



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá  
Brasil

Horn de Castro Silveira, Luísa; Famer Rocha, Cristianne Maria; Bones Rocha, Kátia;  
Lemos de Pinho Zanardo, Gabriela  
O OUTRO LADO DA PORTA GIRATÓRIA: APOIO COMUNITÁRIO E SAÚDE MENTAL  
Psicologia em Estudo, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 325-335  
Universidade Estadual de Maringá  
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287147424014>

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

re<sup>o</sup>alyc.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

---

## O OUTRO LADO DA PORTA GIRATÓRIA: APOIO COMUNITÁRIO E SAÚDE MENTAL

Luísa Horn de Castro Silveira<sup>1</sup>

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.*

Cristianne Maria Famer Rocha

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.*

Kátia BONES Rocha

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.*

Gabriela Lemos de Pinho Zanardo

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.*

**RESUMO.** A Reforma Psiquiátrica tem como princípio fundamental o cuidado em liberdade e prevê a internação breve em hospital geral apenas quando esgotados os recursos extra-hospitalares. No entanto, as múltiplas reinternações em unidades psiquiátricas ainda são comuns no cotidiano hospitalar. O foco desse estudo está no que acontece para além dos portões do hospital, analisando elementos da vida comunitária dos portadores de sofrimento psíquico e se essas experiências se relacionam de alguma forma com a frequente necessidade de hospitalização. Para tanto, buscou-se investigar a percepção sobre apoio comunitário em usuários com alto número de internações, comparando com a de usuários de primeira internação, na unidade psiquiátrica de um hospital geral de Porto Alegre. Os resultados mostraram que a comunidade é uma potente fonte de ajuda em situações de crise, porém, usuários com múltiplas internações têm essas redes enfraquecidas e um afastamento maior da Atenção Básica, em relação aos usuários de primeira internação. Dessa forma, a família se torna a principal fonte de apoio, o que gera sobrecarga, e o hospital ganha um *status* diferenciado na vida desses usuários, considerado a única alternativa em situações de crise.

**Palavras-chave:** Saúde mental, hospitalização psiquiátrica, apoio social.

## THE OTHER SIDE OF THE REVOLVING DOOR: COMMUNITY SUPPORT AND MENTAL HEALTH

**ABSTRACT.** The Psychiatric Reform has, as a fundamental principle, the treatment carried out outside the hospital, considering that the hospitalization should be an option only when the extra-hospital resources are not effective enough. However, multiple psychiatric readmissions are still frequent. The present study focuses on what happens outside of the hospital doors, analyzing elements of the community life of people who suffer from mental disorders, questioning if those experiences are related to the frequent necessity of hospitalization. Therefore, the perception of community support was investigated in patients with a high number of readmissions, in comparison with patients in their first hospitalization, in a general hospital in Porto Alegre (Brazil). The results showed that the community is a powerful source of help in crisis situations; nevertheless, the readmitted patients have weaker social bonds and a longer distance from the *Atenção Básica* (Primary Care), in comparison with the other group. For that reason, the family becomes the main source of support, what leads to an overburden for the relatives, and the hospital acquires a special status for these people, who see the hospital as the only alternative in a situation of crisis.

**Keywords:** Mental health; mental health services; social support.

## EL OTRO LADO DE LA PUERTA GIRATORIA: APOYO COMUNITARIO Y SALUD MENTAL

---

<sup>1</sup> E-mail: luisahsilveira@gmail.com

**RESUMEN.** La Reforma Psiquiátrica tiene como principio fundamental el cuidado en libertad, con la posibilidad de recurrir a breves hospitalizaciones en hospital general, solamente cuando los recursos comunitarios resultan insuficientes. Sin embargo, los múltiples ingresos en unidades psiquiátricas siguen siendo comunes en la rutina de los hospitales. El enfoque de este estudio se radica en lo que sucede más allá de las puertas del hospital, haciendo un análisis de los elementos de la vida comunitaria de las personas con sufrimiento mental, y si esas experiencias están relacionadas de alguna manera con la frecuente necesidad de hospitalización. Con este fin, hemos tratado de investigar la percepción de apoyo comunitario en pacientes con alto número de ingresos, en comparación con pacientes en su primera hospitalización en la unidad psiquiátrica de un hospital general en Porto Alegre (Brasil). Los resultados mostraron que la comunidad es una poderosa fuente de ayuda en situaciones de crisis, pero los pacientes con múltiples ingresos han debilitado estas redes y están más lejos de la Atención Primaria, en comparación con el otro grupo. Por lo tanto, la familia se convierte en su principal fuente de apoyo, lo que genera sobrecarga, y el hospital recibe un *status* diferente en la vida de esos pacientes, considerado la única alternativa en situaciones de crisis.

