

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia



**O FENÔMENO DA “PORTA GIRATÓRIA” – MÚLTIPLAS REINTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS - NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA DOS
ÚLTIMOS 20 ANOS**

Natália Gonçalves dos Santos

São Paulo

2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

**O FENÔMENO DA “PORTA GIRATÓRIA” – MÚLTIPLAS REINTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA DOS
ÚLTIMOS 20 ANOS**

Natália Gonçalves dos Santos

Trabalho de conclusão de curso realizado como exigência parcial do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Andréia De Conto Garbin.

São Paulo

2022

*“Para que eu possa um dia contemplar-te
dominadora, em f3ervido transporte,
darei que 3s bela e pura em toda parte,
por maior risco em que essa aud3cia importe.”*

(Liberdade – Carlos Marighella)

AGRADECIMENTOS

A mim, por não ter me tornado estatística.

À minha família, pelo suporte e aos meus pais, Idalina e Edécio, razão pela qual ingressei nesta caminhada, amores aos quais desde sempre meu desejo foi direcionar a eles todos os frutos colhidos por esta longa, exaustiva e doentia jornada.

Ao Coletivo Da Ponte Pra Cá - Frente Organizada de Bolsistas de Baixa Renda da PUC-SP, por ter sido o espaço onde mais aprendi dentro da universidade. Construimos coisas grandes demais para serem esquecidas, fizemos história sendo a história viva, vivemos a resistência em nossas peles, exercendo-a todos os dias da graduação e de nossas vidas. Com vocês aprendi que só a luta muda a vida. Dentro do Coletivo agradeço especialmente a Samanta, Vinicius, Iara, Bruna, Ana Laura, Fernando, Leticia e a todas e todos com quem pude militar ao lado durante esses anos de coletividade, trabalho duro, potência e resistência classista. Vocês estão guardados num grande pedaço do meu coração e se durei até aqui é porque me organizei com vocês e a Academia e a Elite Acadêmica não conseguiram me derrotar. Obrigada. Obrigada por terem sido um dos melhores momentos e vínculos desses anos. “Pros moleque da quebrada um futuro mais ameno, essa é a meta!” (Racionais MC's)

Aos colegas bolsistas, meus semelhantes, que fizeram dessa vida universitária menos insuportável, desde o início até seu fim. Agradeço aos camaradas Eudes e Rafaela, por toda cumplicidade e afeto, a Thamires, Leon e Raphaela por toda presença. Quem sempre teve tudo nunca irá compreender.

À Ana, Conchita e Gabi, por todo carinho e cuidado. Também agradeço à Nádia por todo apoio, amor e amizade de anos.

À funcionária Fátima, por todo carinho, incentivo, colo e aprendizados ofertados a mim.

Ao professor Pedro Henrique, por seu trabalho inspirador e à professora Andréia, pela orientação deste trabalho.

Por fim e não menos importante, agradeço às pessoas que conheci em uma clínica psiquiátrica privada que me fizeram entrar em contato com a temática aqui abordada e que viveram na pele o tema que aqui trago à luz, pessoas mantidas em sofrimento mental orquestrado pela ganância do lucro da sociedade capitalista.

Aos que partiram, em decisão própria, por não suportar mais idas e vindas da porta giratória e aos que se sustentam suportando um dia de cada vez: este trabalho foi feito para vocês.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo o levantamento de publicações e estudos acerca do fenômeno “porta giratória” (conhecido na literatura estrangeira como *revolving door*), que consiste na reincidência de sujeitos com sofrimento psíquico em hospitais e clínicas psiquiátricas. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a produção teórica acerca do fenômeno e o que leva a sua ocorrência, desde que a lei de direitos do portador de transtorno mental foi promulgada em 2001. O estudo foi realizado como uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo bibliográfica, dentro da abordagem da psicologia sócio-histórica, reunindo seis artigos do período de 2001 à 2021 (vinte anos), pautando as buscas em artigos e revistas científicas. Os resultados obtidos apontam para falta de maior investigação e estudos sobre o tema, como maior coleta de dados. Apontam o sucateamento político na rede pública de saúde que impede o pleno funcionamento da rede de atenção à saúde mental, não havendo dispositivos em todas as regiões necessitadas - bem como a descontinuação dos tratamentos necessários, em comunidade, em conjunto com a família, o que promove bruscas rupturas que geram prejuízos à saúde mental. Segundo os estudos, ainda hoje predomina a lógica manicomial e muitos hospitais e clínicas psiquiátricas não foram abolidos, o que impede o avanço do tratamento em liberdade e os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: porta giratória; reinternação psiquiátrica e reforma psiquiátrica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Transformações da noção de saúde.....	8
1.2 As Reformas: Sanitária e Psiquiátrica no Brasil	11
1.3 Sistema Único de Saúde - SUS.....	19
1.4 O fenômeno “porta giratória”	24
2. MÉTODO	26
3. ANÁLISE E RESULTADOS	28
3.1 Pessoa estranha, sem direitos, identidade e esperança de saída.....	28
3.2 A porta que gira: o processo de internação-alta-internação.....	31
3.3 A falta e a presença dos serviços da rede de atenção à saúde mental	33
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
5. REFERÊNCIAS	38
6. ANEXOS	41

1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema se deu pela inquietude da pesquisadora por estar pessoalmente familiarizada com as sequelas que o fenômeno “porta giratória” - múltiplas reinternações psiquiátricas - podem causar nas pessoas.

Segundo De Pinho Zanardo *et al.* (2018), a “porta giratória”, descrita na literatura como *revolving door*, é caracterizada internacionalmente por reinternações psiquiátricas repetidas e frequentes logo após a alta do paciente. Uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica é o processo de desinstitucionalização dos usuários de serviços de saúde mental, que promove o fechamento de hospitais psiquiátricos e fomenta a criação de serviços substitutivos em saúde mental, juntamente ao Movimento da Luta Antimanicomial, pela quebra desta lógica hegemônica. Nas lacunas desse movimento de transição do abandono da lógica manicomial para a Reforma Psiquiátrica, como resistência manicomial nasce e cresce o fenômeno da porta giratória. O fenômeno é prejudicial a qualquer tipo de tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico, podendo colocar vidas em risco, como em casos de tentativa de suicídio entre uma internação e a próxima (CARDOSO; GALERA, 2011).

Ainda, segundo De Pinho Zanardo *et al.* (2018), a causa da ocorrência do fenômeno é pouco explorada, tendendo para explicações como a dificuldade da adesão do usuário aos tratamentos extra-hospitalares, a dificuldade de adaptação aos serviços substitutivos bem como a escassez destes na comunidade. A *American Psychological Association*, em seu dicionário de Psicologia, define o fenômeno como: “a readmissão repetida de pacientes em hospitais ou outras instituições, muitas vezes porque eles receberam alta antes de terem se recuperado adequadamente” (Tradução livre - REVOLVING DOOR PHENOMENON, 2021), trazendo a dimensão da alta que interrompe um tratamento que não estava concluído. Porém, em geral, nos estudos não há uma concordância sobre o determinante que predomina. Isto é o que se pretende estudar na presente pesquisa.

O tema proposto tem relevância uma vez que o fenômeno é pouco aprofundado no país e existe uma ausência de consenso sobre seus critérios de definição, tanto no Brasil quanto no exterior (grande parte dos estudos usam o referencial de um ano de múltiplas reincidências, mas este critério não é oficial), o que dificulta análises, intervenções e interfere em resultados de pesquisas, fazendo com que o fenômeno mereça maior investigação.

A discussão proposta justifica-se também pelo recente desmonte nas políticas públicas de saúde mental, evidenciando retrocessos. Um destes retrocessos foi a Resolução 3/2020 do CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CFP, 2020), que dispõe sobre o acolhimento de crianças e adolescentes com uso abusivo ou dependência de substâncias químicas em comunidades terapêuticas – espaço com lógica asilar/manicomial. O Conselho Federal de Psicologia lançou uma nota repudiando a resolução: “O retorno a este paradigma, com o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas, retoma a ideia de internação com uma nova roupagem.” (CFP, 2020).

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a produção teórica acerca do fenômeno e o que leva a sua ocorrência, desde que a Lei de direitos do portador de transtorno mental foi promulgada em 2001. A pesquisa é qualitativa exploratória do tipo bibliográfica e contou com o levantamento de artigos e publicações em revistas científicas nos últimos vinte anos.

