atenção para essa dimensão da territorialidade dos dispositivos de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Segundo o autor, os CAPS devem atuar sobre uma região delimitada e suas ações

devem ser baseadas não apenas nos recursos internos, mas no que pode ser articulado comunitariamente de forma que a ação terapêutica deva ser ampliada no sentido de considerar intervenções concretas na comunidade. Assim, estes “(...) devem incorporar à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente antes tidas como extraclínicas” (Tenório, 2002, p. 49-50).

(3) A relação do usuário com a possibilidade ou não de livre circulação

Quanto à possibilidade de livre circulação de Pedro, percebe-se que os riscos referentes aos gastos excessivos, ao crime, ao uso de drogas e aos delírios messiânicos relacionados ao autossacrifício e ao poder de fazer milagres, colocam em questão a segurança do usuário e das outras pessoas que convivem com ele. Questão de difícil resolução porque pela leitura dos discursos é possível constatar que a proteção advinda das restrições à circulação gera outros tipos de risco para Pedro e para terceiros, riscos estes relacionados à possibilidade de fuga violenta tal como elencado na categoria “Função dos Lugares na Gestão do Sofrimento”. Para além do debate sobre o risco, podemos colocar em questão se seria função dos dispositivos de saúde prevenirem atos criminosos mesmo que esses atos estejam articulados com o quadro psiquiátrico do usuário. Além disso, sabemos que atos de delinquência podem ocorrer mesmo quando o paciente está estabilizado psiquiatricamente. Parece relevante investigar o que tem se discutido no sistema judiciário em termos de tecnologias e dispositivos de segurança coletiva e comunitária que possam ir além da custódia de “grupos de risco” ou da prisão de cidadãos delituosos.

Ampliando o foco sobre a questão da violência no caso de Pedro parece necessário colocar na balança também a violência sofrida pelo usuário. Ponto de vista enfocado pela tradição basagliana e que teria a ver com a violência em jogo nos saberes que fundamentam a exclusão da diferença do convívio social como pode ser visto em Amarante (1998, p. 47).

Conclusões

Pedro possui uma trajetória de vida marcada por institucionalização precoce, o usuário apresenta também forte protagonismo na circulação por lugares que proporcionam tipos de vinculações distintas. Essas vinculações aparentam atingir um ponto de “saturação” e deixam de ser apaziguadoras, o que pode gerar crises violentas. A alta frequência a que se recorre ao regime de internação hospitalar no caso estudado, pode ser justificada por questões relacionadas à falta de local

de abrigamento; à ausência de CAPS III; e à iminência de riscos relacionados a delírios e hábitos delinquentes. Conclui-se que parece emergir como um aspecto a ser investigado o fator protetor da diversidade de tipos de vínculos. Supomos que os dispositivos de saúde talvez favoreçam essa diversidade se forem capazes de se organizar em equipes heterogêneas que produzam um trabalho coletivo e intersectorial no território. A possibilidade de ajudar os usuários a construir uma diversidade protetora de vínculos pode ter relação com a capacidade de uma equipe em lidar com as diferenças em jogo entre seus pares. Sobre essa questão da diferença no interior das equipes de saúde mental, Ferigato et al. (2008, p. 11) postulam que essa possibilidade de acolher a diversidade forneceria o instrumental necessário para lidar com a diferença em jogo em cada caso.

Agradecimentos: Agradeço a coordenação da residência multiprofissional em saúde mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e a direção do Hospital Psiquiátrico de Juruá que incentivaram e apoiaram essa pesquisa.

Referências

515

- Abrahão, A.L. et al. (2013, janeiro). O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*, 39, 133.
- Amarante, P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In S. Fleury (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Amarante, P. (Coord.) (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bezerra, C.G., Dimenstein, M. (2011, junho). O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-326.
- Cabral, A.L.L.V., Martinez-Hemaez, A., Andrade, E.I.G., Cherchiglia, M.L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(11), 4422-4442.
- Delgado, P.G. (1997). A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, 6(16), 41-43.
- Ferigato, S., Campos, R.T.O., Ballarin, M.L.G.S. (2008). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.

- Muniz, P.L. (2013). *O fenômeno do Revolving-door: um desafio à Reforma Psiquiátrica*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.
- Oury, J. (2009). *O coletivo*. São Paulo: Hucitec.
- Rabinowitz, J., Mark, M., Popper, M., Slyuzberg, M., Munitz, H. (1995). Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20(2), 65-72.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Cienc. Saúde*, Manguinhos, 9(1), 25-59.
- Verzтman, J.S., Gutman, G. (1997). A clínica dos espaços coletivos e as psicoses. *Cadernos IPUB*, 1(7), 30-72.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

Resumos

516

(Inclusion of the different and psychiatric readmission: a study using a “case tracer”)

Based on the Brazilian Psychiatric Reform, the present study aims to investigate how the bonds of a subject with his territory may influence his psychiatric readmissions. This research was developed using the user-guide methodology, as well as the “case tracer care” concept to engage in content analysis. We concluded that the ‘protective factor’, which requires further investigation, is related to the diversity of the types of bonds constructed with the subject. We suggest the hypothesis that health services may encourage that diversity if they are able to set up heterogeneous teams.