**Palabras-clave:** Salud mental, hospitalización psiquiátrica, apoyo social.

---

A temática desse estudo emerge da prática profissional em uma unidade psiquiátrica, durante o primeiro ano da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Nesse período de doze meses, alguns pacientes foram vistos reinternando de forma recorrente, muitas vezes com pouco ou quase nenhum tempo de convívio familiar e comunitário entre uma internação e outra. Esse problema não é exclusivo de um único hospital, pelo contrário, ele tem sido abordado em diferentes pesquisas ao redor do mundo e chamado de fenômeno da porta giratória ou *revolving door* (Bezerra & Dimenstein, 2011; Dahlan, Midin, Sidi & Maniam, 2013; Graca, Klut, Trancas, Borja-Santos, & Cardoso, 2013; Salles & Barros, 2007; Schmutte, Dunn & Sledge, 2010).

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, Schmutte, Dunn e Sledge (2010) encontraram uma taxa de 30% de reinternações frequentes em um ano de estudo, considerando o critério de três ou mais internações em 18 meses. Já em Portugal, Graca et al. (2013) encontraram 10% de usuários da porta giratória em sua amostra, com ao menos três internações nos cinco anos do estudo, que representavam 29% das admissões nesse período. No Brasil, os estudos acerca do tema registraram a taxa de readmissões sem utilizar um critério para definir o fenômeno da porta giratória. Por exemplo, em um período de dois anos, um estudo realizado no Rio Grande do Norte registrou uma taxa de readmissões de mais de 60,3% (Bezerra & Dimenstein, 2011). Já, em outro estudo brasileiro, realizado em uma unidade de atendimento ambulatorial em Ribeirão Preto, com 48 pacientes egressos de internação psiquiátrica, verificou-se que 62,5% desses pacientes já haviam sido internados ao menos uma vez antes da internação mais recente, sendo que 29,2% tinham cinco ou mais internações prévias e 12,5% reinternaram durante o período de quatro meses (Cardoso & Galera, 2011). Essa última pesquisa traz, como um de seus resultados, que a manutenção do tratamento para pacientes não institucionalizados, na maioria das vezes, é pautada na terapêutica farmacológica, recorrendo à internação quando há um aumento dos sinais e sintomas do quadro psiquiátrico. As autoras acreditam que esse tipo de assistência deixa de absorver outras necessidades cotidianas e coletivas que também carecem de atenção e influenciam na manutenção do tratamento (Cardoso & Galera, 2011). As novas admissões em curto período de tempo após a alta hospitalar, segundo Vigod et al. (2013), também podem ser um reflexo de uma falha no processo de transição do paciente do hospital para cuidados menos intensivos em nível extra-hospitalar.

Atualmente, no Brasil, a estrutura de tratamento extra-hospitalar em saúde mental encontra-se em crescente expansão. Conforme o Decreto Presidencial nº 7.508 (2011), cada Região de Saúde deve possuir um serviço de atenção psicossocial e esse deve ser articulado com os outros serviços de saúde existentes naquele espaço geográfico, organizando-se em níveis de complexidade crescente. Os serviços de atenção psicossocial regionalizados compõem a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Portaria nº 3.088, 2011) -, que tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um de seus dispositivos. O CAPS, em suas diversas modalidades, é voltado ao atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As atividades são diárias e conforme a demanda do usuário, realizadas em sua área territorial e

prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias, reuniões), de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e outros setores (Portaria nº 3.088, 2011).

Contudo, ainda existem muitos desafios para a concretização de uma boa oferta de cuidado para portadores de transtornos mentais crônicos. Conforme Machado e Santos (2013), os próprios usuários trazem relatos de que os serviços disponíveis, na rede extra-hospitalar, não atendem plenamente suas necessidades, tanto por questões internas dos serviços – como a oferta de modalidades de tratamento padronizadas, não adaptadas às singularidades dos usuários –, quanto por ausência ou carência de serviços com funcionamento ininterrupto, como o CAPS III. Sem dispor desses atendimentos, o usuário em situação de crise não tem opção de escuta e acolhimento dentro dos serviços territoriais e a hospitalização dificilmente é evitada em circunstâncias de urgência.

A cidade de Porto Alegre, que possui uma população estimada de mais de um milhão e 400 mil pessoas, conta com uma cobertura populacional de 64,4% dos serviços da Atenção Básica, sendo 50,4% cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e duas equipes de Consultório na Rua. Na retaguarda e suporte a esses serviços, existem sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que apoiam 30,6% das ESF. Em relação aos serviços especializados, a cidade conta com 12 CAPS (4 CAPS II adulto, 3 CAPSi, 3 CAPS ad III e 2 CAPS II ad), 8 Equipes de Saúde Mental e Matriciamento, 8 Equipes Especializadas de Atenção à Saúde da Criança e Adolescência (EESCA) e dois Plantões de Emergência Psiquiátrica que são a via de acesso para as internações (Prefeitura de Porto Alegre, 2015). Na atenção hospitalar, a prefeitura conta com 197 leitos de atenção integral em saúde mental compactuados com os hospitais gerais da cidade, não estando aqui computados os leitos em hospitais psiquiátricos, pois a Coordenação de Saúde Mental do município considera que essa modalidade de internação não está de acordo com a perspectiva da reforma psiquiátrica. Esses leitos encontram-se dispostos em unidades em diferentes hospitais, porém não atuam sob a lógica da territorialização, como os demais serviços da cidade, o que não garante que os usuários sejam atendidos sempre no mesmo serviço, próximo as suas casas e com uma equipe de referência que conheça e de continuidade ao acompanhamento do caso (Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, 2015).