O resultado esperado é que o estudo aqui realizado contribua futuramente com o andamento das discussões acerca do tema apontando novas perspectivas e evidenciando a pluralidade de enfoques, além de compreender significativamente sobre a teoria e a prática envolvidas pelo tema.

1.1 Transformações da noção de saúde

Na Medicina, a desmistificação da cura para as doenças nasceu por volta do Renascimento, no começo do século XV, quando foi instaurada uma nova racionalidade médica. A vida não era mais o objeto de trabalho central da prática médica e o ser humano passou a ter seu corpo concebido como máquina, René Descartes, no século XVII, fomentava a existência de uma dualidade mente-corpo, a ideia de que havia uma separação e ambos funcionavam de maneiras diferentes, sem se comunicar. Os hospitais se transformaram em um espaço clínico de “uma ciência das entidades patológicas” segundo Koifman (2001, p. 51), onde o corpo humano se tornou sede de doenças e as doenças se tornaram entidades patológicas. Augusto (1989) traz que o alvo da intervenção passou a ser os corpos individuais e de forma individualizada, o paciente tornou-se então um desvio de um quadro de normalidade esperado, a saúde se tornou a ausência de patologia e a cura foi substituída pelo cessar dos sintomas.

Amarante (2007) retoma o histórico da instituição que conhecemos como hospital a fim de traçar o percurso que levou a internação hospitalar psiquiátrica, como a conhecemos hoje:

Na Idade Média, o hospital era uma instituição de caridade, onde era ofertado abrigo, assistência religiosa, alimentação e refúgio para pessoas pobres, desabrigadas, em situação de rua e/ou doentes. No século XVII os hospitais deixaram de ser exclusivamente filantrópicos, com o advento do Hospital Geral na França em 1656 os hospitais “passaram a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita” (AMARANTE, 2007, p. 23) onde as internações hospitalares eram determinadas por autoridades judiciárias.

Uma das transformações que a Revolução Francesa causou foi no paradigma e na função social dos hospitais, que se transformaram em instituições médicas. Seguindo o lema “Igualdade, Liberdade e Fraternidade” essas mudanças foram provocadas pela necessidade de democratizar os espaços sociais e, enquanto novos espaços mais específicos eram criados (centros de reabilitação, reformatórios, orfanatos), o hospital perdeu as funções originais atreladas a caridade e ao controle social autoritário por parte do Antigo Regime e passou a tratar as enfermidades da população. O hospital tornou-se ao mesmo tempo lugar de tratamento, laboratório de pesquisas, observatório para o enquadramento de doenças e doentes, além de um espaço para reprodução do saber-médico:

Mas, se é verdade que este novo modelo produziu um saber original sobre as doenças, em contrapartida, é verdade que este saber refira-se a uma doença institucionalizada, isto é, a uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização. Em outras palavras, a doença isolada, em estado puro, como pretendia a história natural, terminava por ser uma doença produzida, transformada pela própria intervenção médica (AMARANTE, 2007, p.26)

Se tratando de saúde mental, Amarante (2007) reconhece a complexidade da área que envolve uma rede de saberes em um trabalho transversal, com a neurologia/neurociências, a psicologia, a psiquiatria, a filosofia, a antropologia, a sociologia, a história, a geografia, a fisiologia, a cultura e outras. Não cabe à saúde mental uma verdade única e pré-definida, não é uma ciência exata com as doenças já caracterizadas - que foram produzidas previamente ao atendimento – não se trata de conclusões tomadas e diagnósticos prontos antes mesmo do contato com o sujeito e seu

contexto de saúde - como se propõe o saber médico tradicional -, qualquer tentativa de categorizar a saúde mental corre iminente risco de reduzir as possibilidades da existência humana. O autor reafirma que a saúde mental não pode ser limitada ao estudo, observação e tratamento das doenças mentais, como era proposto o cuidado (em geral) no espaço do hospital. A clínica médica moderna e a Psiquiatria têm uma relação íntima, pois ambas foram desenvolvidas por Pinel.

Philippe Pinel foi conhecido como um dos fundadores da psiquiatria e da clínica médica moderna, nascido nos anos 1740. Abriu os primeiros hospitais psiquiátricos e passou a pensar a loucura e a formular o que seria o primeiro modelo terapêutico de tratamento: o tratamento moral. Segundo Queiroz (2001), Pinel acreditava que era possível trazer “o louco de volta a razão”, a racionalidade, pois, para ele, a doença mental (nomeada por Pinel como alienação mental) era mantida boa parte pelo meio ambiente em que o alienado estava inserido e, então, nasceu a lógica asilar psiquiátrica: era preciso isolar o alienado para retirá-lo daquilo que havia (ou não) produzido a doença, na tentativa de controlar e reprogramar o sujeito. Durante o isolamento, o alienado era submetido a uma rígida disciplina formal, totalmente envolto pela lei médica, recebendo ora ameaças ora recompensas, indigno de liberdade. Era um espaço de reeducação social, onde a submissão se fazia o primeiro passo para a cura.

Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. Para Leuret, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como livre-arbítrio) é necessário recuperar a Razão! (AMARANTE, 2007, p.34)

Saltando no tempo histórico (com a continuidade do tratamento moral desenvolvido por Pinel), após o término da Segunda Guerra Mundial, em 1948, foi criada a OMS – Organização Mundial da Saúde que afirmou, em sua carta de princípios, a saúde como “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades” (apud SCLAR, 2007, p. 37), entendendo-a como direito civil a vida plena, trazendo novas e importantes aberturas ao conceito de saúde – que, no Brasil, seriam ainda mais ampliadas com a Constituição Federal de 1988 e o advento do SUS.

Porém, essa conceituação de saúde também recebe e recebeu críticas posteriormente. Por exemplo, o psicanalista Dejours (1982) fez a análise de que o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social” é uma afirmação muito vaga, não é possível definir, assim como não é possível alcançar. Este estado não é concretamente atingível, se trata de uma ilusão utópica e supõe que o mundo é livre de conflitos. O autor sugere que a saúde se trata de um estado do qual procuramos nos aproximar, não um objetivo a ser atingido e finalizado, pois não há garantia de que este completo bem-estar seja mantido pelo resto da vida. Saúde é movimento, não há estabilidade/normalidade. Deste modo, “a saúde, para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (p. 11).

Em 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com a participação de 35 países, com o objetivo de enfatizar a promoção de saúde e a noção dos determinantes sociais da área da saúde, além de construir estratégias para o projeto Saúde Para Todos no Ano 2000. Desta Conferência surgiu a Carta de Ottawa, um documento que apresentou uma série de valores e afirmações acerca da saúde como um fenômeno mais amplo, além do indefinido “bem-estar social”, listando o que é preciso, como pré-requisito, para que a saúde se faça possível: habitação, renda, alimentação, educação, justiça social e equidade, entre outros:

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.2)

O documento também afirma que a saúde deve enfatizar os recursos sociais e pessoais dos cidadãos, que tem direito a ela. A promoção à saúde objetiva reduzir as diferenças do estado de saúde da população e assegurar recursos e oportunidades igualitárias e em equidade para capacitar as pessoas a realizarem por inteiro seu potencial de saúde. Isso também envolve ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades, experiências de vida e oportunidades de poder fazer escolhas que levem a uma vida mais sadia.

1.2 As Reformas: Sanitária e Psiquiátrica no Brasil

Com a queda da Ditadura Vargas, cria-se em julho de 1953 o Ministério da Saúde, a fim de retomar discussões sobre saúde, rearticular os processos políticos, repensar as ações e atribuições estatais, entre outros. Segundo Pontes *et al.* (2010), a discussão acerca da criação do ministério optou por seguir com a assistência médica individual, curativa, hospitalar e empresarial sob cargo da medicina previdenciária, embora houvessem sanitaristas na época, não houve espaço para ideias inovadoras. O sistema previdenciário que surgiu após a Reforma da Previdência de 1967 se mostrou incapaz de ser um órgão de atenção à saúde, pois mais de 50% dos trabalhadores brasileiros não faziam contribuição para o sistema. Somente quem possuía um trabalho formal tinha acesso à saúde. No período final de 60 e começo de 70, a saúde pública tinha seus programas e suas demandas distribuídas entre vários órgãos como, por exemplo, o cuidado com saneamento básico que ficava à cargo do Ministério do Interior.