Key words: Revolving-door, user-guide, psychiatric reform, Bond

(Le rapport entre l'inclusion de la différence et l'internement psychiatrique répétée: réalisation d'une recherche à l'aide d'un «cas traceur»)

Ayant comme repère la réforme psychiatrique brésilienne, notre recherche porte sur la façon dont les liens avec le territoire peuvent influencer les internements psychiatriques répétés. Dans ce but, nous nous sommes basés sur la méthodologie de «l'usager-guide» et sur la notion de «cas traceur des soins», ainsi que sur l'examen des contenus du matériel. Nous concluons que le facteur protecteur, qui demande une recherche plus détaillée, est lié à la diversité des types de liens construite avec l'usager. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle les dispositifs de santé peuvent favoriser cette diversité dans la mesure où ils sont capables de s'organiser en équipes hétérogènes.

Mots clés: Porte tournante, usager-guide, réforme psychiatrique, lien

SAÚDE MENTAL

(La inclusión de la diferencia y la readmisión psiquiátrica: un estudio mediante un “caso trazador”)

Teniendo como referencia la Reforma Psiquiátrica Brasileña, se buscó investigar cómo los vínculos del usuario con su territorio pueden influir en sus reingresos psiquiátricos. Con este objetivo, utilizamos la herramienta metodológica del usuario-guía y la noción de “caso trazador del cuidado” para posterior análisis del contenido del material. Llegamos a la conclusión de que un factor protector, que merece más investigación, está relacionado con la diversidad de tipos de vínculos construidos con el usuario. Hemos formulado la hipótesis que los dispositivos de salud favorecen esa diversidad, sólo si fuesen capaces de organizarse en equipos heterogéneos.

Palabras claves: Puerta giratoria, usuario-guía, reforma psiquiátrica, vínculo

(Einbeziehung der Verschiedenheit und Psychiatrische Wiederaufnahme: Eine Studie unter Verwendung des „case tracker“ Konzepts)

In Anbetracht der Besonderheiten der brasilianischen Psychiatrereform untersucht die vorliegende Studie wie individuelle Verknüpfungen und ihre Bereiche die psychiatrische Wiederaufnahme beeinflussen können. Diese Untersuchung wurde unter Anwendung der „user-guide“ Methodologie sowie des „case tracker“ Konzepts durchgeführt welche eine inhaltliche Analyse ermöglicht. Wir kamen zu dem Schluss dass der „beschützende Effekt“, der weiter untersucht werden muss, eine Verbindung zur Vielfalt territorialer Verknüpfungen aufweist. Darauf hinaus können Gesundheitsdienstleistungen diese Vielfalt fördern sofern diese als heterogene Teams organisiert sind.

517

Schlüsselwörter: Drehtür, Benutzer-Handbuch, Psychiatrereform, Verbindung

(差异的纳入和精神病重新住院：通过了“示踪剂案”的研究)

以巴西精神病治疗改革为背景，本研究试图探讨患者与其领土的链接如何影响再次入院的现象。凭此目的，我们使用的方法是用户-指导和“护理示踪剂案”的概念，而事后对材料的内容分析。我们的结论是一个值得进行更多研究的保护因素与用户的多种链接有关系。我们的假设是：医疗设施如果能组织多种专业的团队可以支持这种多样性，。

关键词：旋转门，用户指南，精神的改革，链接

Citação/Citation: Oliveira, L.R.G. de, Guljor, A.P.F., Verztman, J.S. (2015, setembro). Inclusão da diferença e reinternação psiquiátrica: estudo através de um "Caso Traçador". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(3), 504-518

Editoras do artigo/Editors: Profa. Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo e Profa. Dra. Andrea Mâris Campos Guerra.

Recebido/Received: 13.3.2015 / 3.13.2015 **Aceito/Accepted:** 20.5.2015 / 5.20.2015

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não terem sido financiados ou apoiados / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors have no conflict of interest to declare.

518

LEONARDO RIBEIRO GONÇALVES DE OLIVEIRA

Psicólogo; Residência em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional do IPUB-UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Psicólogo no CAPS III Maria do Socorro; Psicólogo no CREAS (queimados, RJ, Br); contribuições para o artigo: elaboração dos instrumentos e realização das entrevistas, análise de prontuários, análise de conteúdo, fundamentação teórica e redação do artigo.

Rua Catete, 90/1001 – Glória
22220-000 Rio de Janeiro, RJ, Br
e-mail: leonardorgo@gmail.com

ANA PAULA FREITAS GULJOR

Doutora em Saúde Pública; Pesquisadora/Professora Laps/ENSP/Fiocruz (Rio de Janeiro, RJ, Br); contribuições para o artigo: orientação na elaboração do artigo e traduções para o inglês e espanhol.

Av. Roberto Silveira, 358/70 – Icaraí
24230-161 Niteroi, RJ, Br
e-mail: anapaulaguljor@gmail.com

JULIO SERGIO VERZTMAN

Psicanalista e Psiquiatra; Professor do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica – PPGTP-UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); Psiquiatra do IPUB-UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Br); coordenador do Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade – NEPECC (Rio de Janeiro, RJ, Br); contribuições para o artigo: orientação na elaboração do artigo e traduções para o francês e alemão.

Rua Pinheiro Guimarães, 149/121 – Botafogo
22281-080 Rio de Janeiro, RJ, Br
e-mail: jverztm@gmail.com