Para um bom funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cabe problematizar o fato de que o CAPS não é o único serviço de saúde responsável pelo cuidado do portador de sofrimento psíquico, apesar de o cenário atual apresentar uma centralização do cuidado em saúde mental nesse dispositivo (Scheibel & Ferreira, 2011). Os outros serviços de saúde precisam estar articulados para oferecer atenção integral aos usuários, incluindo os serviços da Atenção Básica (AB), que são indispensáveis para o monitoramento da saúde dos sujeitos, proporcionando um cuidado longitudinal e ampliado. É também no âmbito da AB que existe um campo fértil para pensar a Promoção da Saúde, que só pode ser executada se somados esforços intersetoriais, ou seja, não é apenas o campo da saúde que deve estar comprometido em promover a saúde dos sujeitos. As parcerias intersetoriais são uma estratégia fundamental de enfrentamento dos problemas relacionados com meio ambiente, urbanização, desemprego, moradia, uso de substâncias, entre outros (Campos, Barros & Castro, 2004). Nessa lógica, fica evidente que não é apenas nos serviços de saúde que se faz saúde, mas também nos espaços de convívio em que transitam os usuários. Por esse motivo, quando se fala de cuidado ampliado em saúde mental, se faz necessário também abordar o tema do apoio social.

A maior parte dos estudos sobre essa temática estabelece o foco de análise no conceito abrangente de apoio social, sem diferenciar os níveis desses contatos (Canesqui & Barsaglini, 2012; Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011; Rodrigues & Madeira, 2009). Segundo Gracia e Herrero (2006), a análise específica da comunidade como fonte de apoio tem sido um aspecto negligenciado na literatura, cujo principal interesse costuma ser dirigido à importância das relações íntimas e seus efeitos na saúde e bem estar. Para os autores, o apoio social em nível comunitário é um construto que exige uma análise distinta das relações íntimas e de confiança, pois esse tipo de vínculo proporciona um sentimento de pertencimento a uma estrutura social mais ampla e um sentido de identidade social. A partir da validação de um instrumento, os autores possibilitaram a construção de um modelo de avaliação que permita estimar o efeito do apoio comunitário no ajuste psicológico, independente do nível de apoio social nas relações íntimas e de confiança. Os resultados dessa investigação relacionam de forma positiva a medida de apoio comunitário com o bem estar psicológico.

Nessa mesma direção, Stella (2014) defende a importância do estudo da comunidade, a qual se pode conceituar como um local de mediação entre a vida familiar, município e sociedade, no qual as pessoas se reconhecem e confirmam suas identidades pessoais no momento em que dividem características como: mesma cultura, território comum, espaços de convivência, nível socioeconômico semelhante e laços históricos comuns. A análise da comunidade deve ser feita a partir da compreensão do Sentimento de Comunidade, que é muito mais do que o simples compartilhamento de local geográfico, pois a comunidade é considerada uma dimensão tanto territorial quanto simbólica de interação sociopsicológica e de identidade social de lugar (Stella, 2014).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi analisar comparativamente a percepção de usuários com alto número de internações psiquiátricas com a de usuários de primeira internação, em uma unidade psiquiátrica, em relação ao apoio comunitário em seus bairros de procedência.

## Método

Esse é um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa (Poupart et al., 2008), realizado na unidade de internação psiquiátrica (4º norte) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Essa unidade conta com um total de 36 leitos, desses, 26 atendem aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo estudo realizado nessa unidade no mesmo ano da presente pesquisa, o total de internações via SUS em seis meses foi de 118, sendo uma média de 19,6 internações por mês, com tempo médio de internação de 36 dias (Zanardo, 2016). Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com participantes divididos em dois grupos: usuários com o mínimo de 5 internações psiquiátricas durante a vida e usuários que estavam em sua primeira internação psiquiátrica. A escolha do número mínimo de 5 internações, para representar os sujeitos com alto número de recidivas, se deve à literatura sobre o tema (Bezerra & Dimenstein, 2011; Machado & Santos, 2011) e às observações realizadas durante a experiência profissional junto à equipe no local de coleta.

Curiosamente, não foi possível encontrar, durante o período da realização das entrevistas – entre abril e junho de 2015 – usuários que tivessem entre 5 e 15 internações psiquiátricas. Dentre os usuários internados, só havia pessoas que internaram menos de 5 vezes ou, então, pessoas que já calculavam mais de 15 internações. Essa situação foi algo que precisou ser considerado na pesquisa, pois o grupo das múltiplas internações acabou sendo composto por pessoas com um número altíssimo de recidivas, o que evidenciava a maior gravidade do sofrimento psíquico e a cronificação dos sintomas. Embora tenha se avaliado que todos estavam em condições de responder à entrevista, é evidente que as respostas destes participantes foram menos elaboradas, devido ao declínio das funções psíquicas que ocorrem após repetidas crises.