Carente de recursos, precariamente estruturado e subordinado a lógicas e prioridades de outros setores, o Ministério da Saúde detinha reduzida margem de manobra e pouca capacidade de planejamento para equacionar e enfrentar com eficácia os problemas colocados na sua esfera de competência (PONTES *et al.*, 2010, p. 191)

O MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira surgiu na segunda metade dos anos 1970, com a tentativa de redemocratização do país - que enfrentava a Ditadura Militar desde 1964 -, o movimento ganhou este nome formalmente somente no terceiro número da revista *Saúde em Debate* do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, em 1977. Paiva e Teixeira (2014) discutem sobre o CEBES e a ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva - serem peças-chave no processo de construção da área conhecida como saúde coletiva. O movimento sanitário brasileiro procurava introduzir mudanças progressivas nas bases da organização do sistema de saúde do país. As duas instituições, assim como outras, tiveram papel importante na defesa de um modelo contrário a perspectiva autoritária da Ditadura Militar. Dentro do movimento, estas entidades defendiam: a participação social no lugar de políticas de controle das doenças; optar pela promoção de saúde e qualidade de vida no lugar da setorização entre saúde pública e medicina previdenciária e instituir um sistema universal, unificado, para toda a população.

O primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde estabeleceu os princípios centrais da reforma, sendo eles: direito universal à saúde, reconhecimento do caráter intersetorial dos determinantes de saúde, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização, hierarquização e regionalização do sistema, o controle democrático, a participação popular e, também, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública.

Segundo Paim (2007), a Reforma Sanitária trouxe novas concepções de saúde em que se levava em conta que a saúde e a doença não poderiam ser explicadas e categorizadas exclusivamente por suas questões biológicas. Passou a ser reconhecido que esses fenômenos em torno da saúde eram determinados social e historicamente: considerou-se o processo saúde/doença como resultado da interação do homem consigo mesmo, com os outros, na sociedade e com as particularidades biológicas do meio:

A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível das condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico (SILVA, 1973, p.31-32 apud PAIM, 2007).

Um sanitarista importante da época, segundo Morosini (2014), foi David Capistrano. Médico, líder estudantil, jornalista e autor, nasceu em 1948 e faleceu em 2000. Capistrano foi responsável por implementar diversas políticas públicas inovadoras na área da saúde, inclusive ajudou a configurar, elaborar e escrever o texto que deu origem ao capítulo sobre o SUS na Constituição Federal de 1988. O médico foi considerado um grande quadro político e indispensável para a redemocratização do país.

Mesmo com o foco no sanitarismo, Capistrano se afastou da chamada “agenda sanitária”, também atuando sobre a Reforma Psiquiátrica quando foi prefeito de Santos – SP. Ele foi responsável por realizar intervenções na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico que levava o apelido de “casa de horrores”, após uma manifestação popular sobre os descasos que lá aconteciam. Sua proposta não era a humanização do espaço, mas a desconstrução da estrutura asilar. Após o cessar dos eletrochoques, celas e demais violências, seguiu-se a criação dos NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial (que

atualmente são chamados de CAPS – Centros de Atenção Psicossocial). O município de Santos então passou a contar com atendimento domiciliar, foram criadas cooperativas e outros projetos com ex-internos do hospital.

Até os anos 60 do século XX a psiquiatria brasileira caracterizava-se por sua única oferta: a internação compulsória em hospitais psiquiátricos públicos. Com o golpe militar de 1964 iniciou-se, com a implementação dos convênios realizados com o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social em 1967, a chamada indústria da loucura e essa mercantilização da saúde mental passou a se tornar lucrativa.

A Reforma Psiquiátrica andou lado a lado da Reforma Sanitária, tendo em vista que a Reforma Sanitária tratava da saúde de maneira mais ampla e a saúde mental aproveitou os movimentos de redemocratização para também aplicar sua reforma e criar um movimento social.

Já nos anos 70, segundo Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica brasileira nasceu a partir dos trabalhadores da saúde mental. A Reforma firmou a luta contra as instituições psiquiátricas, produziu reflexões críticas a fim de uma ruptura epistemológica, criou estratégias de cuidado contra hegemônicas, além de conquistar normas legais e buscar produzir efeitos socialmente na saúde mental. Outras propostas da Reforma Psiquiátrica eram: “crítica ao modelo hospitalocêntrico, participação da comunidade nos serviços, revisão da legislação psiquiátrica, criação e diversificação de novos serviços, ampliação da rede extra-hospitalar” (YASUI, 2006, p. 30). Além disso, a Reforma promoveu mudanças com um profundo questionamento sobre os conceitos fundantes e envoltos pela psiquiatria, suas instituições, sua ideologia de controle e a necessidade da construção de um novo paradigma social e da saúde.

No final dos anos 70, estudiosos e autores sobre as rupturas necessárias com a psiquiatria visitaram o Brasil, sendo eles Michel Foucault, Felix Guattari e principalmente Franco Basaglia, que inspirou muitos profissionais da saúde com sua frase “Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”, segundo Yasui (2006), trazendo os ideais da Reforma Psiquiátrica Italiana. Oliveira *et al.* (2019) afirma que a Reforma Psiquiátrica Italiana é reconhecida internacionalmente pela implementação de um modelo de cuidado em saúde mental que vai contra a lógica hospitalocêntrica e que, além da saúde mental, promoveu a ressocialização de sujeitos, a luta por liberdade e pela garantia de direitos. Passando pelo Brasil, Basaglia fomentou o movimento da Reforma Psiquiátrica, que iniciou na Itália.

Os processos da Reforma Psiquiátrica dessa época se articularam com os movimentos de redemocratização do país e, com a luta da saúde mental sendo articulada e oriunda de um espaço explicitamente político, existem disputas e conflitos internos, como sobre os ideais de liberdade, autonomia, solidariedade, sobre a exclusão e a inclusão, a cidadania e sua negação:

Portanto, [a saúde mental se torna] campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade. (YASUI, 2006, p. 26)

É desenvolvendo essas críticas que ocorre, em 1987, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru. Neste evento oficializa-se a Carta de Bauru e cria-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio por todo o Brasil. Segundo Amarante; Nunes (2018), a criação da data serviu (e serve) para despertar o pensamento crítico sobre a violência institucional que as pessoas em sofrimento mental vivenciam. E desde então ocorrem diversas manifestações artísticas, políticas e atividades de conscientização não só durante o dia 18, mas durante todo o mês.

A Carta de Bauru aborda, dentre diversas críticas e propostas, a ideia do desafio radical que é demarcar a ruptura com a lógica da exclusão e da discriminação na saúde mental. Ela inaugura um novo compromisso social que não se trata de modernizar ou humanizar os serviços, mas de mudar toda a estrutura por trás da atenção à saúde mental. O documento aborda que o Estado não fará as mudanças necessárias por si só e é preciso que os movimentos populares e a classe trabalhadora organizada se engajem na luta. Além disso, reforça que o manicômio como o conhecemos é apenas um dos exemplos de instituições controladoras e opressoras que existem na sociedade de classes. A luta pelo fim dos manicômios é a luta pelo direito à cidadania, segurança, saúde e outros direitos básicos que devem ser assegurados.

Por fim, reforça seus posicionamentos:

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo

direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (CARTA DE BAURU, 1987)

Em 1990, ocorreu a Declaração de Caracas, a elaboração de um documento que marcou as reformas da atenção à saúde mental nas Américas. O documento levantava questões sobre como a figura centralizada do hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impedia o alcance de objetivos e progresso no cuidado com a saúde mental, como quando o hospital isola e deixa os pacientes em condições desfavoráveis e perigosas, por exemplo o Hospital Barbacena em Minas Gerais, conhecido pelos abusos, maus tratos e falta de direitos humanos.

Foi declarado que: a ligação entre o Atendimento Primário da Saúde e a reestruturação da assistência psiquiátrica poderiam promover novos modelos, alternativos, de assistência; a própria reestruturação da assistência psiquiátrica deve ser acompanhada de uma revisão crítica do hospital como lugar central e hegemônico; os meios de cuidado e recursos devem salvaguardar a dignidade pessoal do paciente, conter técnica comprovada e aplicar isso conjuntamente com o paciente, em seu meio comunitário; as legislações devem guardar os direitos do paciente e promover a organização do cuidado; que a capacitação e reestruturação viessem de um modelo, ligado de alguma forma à saúde comunitária e, por último, que as organizações, associações e outras entidades participantes da conferência desenvolvessem em seus países programas para a promoção de uma reestruturação da assistência psiquiátrica. O Brasil assinou a Declaração.