A entrevista continha perguntas referentes ao convívio comunitário dos participantes, seus sentimentos em relação ao bairro de procedência, utilização dos serviços de saúde territoriais, entre outros aspectos. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número total de sujeitos entrevistados foi definido pelo critério de saturação dos dados, que é um conceito amplamente utilizado em pesquisas qualitativas na área da saúde (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Todos os participantes eram maiores de dezoito anos e foram entrevistados após o período mínimo de uma semana de internação, para que os sintomas agudos já estivessem mais estabilizados. Foram excluídos do estudo usuários cuja sintomatologia ou capacidade cognitiva acarretasse em acentuada dificuldade para responder à entrevista e usuários impossibilitados de dar consentimento escrito (legalmente interditados ou analfabetos).

Ao total, foram feitas dez entrevistas, com cinco participantes de cada grupo: quatro mulheres e seis homens, moradores de bairros periféricos de Porto Alegre, com diferentes características socioeconômicas, e na região metropolitana da cidade. A média de idade do grupo de múltiplas internações foi de 50 anos e a do grupo de primeira internação foi de 37 anos. Em relação ao motivo da internação, seis usuários sofreram de episódio depressivo grave, uma internou por riscos relacionados a um transtorno alimentar e os outros três internaram por quadro psicótico, sendo que dois deles também tinham agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Entre os participantes, somente um deles realizava acompanhamento em um CAPS. Todos moravam com algum familiar, com exceção de um,

que vivia em situação de rua. Apenas um participante não conseguiu permanecer até o fim da entrevista, alegando mal estar devido a efeitos colaterais da medicação.

As informações obtidas nas entrevistas foram analisadas, conforme proposto por Bardin (2004), em sua análise de conteúdo. A autora propõe uma codificação do material coletado, transformando os dados brutos do texto segundo regras precisas, de forma a atingir uma representação do seu conteúdo. Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada sob o número 140691, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA).

## Resultados e discussão

A partir da leitura das entrevistas transcritas, foi possível delimitar alguns conteúdos que emergiram mais de uma vez nas respostas dos participantes, com algumas particularidades na frequência com que emergiam, quando comparadas as respostas de um grupo e outro. Com base nisso, foram criadas duas categorias de análise: “Relação com a doença e os serviços de saúde” e “Vínculo com o bairro e pessoas ao redor”.

### Relação com a doença e os serviços de saúde

Em relação aos serviços de saúde, o hospital foi mencionado como única ou principal referência por três entrevistados de múltiplas internações. Dois deles trazem como uma das vantagens do local onde moram estar perto de hospitais, relacionando isso à boa estrutura do bairro:

*Olha, [o bairro] é bem movimentado. Tem vários transportes, ... tem o hospital... O que fica próximo da minha casa é o Hospital A<sup>2</sup>. Mas o Hospital B também fica perto (N, 59 anos, mais de 20 internações).*

*Tu conhece o meu bairro? ... Tem o Hospital C que uma vez eu fiquei internada (I, 50 anos, cerca de 20 internações).*

Nas entrevistas com usuários de primeira internação, duas delas mencionaram o atendimento hospitalar como uma preferência – em nível ambulatorial ou internação –, mas não como única referência de serviço de saúde. Uma delas relata sua experiência utilizando serviços hospitalares e de CAPS AD e CAPS II:

*Eu interagia com o pessoal lá [no CAPS], tinha psicóloga, o psiquiatra de lá também era muito legal comigo. As enfermeiras, tudo. Eu gostava de lá. Faz pouco tempo que eu saí de lá. Porque eu optei ficar só com o hospital [ambulatório] ... Porque tudo que eu contava lá [no CAPS] eu tinha que contar pra psiquiatra do hospital, então eu preferi ficar só com ela de psiquiatra (V, 33 anos, primeira internação).*

Outro ponto interessante é que quase todos os entrevistados com múltiplas internações (quatro usuários) expressaram uma relação de pouca proximidade com sua unidade básica de referência. Existem, inclusive, algumas confusões entre os serviços de atenção básica e especializada e o papel de cada um deles.

*Vou mais no CAPS. No CAPS eu tenho tudo, né? A não ser que eu precise de um clínico lá perto de casa, daí eu vou. Mas lá no CAPS é melhor que eu já agendo a consulta, já fica agendado certinho. Não precisa ficar esperando em fila nem nada (A, 45 anos, 19 internações).*

*[Tu te lembra o nome do teu posto?] Não. É o CAPS né? (N, 59 anos, mais de 20 internações).*

---

<sup>2</sup>Os nomes das instituições foram ocultados por questões éticas

O entrevistado N, acima, sequer sabia qual era seu posto de saúde, mencionando o CAPS como referência. Fica claro, ao longo da entrevista, que esse usuário nunca tinha frequentado um CAPS, mas, ainda assim, tinha em seu imaginário esse local desconhecido como principal ponto de cuidado. A fala desse e de outros usuários reflete a lógica de que a saúde mental é entendida como demanda do cuidado especializado, quando a preferência é que seja a Atenção Básica (AB) o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental (Ministério da Saúde, 2013; Portaria nº 3.088, 2011). Esses achados estão de acordo com os resultados encontrados por Salles e Barros (2007) em que usuários e familiares apontavam a internação como a melhor forma de tratamento e desconheciam os serviços substitutivos, demonstrando a falta de orientação aos usuários e famílias, ou ainda a falta de articulação ou ausência de serviços na região.

Na atual conjuntura, as práticas em saúde mental na AB são possíveis de serem realizadas por qualquer profissional, preferencialmente com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Ministério da Saúde, 2013). No entanto, muitas vezes, os trabalhadores da AB experimentam dúvidas e receios ao lidar com o portador de sofrimento psíquico. Há um discurso de falta de capacitação para esses trabalhadores realizarem esse tipo de atividade, porém, acredita-se que essas dificuldades vão muito além dessa questão, pois ainda existe uma repetição da lógica do especialismo biomédico, que dificulta a responsabilização da AB e reforça a delegação das demandas para aqueles que detêm o “poder de cura”, os especialistas (Camuri & Dimenstein, 2010).

Já, entre os entrevistados de primeira internação, apenas dois deles expressam esse mesmo distanciamento dos serviços de saúde de atenção básica. Ambos são homens e não justificam esse distanciamento por confusão ou falta de conhecimento, como os participantes citados anteriormente. Em vez disso, há uma ideia de “nunca precisei me cuidar” em suas falas.

*Eu não frequento [o posto de saúde] porque eu não tenho necessidade ... Mas acho que eu vou começar a frequentar. Pelo fato de eu estar aqui, até pra eu continuar o tratamento eu vou começar a frequentar (F, 32 anos, primeira internação).*

*[O posto tu não ias?] Não. [Por quê?] Porque eu nunca precisei. (S, 41 anos, primeira internação).*

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Ministério da Saúde, 2009), há uma diferença entre homens e mulheres no que tange à busca pelos serviços de saúde. Enquanto as mulheres são mais vistas frequentando os dispositivos da atenção básica, os homens acabam acessando o sistema de saúde por meio da atenção especializada, o que tem como consequência os agravos causados pelo retardamento da atenção e maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os motivos para essa resistência ao acesso são primordialmente culturais, como estereótipos de gênero, medo da vulnerabilidade que a doença pode trazer e perda da posição de provedor (Ministério da Saúde, 2009). Aparentemente, na saúde mental, esse padrão se repete, talvez de forma ainda mais complexa, já que a doença mental está mais ligada aos aspectos emocionais e subjetivos do ser humano. Há uma dicotomia, como se cuidar da saúde mental não fizesse parte dos cuidados básicos em saúde, quando, na verdade, os cuidados primários para a saúde mental formam uma parte essencial dos cuidados primários gerais (OMS, 2009).

Ainda sobre a utilização dos serviços hospitalares, faz-se útil apontar algumas questões da regulação de leitos psiquiátricos no município. Em Porto Alegre, os usuários que buscam a internação psiquiátrica em situações de crise não são encaminhados sempre para o mesmo hospital. A pessoa poderia internar pela primeira vez no local de coleta dessa pesquisa e, se precisar novamente de internação, não haveria garantia de que ela seria hospitalizada no mesmo lugar, podendo ir para outro hospital da cidade e, muitas vezes, ser submetida a uma abordagem terapêutica bem diferente. Esse fato pôde ser observado no relato de alguns participantes, como o dessa senhora, ao contar sobre o medo da internação:

*Minha nora pediu assim ó: a família não quer que baixe ela no Hospital A, no Hospital B... Tem um monte de lugar, né? Aí eles dizem: ah, arrumei uma vaga pra MH. Aonde? No Hospital de Clínicas*

[local da coleta]. “Ai que maravilhoso, mãe”. Porque eles [a família] todos se tratam aqui. (MH, 59 anos, primeira internação).

MH demonstra que há, para os usuários, distinções na percepção sobre a qualidade das internações psiquiátricas de Porto Alegre. No grupo das múltiplas internações, as reincidências aconteceram em hospitais diversos. Há uma evidente falta de padronização e comunicação dentro da rede de atenção hospitalar ao usuário da saúde mental, que percebe que, dependendo do hospital em que internar, poderá receber diferentes formas de cuidado.

Dentro dessa categoria, também emergiu a temática da relação com a própria doença. Quando perguntados sobre sua vida dentro da comunidade (relação com os vizinhos, utilização dos espaços comunitários, etc), três usuários com múltiplas internações mencionaram o impacto do sofrimento psíquico nessa vivência, enquanto apenas uma do grupo de primeira internação trouxe esse assunto:

*Opções de repente até tem [de lazer], mas eu não gosto de estar saindo. Não gosto de estar assim no meio de muita gente, não me sinto bem.* (A, 45 anos, 19 internações).

*Quando eu estou nervosa ... eu fico só deitada, eu fico só na cama.... quando eu não estou disposta, eu largo tudo de mão... Quando eu estou boa, eu vou todos os dias [à igreja]* (I, 50 anos, cerca de 20 internações).