Segundo Tenório (2002), as internações psiquiátricas públicas no Brasil não são realizadas exclusivamente nos hospitais públicos, há uma grande demanda realizada em instituições privadas – que, para tal, são remuneradas pelo Estado. É o que se chama de setor conveniado ou contratado, que desprende as despesas todas ao SUS e existem como empresas privadas com fins lucrativos que servem apenas para receber estes clientes, tendo como única fonte de receita as internações psiquiátricas. Essas internações gerarão maior lucro de acordo com três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados; quanto maior o tempo de internação e, por fim, quanto menor o gasto com a manutenção do paciente internado. O autor cita o exemplo de uma internação acompanhada por uma ou poucas consultas psiquiátricas, espaçadas e que só provêm alimentação e remédios. Esse modelo lucra mais do que uma internação que provém esses aspectos e também

psicoterapia, lazer assistido, atividades corporais e terapêuticas e outros acompanhamentos médicos (que são necessários).

No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Eram raras outras alternativas de assistência, mesmo a ambulatorial (MINAS GERAIS, 2006 apud GUSMÃO *et al.*, 2017, p.3)

Na psiquiatria, a indicação da internação não é suficientemente transparente ou cientificamente indiscutível, transferindo uma espécie de escolha para a família e/ou para o paciente sobre ela. É onde entram os estigmas da sociedade que afirmam coisas como “lugar de louco é no hospício” e contribuem com a permanência da lógica asilar de cuidado (uma lógica que, inclusive, é destituída de cuidado).

A Lei de Saúde Mental, nº 10.216/2001, sancionada após longos 12 anos desde sua apresentação original pelo deputado Paulo Delgado, segundo Tenório (2002), proíbe a internação em instituições com características asilares; estabelece como objetivo a reinserção social do paciente em seu meio; obriga que o tratamento de internação contenha atendimento integral, com atividades de lazer e ocupacionais, por exemplo; obriga a elaboração de política específica de alta elaborada e reabilitação psicossocial assistida para os pacientes institucionalizados há longa data, entre outras garantias de direitos aos portadores de transtorno mental. A lei já se mostrou eficiente assim que instaurada no quesito do controle de internações involuntárias – quando não há consentimento do paciente -, para se ter um panorama mínimo de quais formas os abusos manicomialistas resistiriam:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. [...]

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as

instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001)

No quesito dos pacientes de longa data foram criadas as Residências Terapêuticas, programa que permanece em vigor, voltado para pacientes institucionalizados que viveram internados durante décadas ou a maior parte da vida em manicômios ou hospitais psiquiátricos e perderam laços, sociabilidade, poder aquisitivo e suporte/contato familiar, tornando-se dependentes de uma instituição asilar. O programa funciona como uma moradia assistida, em geral são casas que suportam esses pacientes que em sua maioria são idosos e contém também outros problemas de saúde, causados – ou não – pelos abusos sofridos na internação prolongada. Existe um acompanhamento da reabilitação psicossocial e uma rede de apoio com os demais serviços públicos vinculados ao SUS. Também existe o movimento de que a cada leva de pacientes realocados para uma residência terapêutica, é obrigatório descredenciar ou reduzir do SUS o número igual de leitos dentro de determinado hospital, mas o objetivo não é fechar leitos, e sim substituir por outros recursos e dispositivos, voltados ao tratamento com direitos humanos garantidos. Tenório (2002) ainda resgata que os interesses das empresas hospitalares privadas são incompatíveis com o processo de desospitalização – que a residência terapêutica oferece.

Segundo Martins *et al.* (2019), a chamada Indústria da Loucura – aparente na época da Ditadura Militar no Brasil - está ressuscitando, uma vez que os retrocessos ganham força na política. O autor pontua sobre aumento de investimentos (por parte de ministérios) nas Comunidades Terapêuticas (CTs). CTs são entidades privadas aparentemente sem fins lucrativos que acolhem gratuitamente pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias como álcool e outras drogas. Porém, segundo o autor, o Relatório de Inspeção Nacional em CTs de 2018, desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia, aponta que essas são instituições com privação de liberdade, violação à liberdade religiosa e de sexualidade, internação irregular de adolescentes, uso de trabalho forçado sem remuneração, além da falta de projetos terapêuticos adequados a cada caso. Além disso, houve cancelamento de repasse de verbas às RAPS, o que afeta diretamente os CAPS. Novamente vê-se dinheiro público sendo entregue a instituições privadas para “tratar”, em reclusão, pessoas em sofrimento psíquico.

Durante o governo Bolsonaro, segundo Mena (2022), o Ministério da Saúde revogou a Portaria 596, de 22 de Março de 2022, que compreende o Programa de Desinstitucionalização, criado em 2014, como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS. O programa atuava na reinserção social de portadores de transtorno mental e decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que estão internados há mais de um ano.

A nova portaria também revogou o mecanismo de financiamento do Programa, enquanto o Ministério da Cidadania lançou um edital para o financiamento de projetos de hospitais psiquiátricos, instituições que o Programa (e a Reforma Psiquiátrica) visava restringir ao mínimo possível. Este financiamento conta com investimento de mais de R\$10 milhões de reais, conforme verifica-se a lógica a seguir:

Em momentos de crise econômica, a psiquiatria é acionada para controlar desordens, excluir os que incomodam e manter a ordem produtiva, além de geralmente ser acompanhada de outras leis repressivas. Fora assim na “Grande Internação”, na passagem do feudalismo à sociedade capitalista, como traz Foucault em *A História da Loucura*; foi assim no Brasil, na passagem da Colônia ao Império, bem como no aprofundamento liberal da ditadura militar (MARTINS *et al.*, 2019, p. 3)

Esses são apenas alguns dos retrocessos que a saúde mental no Brasil vem vivendo.

1.3 Sistema Único de Saúde - SUS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde envolveu diversas organizações públicas e privadas ao longo do tempo e, para entendê-lo, Paim *et al.* (2011) cria uma tabela de retomada histórica da Saúde e seus funcionamentos no Brasil, considerando os recortes: contexto macroeconômico e socioeconômico; contexto político; sistema de saúde e principais desafios da saúde. A tabela está no anexo 1.

Em síntese, a primeira parte do anexo 1 representa o período histórico do Colonialismo Português à Instabilidade Democrática de 1945. Os principais problemas de saúde do Colonialismo Português à República Velha se referiam às doenças pestilenciais (como a cólera, febre amarela, peste bubônica, varíola) e doenças de massa (tuberculosa, sífilis, etc.). O sistema de saúde da época era envolto pela criação de hospitais como a Santa Casa de Misericórdia em vários estados e de tentativa de controles

sanitários e epidêmicos. A diferenciação entre saúde pública e previdência social estava engatinhando para ganhar mais força no período histórico seguinte.

A partir da Ditadura Vargas, os principais problemas que a saúde enfrentava diziam a respeito das endemias rurais (doenças como esquistossomose, doença de Chagas, malária, entre outras...). O contexto político era de ditadura, o chamado “Estado Novo”, que era autoritário, se identificando com o nazifascismo (1937 e 1938). A saúde pública foi institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, a previdência social foi institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, bem como foi estendida pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933 - 1938). Em 1941, houve a 1ª Conferência Nacional de Saúde onde se abordou temas sobre defesa sanitária, assistência social e proteção da maternidade, infância e adolescência.

A Instabilidade Democrática do período 1945 à 1964, com governos liberais e populistas, enfrentava problemas de saúde pública como o crescimento das doenças modernas (acidentes de carro, de trabalho, doenças crônicas degenerativas). Em 1950, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi discutido sobre higiene e segurança do trabalho, além da prevenção de doenças das trabalhadoras gestantes. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde e expandiu-se a assistência hospitalar e as empresas de saúde, além da criação de leis que garantiram direitos de previdência social aos trabalhadores urbanos (1960). Em 1963, houve a 3ª Conferência Nacional de Saúde, onde começou-se a pensar sobre descentralização da saúde.

Adiante, trata da Ditadura Militar e da Transição Democrática. Durante a Ditadura Militar (1964 – 1985) houve predominância das doenças modernas que se instauraram na época da instabilidade democrática: doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho, de carro etc., além da volta das endemias rurais devido a urbanização, e surtos de doenças infecciosas e parasitárias predominantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No extenso cenário de crise política e golpe militar, havia também uma crise na saúde e uma crise na previdência social, a mercantilização da saúde ganhava força com a capitalização da medicina pela previdência social, a fragmentação institucional e a centralização do sistema de saúde, controlado pelo Ministério e pelos Estados, o que beneficiou o setor privado. Já na Transição Democrática, a saúde foi incluída na agenda política, ampliou-se o movimento da Reforma Sanitária, houve contenção das políticas privatizantes em saúde e ocorreu a abertura de canais de participação popular. Nesse

período, as demandas na área da saúde se referiam a epidemia de dengue, aumento de morte ligadas à AIDS, maior desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cânceres, porém, houve redução da mortalidade infantil e das doenças preveníveis por imunização através de vacinas. Em 1967, ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde, com discussões acerca dos recursos humanos necessários às demandas da saúde no país.

O final aborda a Democracia, de 1988 a 2010 (ainda vigente), que traz a criação do SUS e os benefícios advindos dele. Em 1975, aconteceu a 5ª Conferência Nacional de Saúde, que discutia a necessidade da elaboração de uma política nacional de saúde. Em 1977, houve a 6ª Conferência Nacional de Saúde, abordando o controle das grandes endemias. Em 1980, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi discutido sobre a implementação e o desenvolvimento de serviços básicos de saúde. Em 1986, por fim, antes da Constituinte, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco da Reforma Sanitária, o momento em que a Saúde se liga ao Direito. Houve uma reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial, caminhando para consolidação do SUS. Neste período histórico, as demandas da saúde eram, por exemplo: epidemia de dengue e cólera, doenças cardiovasculares e cânceres, a volta da leishmaniose visceral e da malária. Porém, também houve avanços com relação a redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida do brasileiro (a) e a estabilização da proliferação da AIDS.

Em 1988, a queda da Ditadura Militar trouxe a redemocratização com a Constituição Federal, que dispôs a saúde como direito:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- 1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- 2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- 3) participação da comunidade. (BRASIL,1988).

Para consolidar o SUS era preciso leis orgânicas da saúde, que foram aprovadas somente em 1990, dando início a atuação do sistema de saúde: definindo seus objetivos,

seus princípios e diretrizes, seu financiamento, planejamento e orçamento, como seria dirigido, gerido, organizado e atribuído.

Segundo o Relatório de Gestão de Saúde Mental no SUS desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2016), a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil tem como seu eixo organizador a desinstitucionalização, ou seja, a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos com a construção de um cuidado comunitário efetivo, contínuo e qualificado aos que necessitem reabilitação psicossocial. Segundo o texto, existem cinco dimensões fundamentais para a superação do modelo asilar:

- I. *O circuito de controle* – Existe um circuito de controle da sociedade composto por variadas instituições (o sistema de educação, sistema de saúde, sistema judicial, sistema de assistência social e outros). O manicômio/lógica asilar se insere nesse circuito como fundamental para a continuidade da produção e reprodução da normalização impositiva que esses sistemas suportam, pois “ele é o local de escoamento de toda a falha dos demais sistemas de normatização [...] e assume a condição de depositário do não normal” (p. 3). Só será possível contribuir com o processo de desinstitucionalização se essa intersectorialidade for capaz de tensionar a normalização impositiva que suas instituições pregam, removendo o intuito da exclusão e degradação social.
- II. *Instituição aberta e instituição fechada* – O fechamento do manicômio corresponde a abertura de uma nova instituição, a instituição aberta. Nela, o poder institucional não tem como norte a normalização dos sujeitos, mas não significa que é destituída de normas. O trabalho é criar essas normas, negociá-las, mediá-las em consenso com o usuário, para que ele possa ser protagonista de sua reabilitação psicossocial.
- III. *Exercício do poder* – As instituições são estruturadas por hierarquias de poder, isso enrijece as relações, produz alienação e falta de autonomia. O abuso do poder podia ser visto, por exemplo, em técnicas como medicalização demasiada e uso de eletrochoque. A mudança nas relações de poder, para acontecerem, devem se dar no regime formal mas também no informal, na vivência do cotidiano.
- IV. *Manter as contradições abertas* – As instituições não se mantêm inteiramente abertas o tempo todo, a abertura e o fechamento variam de

acordo com um movimento natural das relações, porém é preciso manter as contradições à vista, abertas e isso se dá através da realização de constantes reuniões de equipe, da realização de assembleias com os usuários, entre outras manobras. “Mesmo que não seja possível o tempo todo, o consenso deve ser o norteador das ações.” (p. 4).

- V. *Ação prática* – Um dos percursos para a cidadania é a participação do sujeito na norma, na construção e ação dela. A autonomia é alcançada através da saúde, participação e da cidadania. O processo de desinstitucionalização é um desafio, portanto, para tal, é preciso assegurar o compromisso dos profissionais do SUS com os direitos dos usuários, considerando a desinstitucionalização um eixo ético-técnico-político da prática desses profissionais.

No processo de desinstitucionalização é imprescindível o exercício do poder do usuário, de forma que possibilite ele a adquirir sua própria voz e a recuperar a responsabilidade sobre sua vida. É preciso construir um lugar social para a emancipação desses sujeitos, uma emancipação que é necessariamente coletiva.

Em 1986, em São Paulo, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um modelo alternativo ao modelo hospitalar, que se dispôs a seguir estes princípios de desinstitucionalização anteriormente citados. Os CAPS, segundo Amarante e Nunes (2018), cumprem a função de ofertar cuidado intensivo a usuários com quadros psiquiátricos graves ou leves sem fazer o uso da internação, ou seja, oferecendo reabilitação psicossocial e cuidado em liberdade. Ele foi dividido, basicamente, em CAPS Adulto (ou CAPS III), CAPSad (Álcool e outras drogas) e CAPSi (infantil ou infanto-juvenil), para melhor atender as especificidades dos casos.

Outros dispositivos e programas como este, chamados de *serviços substitutivos*, foram criados e hoje existem em vários municípios do país. Um deles é a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo qualificar o cuidado por meio do acolhimento, da atenção em situação de urgência e do acompanhamento contínuo. Também existem os Hospitais-Dia, Centros de Referência, Centros de Convivência e Cultura, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Oficinas Terapêuticas, SRT – Serviço de Residência Terapêutica (já mencionado aqui), Programa De Volta Para Casa, concessão do benefício do LOAS – Lei Orgânica de Assistência

Social, Política de Redução de Danos, NAABS – Núcleo de Apoio a Atenção Básica, entre outros.

1.4 O fenômeno “porta giratória”

O fenômeno “porta giratória” é designado na literatura estrangeira como *revolving door* e se caracteriza, segundo Gusmão *et al.* (2017), como uma sucessão de internações hospitalares como maneira exclusiva de abordar o sofrimento mental. O sujeito em sofrimento mental, influenciado pela sociedade manicomial, se interna em uma clínica ou hospital psiquiátrico particular, pensando que lá receberia tratamento e sairia melhor ou sem o sofrimento mental inicial. Este sujeito recebe algum tratamento psiquiátrico, psicoterápico (e/ou outros) durante o tempo designado para sua internação, fica em estado de isolamento (na lógica asilar) e, então, a clínica dá alta sem que o tratamento fosse efetivo para o sujeito, não há uma construção em conjunto.

O fenômeno prevalece da lógica da “ambulancioterapia”, em que ocorre sistematicamente o encaminhamento de pacientes a hospitais psiquiátricos (CONSOLI, 2009 apud GUSMÃO *et al.*, 2017, p.6), ele detém a fórmula transformada em ciclo vicioso: internação-alta-reinternação, o que coloca a alta como chave central da questão das reinternações.

Uma vez que o tratamento não foi efetivo para o paciente, ao se deparar com a volta a sociabilidade, o encerramento do isolamento, suas questões e seus produtores de sofrimento podem voltar à tona, porque a internação apenas produziu um afastamento desses fatores, não uma resolução dos conflitos, o paciente então não suporta sua própria realidade e usa o recurso da reinternação para amenizar seu sofrimento mental.

A reinternação, assim como a primeira internação, não será efetiva, uma alta surgirá em algum momento inapropriado e o sujeito repetirá o ciclo de não conseguir lidar com sua realidade e precisar se afastar dela, novamente recorrendo a internação em clínica psiquiátrica.