Compreende-se que aqueles usuários com mais internações – que, conseqüentemente, lidam com sua doença há mais tempo – acabam restringindo sua vida social por conta da doença. Pode-se pensar que os próprios sintomas (comportamentos fóbicos, estados paranóides ou depressivos, por exemplo) levam o sujeito ao isolamento. Porém, somado a isso, ainda há uma cultura de exclusão do “louco”, apesar das mudanças nos modelos de atenção à saúde mental (Salles & Barros, 2007). Reflexos disso também podem ser percebidos na categoria de análise a seguir, quando os entrevistados falam dos vínculos estabelecidos com os vizinhos e familiares.

### **Vínculo com o bairro e pessoas ao redor**

Nas entrevistas, muitas diferenças puderam ser percebidas ao comparar as visões de um grupo e outro sobre sua vida em comunidade, porém, houve uma resposta quase unânime: todos os participantes relataram gostar do lugar onde moram e expressaram sentimentos de identificação com o seu bairro, exceto um deles, que tinha uma peculiaridade que certamente justifica essa diferença – ele era uma pessoa vivendo em situação de rua. Esse usuário, porém, recordou o tempo em que viveu por 14 anos no mesmo bairro, em uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, e relatou uma experiência muito positiva, deixando evidente, inclusive, a associação entre a mudança desse bairro e o início dos sintomas e internações.

*[E tu sentias que aquele bairro na outra cidade era uma parte importante da tua vida?] Era, era bom. Gostava de lá. [Nesses 14 anos que o senhor morou lá teve internação?] Não, não. As internações começaram aqui em Porto Alegre... Começaram as festas, beberagem.. ) Não falava com ninguém.* (JN, 61 anos, 18 internações).

Quando interrogados sobre a relação com seus vizinhos, todos os participantes relataram experiências positivas de convívio, trazendo dois tipos diferentes de relação que se estabelece com esse grupo. Há a relação de cordialidade, em que os vizinhos interagem de forma respeitosa, porém mais distanciada, apenas se cumprimentando ao passar pela rua; e também uma relação de ajuda, em que há um sentimento de que os vizinhos são pessoas com quem se pode contar em situações de necessidade. Dentre os usuários de múltiplas internações, quatro descrevem uma relação de cordialidade com seus vizinhos, apenas de cumprimentar. Só um deles trouxe experiências de relação de ajuda:



*Eu encontro, dou oi, dou passagem, mas não fico “como é que tu ta, como é que tu vai?”, sabe? Ninguém se mete na vida dos outros (I, 50 anos, 15 a 20 internações).*

*É “bom dia”, “boa tarde”, “boa noite” e deu (N, 59 anos, mais de 20 internações).*

Já os usuários de primeira internação trouxeram experiências de relação de ajuda com mais frequência. Três deles falaram de relação de ajuda com outros moradores do bairro e dois relataram apenas relações de cordialidade.

*Eles são bem prestativos, quando eu tinha as minhas crises eles pegavam o carro pra me levar pro hospital... Eu chamo de vó, mas é só uma vizinha, ela me acolheu sempre quando eu precisei. (J, 20 anos, primeira internação).*

*Me dou mais com os que moram do ladinho da minha casa, qualquer coisa que eu preciso eu vou ali, peço ajuda para ela (V, 33 anos, primeira internação).*

*Os vizinhos perguntam “a senhora esta bem?” ... Ela [a vizinha] vê a casa fechada e já fica preocupada (MH, 59, primeira internação).*

Vale ressaltar que a relação cordial, apesar de mais distante, parece ser vista como uma qualidade no convívio com os vizinhos pela maior parte dos participantes. Um deles entende essa relação como um vínculo, acompanhado de uma sensação de “participar”:

*Tem um vínculo, assim... Não aquele próximo de afinidade, entendeu? Mas tem o de cumprimentar, tem esse vínculo... Entram pessoas diferentes no bairro, mas com o tempo vai acostumando e convivendo junto. E sempre tem essa participação do “oi, tudo bom?” “como está?” (F, 32 anos, primeira internação).*

Essa ideia de participar de um grupo vai ao encontro das teorias abordadas no trabalho de Gracia e Herrero (2006) sobre o tipo de vínculo que se estabelece com a comunidade, que proporciona um sentimento de pertença a uma estrutura social mais ampla e um sentido de identidade social. Na fala de outro participante, fica explícito um sentimento de identificação com o bairro:

*[Tu sentes o bairro como uma parte importante da tua vida?] Sinto. [De que forma?] A minha convivência com as pessoas... Tenho atração pelo bairro, gosto de morar lá. Não pretendo sair de lá tão cedo. Gosto mesmo, amo o bairro de paixão (S, 41 anos, primeira internação).*

Conforme Gracia, Herrero e Musitu (2002), diversos autores apontam o importante papel das pessoas próximas em situações de crise ou casos de enfermidade, assinalando que os membros de uma comunidade tendem a buscar auxílio de pessoas ao redor, em vez de especialistas. Na mesma direção, Dahlan et al. (2013) encontraram o apoio social como único fator associado a menores taxas de reinternação. Em nossos resultados encontramos o reconhecimento da vizinhança como fonte de ajuda, mais comum entre aqueles com menor número de internações. Os entrevistados com múltiplas internações relatam uma experiência de maior afastamento em relação aos membros da comunidade.