O cuidado da saúde mental em liberdade tem outra proposta, por mais que o afastamento dos “problemas” possa surtir, em alguns casos, em uma pequena sensação de alívio do sofrimento mental, essa sensação é passageira e líquida. A liberdade proporciona um tratamento em que sua vida e sua sociabilidade não têm interrupções, o que ajuda a lidar com as questões do sofrimento mental enquanto vive ele, vive a vida e

vive em sociedade. Portanto, não é um tratamento rápido para pacientes com diagnósticos crônicos e não crônicos, mas é um tratamento eficaz no sentido de que não isola um sofrimento, mas compreende que existe um contexto para o sofrimento, que a vida sempre vai continuar acontecendo e é preciso lidar com ela enquanto ela acontece, caso contrário, o fenômeno da porta giratória se instala e o paciente cria uma dependência de um lugar – o hospital/clínica psiquiátrica – que pode proporcionar uma fuga de sua realidade.

A prática da Reforma Psiquiátrica encontra desafios como esse em sua prática, o fenômeno acabou tornando parte da lógica do processo de desospitalização (MUNIZ *et al.*, 2014). Ocorre uma falha quando o processo de desinstitucionalização não acompanha na mesma proporção a redução de leitos psiquiátricos e que isso ocasiona o fenômeno da porta giratória, segundo De Pinho Zanardo (2016). Não é possível ofertar um tratamento digno quando as duas ordens estão vigentes ao mesmo tempo, quando a lógica manicomial não foi dizimada. Ainda traz que sujeitos com menor vínculo social (família, amigos, comunidade) são mais suscetíveis ao fenômeno.

O índice de reinternação deve ser visto também como um problema social, ou seja, como agir para reintegrar este grande número de pacientes que recebem alta e são sucessivamente re-internados e recebem alta outra vez voltando para a comunidade. (CONTEL, 1994 apud SANTOS, 2007 p.19)

Segundo Santos (2007), em seu estudo sobre a ocorrência do fenômeno na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, os quatro diagnósticos mais encontrados em homens foram esquizofrenia e transtornos relacionados ao álcool e, em mulheres, episódio maníaco de transtorno afetivo bipolar e transtornos de personalidade. O autor reforça que devido à falta de estudos não há um consenso sobre a definição do número de reinternações para considerar parte do fenômeno, cada estudo isolado usa sua própria métrica. O autor resgata o estudo Noronha, Portela e Lebrão (2004) que compara Ribeirão Preto com os Estados Unidos e destaca que o tempo de permanência hospitalar em Ribeirão era muito inferior ao dos Estados Unidos, o que aponta que é preciso melhor averiguar as condições em que as altas hospitalares estão sendo dadas, podendo dizer que ocorre alta hospitalar precoce. Já Ramos (2011), corrobora esta tese ao estudar as reinternações psiquiátricas no estado de Rio Grande do Norte, quando afirma que a desassistência pós alta foi o segundo fator apontado como causador de porta giratória pelos sujeitos de sua pesquisa.

A desinstitucionalização não é a desospitalização, os autores Santos (2007) e De Pinho Zanardo (2016) dialogam quando apontam para o (semi) fechamento dos hospitais psiquiátricos, que mantém vigente a lógica hegemônica. “O fechamento dos hospitais sem serviços alternativos na comunidade é tão arriscado como criar serviços alternativos sem fechar os hospitais.” (SANTOS, 2007, p.73).

As estratégias de desinstitucionalização evitam o sofrimento causado nos pacientes vítimas do fenômeno, um serviço substitutivo que comprovadamente produz a reinserção social são as Residências Terapêuticas, por exemplo, que compõem a rede de atenção psicossocial do SUS.

2. MÉTODO

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória do tipo bibliográfica. O procedimento metodológico para estudar fatores humanos no campo da saúde é a pesquisa exploratória. “Nesse enfoque, a pesquisa constituiria o passo inicial a subsidiar o planejamento de programas de saúde direcionados para a mudança de comportamento de indivíduos”, segundo Piovesan; Temporini (1995) (p. 320). Ademais, este recurso metodológico tem como objetivo conhecer o objeto de estudo tal como este se apresenta, o contexto em que está inserido e seu significado.

Quanto aos procedimentos, foram pesquisados artigos nos seguintes periódicos:

- Revista da Escola de Enfermagem – USP;
- REME – Revista Mineira de Enfermagem;
- Interface: Comunicação, Saúde e Educação;
- Revista Humanidades;
- Psicologia & Sociedade.

As palavras-chave utilizadas foram: porta giratória; reinternação psiquiátrica e reforma psiquiátrica.

Os critérios de inclusão adotados foram artigos publicados no Brasil, em língua portuguesa, datados dos últimos vinte anos (2002-2022), sob a justificativa dos vinte anos da Lei nº 10.216/2001, que reconhece os direitos do portador de transtorno mental, e que se referissem ao fenômeno da porta giratória.

Os dados foram analisados utilizando a metodologia da análise sócio-histórica, a partir de núcleos de significação. O método da Psicologia Sócio-Histórica, segundo

Aguiar e Ozella (2006), nasce da necessidade de uma teoria que faça mediação entre o método materialista histórico e os fenômenos psíquicos, conforme reflexões do autor Vygotsky. A ciência desta perspectiva leva consigo a ideia da "inseparabilidade do lógico, da base material, da dialética e do histórico" (p. 224), carrega também consigo o compromisso com a crítica radical das visões reducionistas, subjetivistas e objetivistas, assim como a importância da noção de historicidade, dos processos e da mediação. O empírico é ponto de partida, entendendo que se deve ir além da mera descrição dos fatos, buscando explicar o processo de constituição do objeto estudado (o Homem) - ou seja, estudando-o em seu processo histórico. Aguiar e Ozella (2006) também atentam para o fato de não poder construir um método de investigação alheio a uma concepção de homem. Deste modo, a Psicologia Sócio-Histórica considera o homem constituído em uma relação dialética com a História e com o social, sendo, indissociavelmente, único, singular e histórico.

O início da nuclearização se dá através da seleção dos pré-indicadores: temáticas que se repetem, que detêm sua importância enfatizada pelo autor, etc; de sua aglutinação: reconhecimento de sua similaridade, complementaridade e/ou contraposição; e, por fim, da seleção dos indicadores que se transformarão em núcleos que darão início ao processo de análise. Os núcleos de significação geralmente nascem de um processo de articulação cujo os critérios de similaridade, complementaridade e/ou contraposição dão abertura a verificação das transformações que acontecem no processo de construir sentidos e significados dentro da Psicologia Sócio-Histórica.

Quadro 1 - Lista dos artigos selecionados para análise:

Nº	Título	Referência	Ano
1	Reinternação em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano	SALLES, M. M.; BARROS, S. Revista da Escola de Enfermagem , v. 41, n. 1, p. 73–81.	2007
2	O fenômeno de Revolving Door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro	PARENTE, C. J. DE S.; MENDES, L. P. F.; SOUZA, C. N. DOS S.; <i>et al.</i> Reme: Revista Mineira de Enfermagem , v. 11, n. 4, p. 381–386.	2007

3	Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental	RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Interface: Communication, Health, Education , v. 15, n. 37, p. 519–527	2011
4	Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte	RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. Remem: Revista Mineira de Enfermagem , v. 17, n. 2, p. 434–439.	2013
5	Revolving Door – Reinternação Psiquiátrica Hospitalar	GUSMÃO, R. O. M.; JUNIOR, R. F. DA S.; ALVES, A. P. DE O. N.; <i>et al.</i> Revista Humanidades , v. 6, n. 2, p. 1–10	2017
6	Porta giratória no acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas: desafios e manejos	GOMES, J. C.; SILVA, A. P. S. DA; CORRADI-WEBSTER, C. M Psicologia & Sociedade (Online) , v. 33, p. 1-17.	2021

Fonte: elaborado pela autora.

3. ANÁLISE E RESULTADOS

No movimento de síntese aqui proposto, durante a leitura dos artigos, com base na metodologia proposta, foram levantados pré-indicadores, seguidos de indicadores que deram vida aos seguintes núcleos: *“Pessoa estranha, sem direitos, identidade e esperança de saída”* que aborda sobre a ocorrência e as vítimas do fenômeno; *“A porta que gira: O processo de internação-alta-internação”* que aborda sobre a manutenção do fenômeno; *“A falta e a presença dos serviços da rede de atenção à saúde mental”* que traz os destaques que os autores levantam sobre a importância e os impasses da rede de serviços substitutivos e a maneira que o SUS os oferece.

O critério de tempo e reincidência no hospital/clínica psiquiátrica é indefinido, cada estudo relembra esse aspecto e o aborda através de um critério diferente, haja visto que a pesquisa que aborda o tema, em geral, não tem um critério universal definido. Me referirei aos artigos como artigo 1, 2, 3, 4, 5 e 6 segundo a tabela de artigos criada em Método, que segue a linha crescente do tempo segundo os anos de publicação.

3.1 Pessoa estranha, sem direitos, identidade e esperança de saída

Os estigmas e preconceitos enfrentados por pessoas que já foram internadas em clínicas e hospitais psiquiátricos mancham a reputação social das mesmas. Os artigos 1, 3 e 6 abordam sobre isso, postulam sobre como a sociedade (e isso inclui a rede de relações interpessoais, como a família, por exemplo, e o meio em que se está contextualizado) passa a ter um tratamento diferenciado com esses egressos, em que desagregam valor social a eles. Isso não se trata somente da permanência no hospital, mas da loucura e do espaço de compreensão social destinados a ela, conforme visto na literatura de introdução, passando pelas transformações da noção de saúde/loucura estudadas por Pinel, Amarante, entre outros autores citados.

No artigo 1, em que a pesquisa se trata de entrevistas com pacientes em porta giratória e seus familiares, os pacientes demonstraram se questionar sobre o que os caracteriza como “loucos” e relataram abuso de poder da família, como quando são internados por ocorrência de uma simples briga pessoal, evidenciando uma superioridade daqueles que não detém diagnóstico psiquiátrico sobre os que detém:

Atualmente, o triunfalismo da psiquiatria biológica ameaça reduzir a clínica psiquiátrica à mera aplicação apriorística de condutas: feita a equivalência entre os sintomas observados pelo médico e o diagnóstico determinado nos sistemas de classificação, está dada a conduta, prescindindo-se do sujeito e de suas circunstâncias. (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p.31)

Os familiares dizem que os comportamentos que definem a loucura são os percebidos por quem convive com os ditos “loucos”, trazem como exemplo quadros psicóticos, alucinações, delírios, higiene excessiva (ou falta dela), gritos, xingamentos, falta de controle dos bens próprios (como dinheiro, por exemplo). O paciente é visto como uma ameaça à regra social, o psiquiatra enquadra o paciente num diagnóstico e isso dá subsídio para os familiares seguirem com esse tipo de tratamento e visão sobre eles, então a sociedade passa a ter descrença, medo, vergonha e tutela sobre essas pessoas. O sujeito é, portanto, reduzido a uma pessoa estranha, sem direitos, identidade, prognóstico e sem esperança de saída. Quanto maior o número de reinternações, mais as famílias tendem a rejeitar o ente.

O artigo 3 traz que repetidas experiências de reclusão podem desencadear rupturas nos laços familiares e sociais, pois conforme Salles e Barros (2007, p.74) “durante a

internação se desaprendem as regras básicas de convivência e, ao sair, a pessoa fica marcada pelo estigma e preconceito”.

O artigo 6 aborda o fenômeno da porta giratória em uma Uai – Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, entrevistando profissionais dela e de seu CAPSiAD de referência. O fenômeno é reconhecido com grande ocorrência por seus profissionais, que - dialogando com o artigo 1 – expõem sobre como é a reação das famílias frente aos egressos: as famílias deixam o cuidado exclusivamente à cargo de uma instituição, não compreendendo a Política de Redução de Danos, o caráter voluntário do acolhimento no SUS e a importância de manter contato permanente com o menor. Afirma que a falta dessas ações interfere na volta do adolescente ao convívio com a família e seu entorno, que é necessária a conscientização da família de que, além do usuário do serviço, ela também precisa de cuidado, preparo e transformação:

Segundo Belotti, Fraga e Belotti (2017), a não adesão dos familiares ao cuidado pode estar associada a diferentes fatores: busca por tratamentos e soluções rápidas, entendimento da internação e abstinência como única alternativa de tratamento refletindo o discurso hegemônico biomédico; falta de informação da família sobre modelo de atenção psicossocial (GOMES *et al.*, 2021, p.8)

As vítimas do fenômeno são caracterizadas nos artigos 1, 2 e 3. No artigo 1, como predominantemente pessoas com transtornos relacionados a alucinações e delírios persecutórios – e traz o dado de que, na instituição estudada, 32% das pessoas com quadros psicóticos se reinternaram após quatro meses de alta. No artigo 2, não há uma concordância sobre a predominância entre homens e mulheres, mas é mencionado que diferentes estudos apontam diferentes predominâncias (o que evidencia a falta de maiores estudos sobre o tema), porém há o dado, se tratando de uma amostra de pacientes de duas instituições psiquiátricas do Piauí - selecionadas para a pesquisa - que os pacientes readmitidos com maior relevância, nessas duas instituições, são:

- 64,1% homens e 35,9% mulheres
- 80,1% na faixa etária de 20 a 49 anos
- 78,2% sem relacionamento conjugal
- 75,6% procedentes da capital
- 59,3% com problemas relacionados a Dependência Química

- 28,8% de pessoas com algum tipo de transtorno delirante (o autor destaca para maior reincidência dos Transtornos de Esquizofrenia)

O artigo 3 sugere que a porta giratória ocorre com mais frequência em pacientes crônicos e com maiores e outros comprometimentos de saúde, também aponta que a mudança de perfil das readmissões pode se dar pelo aumento da complexidade dos casos, a resistência frente a outros tipos de tratamento e o aumento de internações por mandados judiciais. O artigo 6 traz sujeitos que, em 95% dos casos, estão ligados ao sistema judiciário e, dialogando com o artigo 3, é levantado o recorte de que muitas vezes o judiciário somente encaminha o menor para o dispositivo sem realmente avaliar se existem questões de saúde mental, movimento como o de empurrar para outra instituição a responsabilidade sobre o cuidado com esses sujeitos, sem se importar com uma avaliação fidedigna, o que leva a conclusão:

"É necessário uma judicialização engajada militante que promova a garantia de direitos e dignidade. Caso contrário, corre-se o risco da judicialização da saúde mental promover a institucionalização, estigmatização e medicalização da conduta" (GOMES *et al.*, 2021, p.12)

3.2 A porta que gira: o processo de internação-alta-internação

Todos os artigos abordam sobre o ciclo da internação-alta-internação e, se tratando de alta/tratamento, tratam, portanto, de algumas noções de cura envolvidas nesse tópico. A cura não é algo almejado pelo tratamento que segue os princípios de saúde mental do SUS, o que é almejado é a liberdade de viver, os direitos assegurados, a cidadania, emancipação e singularização do paciente – desenvolver um trabalho que leve em conta as particularidades de cada sujeito, que é mais efetivo.

No artigo 1, com relação aos pacientes entrevistados, é possível perceber que o discurso manicomial se encontra muito presente, no formato da compreensão de que a internação e o isolamento social são formas de tratamento efetivas em saúde mental. No discurso dos familiares o quadro piora, existe quase a unanimidade de que a internação/isolamento é a melhor forma de tratamento. Para alguns familiares a internação é um alívio, um descanso de ter que lidar com a pessoa com transtorno mental, por isso preferem terceirizar esse cuidado entregando-o na mão da institucionalização. Os artigos 1 e 5 tratam da alta como momento de muita angústia para o paciente, pois é na

volta despreparada ao meio social onde muitas vezes se encontram os problemas que afetam o sujeito. Isso também aparece nos artigos 2, 3 e 6 que abordam sobre os vínculos familiares e sua importância, atentando para o fato de que as famílias se sobrecarregam muito no período de alta, que a alta desencadeia incompreensão familiar e rejeição, o que leva a reinternação.

As sensações de tranquilidade e alívio, experimentadas pelo familiar devido à internação da pessoa com sintomatologia psiquiátrica presente é um fator impactante na preferência de familiares pela transferência total da responsabilidade do cuidado para o hospital, evidenciando a fragilidade do conceito de “cura” da doença mental, que atribui um caráter natural à ruptura dos laços familiares e do convívio social provocados pela internação (RAMOS *et al*, 2011, p. 523)

Ao mesmo tempo que os pacientes entrevistados do artigo 1 não querem ficar no hospital, eles compreendem que a internação é uma alternativa para se manter vivo. Alguns deles citam a disciplina como boa conduta dentro da internação, pois lá conseguem manter a rotina do tratamento com remédios nos horários certos e/ou atendimentos psicoterápicos e outros, cuidados que não conseguem sustentar sozinhos, fora da internação. Alguns pacientes compreendem que o “tratamento” não se reduz a questões médicas como medicação e atendimentos, eles reconhecem que o jeito de viver a vida também é um tratamento, portanto é preciso se assegurar de direitos básicos como moradia, alimentação, emprego, manutenção de vínculos, cuidar dos outros âmbitos da saúde, traçar objetivos de vida e ter lazer. O processo de “cura” é entendido como construção de possibilidades de escolha.