Por outro lado, a família é mencionada pelo grupo de múltiplas internações com mais frequência, mesmo sem que nenhuma pergunta tenha sido feita sobre o assunto. Três deles mencionam a proximidade da família como um fator importante da vida comunitária (moram perto de parentes), enquanto apenas um do grupo de primeira internação traz isso à tona:

*[Tu achas que o local onde tu mora é uma parte importante da tua vida?] É perto da onde mora toda a família. Essa é a importância. Moram todos os irmãos no mesmo pátio (S, 39 anos, mais de 20 internações).*

Aparentemente, o isolamento dos contatos sociais mais amplos leva a um destaque para as relações familiares. Atualmente, há um maior protagonismo da família no período pós hospitalização, que, no modelo asilar, ficava excluída desse cuidado. Porém, essa responsabilidade, em muitos casos, gera sobrecarga para os cuidadores (Mello & Schneider, 2011).

Durante as entrevistas, outra temática emergiu na fala dos participantes, referente à estrutura dos locais de moradia, como segurança, mobilidade urbana, acesso a opções de lazer e localização do bairro em relação a pontos centrais da cidade. Três participantes do grupo de múltiplas internações apontam o tráfico de drogas como um fator presente em seus locais de moradia, porém de forma bastante normalizada no cotidiano dessas pessoas:

*Tinha lugar, praças comunitárias... Mas agora é só droga.... É que tem muito drogado lá, mas a maioria no bairro é tudo gente legal. (S, 39 anos, mais de 20 internações).*

*É assim: quando vai dar tiro eles [pessoas envolvidas com o tráfico] avisam “fica em casa que vai dar tiro” (I, 50 anos, 15 a 20 internações).*

*À noite é perigoso, tem tráfico de drogas. Bastante. Mas pra quem conhece não é, é mais pra quem não é de lá, aí é perigoso (A, 45 anos, 19 internações).*

No grupo de primeira internação, apenas uma participante mencionou a questão do tráfico durante a entrevista, combinado com problemas sérios de estrutura, como falta de asfalto, esgoto a céu aberto e rede elétrica ilegal. Porém, foi no grupo de primeira internação que apareceu com mais frequência (três participantes, comparando com apenas um do outro grupo) elogios em relação à estrutura do local de moradia:

*O bom é que passa dois ônibus ... Tem o armazém da esquina, a padaria que é na próxima rua. É asfaltado (V, 33 anos, primeira internação).*

*Tem bastante mercado, farmácias, é tipo um centro. Tem bastante ponto de referência, lojas, ônibus e taxis. Um bairro bem movimentado (S, 41 anos, primeira internação).*

Novamente, há uma diferença na frequência desses conteúdos. Essa diferença demonstra que, nessa pesquisa, os usuários que tinham internações mais ocorrentes eram moradores de bairros com menos recursos e mais insegurança, ou seja, bairros mais pobres. Essa disparidade indica uma associação entre a pobreza e maior incidência ou gravidade de problemas de saúde mental, que é uma temática que vem sendo abordada em estudos atuais (Rocha et al., 2012). Considera-se a pobreza como um Determinante Social da Saúde (DSS), tendo em vista que a maioria dos usuários do SUS está em situação de pobreza. Quando se fala nos DSS hoje, almeja-se não só a descrição dos impactos objetivos, mas também as implicações psicossociais e as possibilidades de intervir nessa realidade, através da aproximação e, principalmente, do fomento à participação e construção conjunta com as comunidades (Sarriera, Saforcada & Inzunza, 2015).

Em síntese, além dessas disparidades relacionadas à qualidade do local de moradia, vários outros temas demonstraram que há diferenças na visão de um grupo e outro. As percepções sobre o papel dos serviços de alta complexidade e a utilização dos serviços de atenção básica, a forma como a doença mental afeta a vida social e comunitária, e a maneira como os usuários se relacionam com a comunidade e familiares, apresentam particularidades quando se investiga um grupo que passou por sucessivas internações psiquiátricas.

## Considerações finais

A comunidade é uma fonte de relações de apoio e ajuda em situações de crise. É possível perceber sentimentos de identificação e pertença na fala de ambos os grupos, porém, fica evidente, nas entrevistas, que os usuários com maior número de internações vivem as relações comunitárias com certo afastamento e vínculos mais superficiais. A família, nesses casos, acaba por assumir o lugar dessas relações mais amplas, tornando-se fonte única de suporte para essas pessoas, que podem

acabar evitando o espaço público por medo da discriminação. Isso, além de ser prejudicial para a pessoa, que vai perdendo sua identidade de cidadão, tem outras consequências: como o aumento da sobrecarga dos familiares, que podem encontrar na internação hospitalar uma possibilidade de “descanso” dessa responsabilidade.

Dessa forma, o hospital ganha um status diferenciado na vida dessas pessoas. Como visto na discussão, o hospital, que aqui aparece como preferência para o grupo de primeira internação, vem como única solução possível para as crises enfrentadas pelo grupo de múltiplas internações. Junto a isso, há um distanciamento dos serviços de saúde territoriais, especialmente unidades básicas de referência. Existe, portanto, uma necessidade de fomentar e potencializar as fontes de apoio formais e informais do território dos usuários, resgatando vínculos e retomando hábitos da vida em comunidade, aumentando a sensação de pertença a uma estrutura social mais ampla. A literatura revisada também destaca que a rede territorializada de serviços de saúde mental (CAPS, Hospital Dia, etc.) pode ser potencializada com o apoio de associações, grupos de autoajuda, grupos sociais de associações de bairro, comunidades religiosas, entre outros dispositivos que proporcionem uma melhor qualidade de vida para as pessoas – e que é de grande valia essa informação ser conhecida e aproveitada como estratégia de trabalho pelos profissionais que trabalham com esse tipo de população.

Algumas questões de estrutura dos bairros também foram levantadas pelos participantes, como falta de segurança, transporte, recursos de lazer, entre outros. Vale ressaltar que há, certamente, muita precariedade nos bairros periféricos de Porto Alegre, mas a reflexão pretendida nesse estudo é a de que, além de lutar por melhorias para reduzir estressores, também é preciso reforçar os laços sociais existentes nas comunidades, fortalecendo-as. É necessário empoderar cada vez mais as comunidades e estimular políticas públicas de saúde que atuem em conjunto com essas redes naturais de apoio entre as pessoas, e que trabalhem na direção contrária de lógicas excludentes.

Por fim, cabe ressaltar que os resultados dessa pesquisa apontam que, quanto mais internações psiquiátricas a pessoa tem, mais suscetível ela está a internar novamente. E, como consequência, mais enfraquecido fica seu vínculo com a própria rotina e mais difícil de readaptar-se a ela. Levando-se em conta que o sofrimento psíquico tem por característica o isolamento social, é necessário esforço redobrado para que essas pessoas sejam estimuladas a participar da vida em comunidade. Por fim, não resta dúvida de que prevenir reinternações é um objetivo primário no cuidado em saúde mental.

## Referências

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bezerra, C. G. & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-326.
- Campos, G. W., Barros, R. B., & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749.
- Camuri, D. & Dimenstein, M. (2010). Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 803-813.
- Canesqui, A. M. & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103-1114.
- Cardoso, L. & Galera, S. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 87-94.
- Dahlan, R., Midin, M., Sidi, H., & Maniam, T. (2013). Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: A 1-year follow-up study of re-hospitalization. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(1), 127-133.
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (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. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.
- Fontanella, B. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769.
- Graca, J., Klut, C., Trancas, B., Borja-Santos, N., & Cardoso, G. (2013). Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: A five-year study in Portugal. *Psychiatric Services*, 64(2), 192-195.

- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La Comunidad Como Fuente de Apoyo Social: Evaluación e Implicaciones em Los Ámbitos Individual y Comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales em la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Machado, V. & Santos, M. A. (2011). Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 16-22.
- Machado, V. & Santos, M. A. (2013). O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 701-712.
- Mello, R. M., & Schneider, J. F. (2011). A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 226-233.
- Ministério da Saúde (2009). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: plano de ação nacional (2009-2011)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Cadernos da Atenção Básica, 34: Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Genebra, Suíça: Autor.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (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 – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, Á. (2008). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. (2015). *Relatório de gestão 3º quadrimestre – 2015*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Recuperado em 22 de maio, 2016, de [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatoriogestao\\_2quadrimestre\\_2015.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatoriogestao_2quadrimestre_2015.pdf)
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Obiols, J. E., & Borrel, C. (2012). Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 137, 49-45.
- Rodrigues, V. B. & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 390-399.
- Salles, M. M. & Barros, S. (2007). Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 73-81.
- Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (Org.) (2015). *I Encontro da RAPS - Atenção Básica convida: Integrando a Rede de Atenção Psicossocial*. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre.
- Sarriera, J. C., Saforcada, E. T., & Inzunza, J. A. (Orgs.) (2015). *Perspectiva Psicossocial na Saúde Comunitária: a comunidade como protagonista*. Porto Alegre: Sulina.
- Scheibel, A., & Ferreira, L. H. (2011). Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 966-983.
- Schmutte, T., Dunn, C. L., & Sledge, W. H. (2010). Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: a matched-control survival analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 860-863.
- Stella, C. (2014). *Psicologia Comunitária: contribuições teóricas, encontros e experiência*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Vigod, S., Kurdyak, P., Dennis, C.-L., Leszcz, T., Taylor, V., Blumberger, D., & Seitz, D. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 187-194.
- Zanardo, G. L. P. (2016). *Reinternações psiquiátricas: análise das características sociodemográficas, clínicas e do uso da rede de atenção psicossocial de usuários com transtornos mentais*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Recebido em 31/01/2016  
Aceito em 02/06/2016

---

**Luísa Horn de Castro Silveira:** Psicóloga especialista em Saúde Mental pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Cristianne Maria Famer Rocha:** Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta II da UFRGS.

**Kátia Bones Rocha:** Doutora em Psicologia Clínica i de la Salut pela Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha. Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

**Gabriela Lemos de Pinho Zanardo:** Psicóloga Especialista em Saúde Mental pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).