Já no artigo 2, é postulado que o modelo reformista da assistência psiquiátrica traz como contraponto as sucessivas reinternações, configurando o fenômeno da porta giratória. Essas reinternações são contextualizadas como um processo que envolve a família, o hospital, a comunidade e o paciente.

O artigo 3 dialoga com a afirmação anterior quando aponta que uma das principais dificuldades da Reforma Psiquiátrica é a porta giratória, juntamente com as crenças a respeito do saber/fazer psiquiátrico. No artigo 5 é mencionado isso quando aborda que a porta giratória acontece devido a compreensão da internação como única abordagem do sofrimento psicossocial.

Ele explica como ainda prevalece a lógica da ambulancioterapia, que é, nesse contexto, o encaminhamento sistemático de pacientes psiquiátricos para a internação, e nisso se instaura o ciclo internação-alta-internação, com falhas no cuidado. Este artigo também coloca como determinantes do fenômeno: a centralização das ações no modelo de atendimento clínico e a medicalização dos sintomas. O artigo 5 atenta que para superar o fenômeno é preciso a definição de uma política que realize altas assistidas nos serviços de saúde mental, em que os profissionais consigam realizar trocas e trabalhar em rede.

O artigo 6, se tratando especificamente de menores de idade com problemas relacionados ao uso de substâncias, traz o recorte de que a recorrência do fenômeno está ligada a demanda do usuário em se adequar ao serviço, quando deveria ser o contrário: um serviço que leve em conta as particularidades do sujeito. Isso evidencia uma rede insensível as necessidades individuais de cada usuário. Este artigo também traz enfoque na questão do subfinanciamento estatal com relação à rede pública de atenção em saúde mental, que leva os dispositivos a procurarem financiamentos privados e isso conflita com a maneira de atuação e os princípios regidos pelo SUS, muitas vezes propondo ações de cuidado mais ligados a lógica hegemônica do tratamento asilar, não dando espaço para atuação em rede e cuidado em liberdade.

Todos os artigos levantam que o fenômeno da porta giratória é produzido por desarticulação da rede, promoção da institucionalização, falta de conhecimento e acesso aos serviços substitutivos, falta de vínculos interpessoais, falta de preparo das instituições com relação a demandas específicas e, também, ausência de conhecimento dos próprios profissionais da rede sobre o funcionamento da unidade e os princípios norteadores das ações. O fenômeno continuará ocorrendo se não passar a existir uma corresponsabilização e interlocução contínua do cuidado, para reduzir as sobreposições de ações entre os serviços, o que promove descontinuidade do tratamento.

3.3 A falta e a presença dos serviços da rede de atenção à saúde mental

Os artigos 1, 2 e 3 discorrem sobre como, no movimento de implementação da Reforma Psiquiátrica, há uma brecha que permite que os modelos manicomial e substitutivo coexistam porém, essa coexistência não é benéfica para a Reforma. Eles explicam que o modelo substitutivo não pode existir enquanto o modelo manicomial

ainda não é abolido, pois este impede seu pleno funcionamento, fazendo a Reforma regredir:

Assim, o fechamento dos hospitais, ou a redução de leitos sem serviços alternativos na comunidade para atender à demanda, é tão arriscado como criar serviços alternativos sem promover medidas para diminuição de internação integral em hospitais psiquiátricos. Ambos devem ocorrer simultaneamente. (PARENTE *et al.*, 2007, p.385)

Em todos os artigos, a questão central é a falta de conhecimento, acesso e aderência do público acerca dos serviços substitutivos que existem em saúde mental. A falta de conhecimento se dá pelo sucateamento da promoção à saúde como um todo; a falta de acesso pode se dar pela não existência desses serviços em áreas geograficamente não centrais do país, aos quais os recursos direcionados são escassos e há poucas (ou nenhuma) unidades desses serviços nas regiões; a falta de aderência pode se dar à resistência aos tratamentos em liberdade (por parte do sujeito e/ou da família) – muito pela lógica do prender, que ainda prevalece.

Porém, no artigo 4, é evidenciado a mudança que a presença desses serviços pode provocar: o artigo afirma que no Rio Grande do Norte, a expansão dos serviços substitutivos ao longo dos anos proporcionou, num período de 4,5 anos, a redução de 6,57% da taxa de porta giratória no hospital estudado na pesquisa. A pesquisa se trata de entrevistas com os funcionários do hospital, que mostram que entendem de onde vem essa mudança:

"Eu acho que agora já não tem aquele índice muita gente indo e voltando. Tem gente que quase nem volta mais. Mudança, né? Do CAPS (*HEZE*)" (RAMOS; GUIMARÃES, 2013, p.436)

É levantado, no artigo 1, que as famílias confiam no dispositivo Hospital-Dia pois mantém os usuários lá dentro e não há inércia (*sic*) para eles, havendo atividades diversas durante os dias. Essas famílias dizem achar isso melhor do que mantê-los em casa (à cargo dos cuidados deles) ou que eles fiquem “vagando” pela rua. Porém, os usuários apontam que, às vezes, o HD é só entretenimento (*sic*), que só ficam fazendo atividades como pintura, mas que ainda se sentem mantidos, podados, dentro de um hospital. É importante compreender a potência das oficinas terapêuticas, porém elas devem ser acompanhadas de um propósito muito bem arquitetado e previsto em PTS – Projeto Terapêutico Singular

(desenvolvido a cada usuário de maneira única) e da colaboração do usuário em expor seus incômodos e opiniões sobre a efetividade das atividades:

As oficinas são constituídas por princípios específicos, ou seja, a partir da reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico em seu meio social respeitando a singularidade de cada um, as suas peculiaridades e regionalidades. A atividade ofertada nas oficinas terapêuticas nem sempre é o que garante a presença do usuário, mas também, a possível inserção no social. Este espaço pode ser visto pelo usuário como um local de trocas, um momento para aliviar as tensões, gerar renda, ou até mesmo a reunião informal que ocorre antes do início da atividade proposta na oficina que é entrelaçada de encontros possíveis (KANTORSKI *et al.*, 2011, p. 9)

O artigo 2, com sua amostra sobre o Piauí, afirma que houve uma taxa de 55% de porta giratória nos hospitais estudados, em 2004. O artigo levanta a reflexão de que o processo de desinstitucionalização, quando não há a redução de leitos psiquiátricos (e quando os modelos manicomial e substitutivo coexistem, como visto anteriormente) se torna apenas desospitalização. A desospitalização pode ser entendida como simplesmente a retirada da internação hospitalar sem oferta de atendimento extra hospitalar, enquanto a desinstitucionalização leva em conta o pós alta, considerando o suporte, atenção e cuidado que deve ser dado ao sujeito: tanto para que ele não se reinterne, configurando o fenômeno da porta giratória, quanto para que não tenha meios de se reinternar na lógica asilar de antes. O artigo 2 (assim como o 4 e o 5) transpassam que a desinstitucionalização tem por objetivo dar recursos, mesmo que mínimos, para o sujeito em sofrimento mental alcançar cidadania e independência.

O Piauí, foi constatado no estudo, reduziu leitos, mas não implementou serviços substitutivos suficientes, o que pode ter contribuído com as reinternações. Segundo o estudo, a região contava com apenas 1 CAPSad e 1 CAPSi – para uma população de 715.360 habitantes no ano de 2000.

Nos artigos 3, 5 e 6 é ressaltado que esses tratamentos de base comunitária são compreendidos como a garantia da livre circulação das pessoas com transtornos mentais e é necessário ações territoriais que precisam se articular entre si, promovendo o trabalho em rede. É preciso buscar o cumprimento da meta de a internação ser compreendida como "o último recurso, terapêutico, quando nenhuma outra estratégia alcançou resolubilidade da situação vivenciada" (RAMOS *et al.* 2011, p.522), é preciso responsabilidade com a

desmistificação do imaginário de ser louco. Os artigos 3 e 6 também deduzem que, já que a conquista na diminuição das internações psiquiátricas se deve a articulação da rede de saúde mental, o fenômeno da porta giratória evidencia a desarticulação da rede. É preciso comunicação entre os serviços.

O artigo 4, em pequeno contraponto, afirma que não é só a desarticulação da rede de atenção que produz e endossa o fenômeno, é também, como já dito, a resistência da lógica manicomial na sociedade, no sujeito em sofrimento mental, na família, nas relações, na política, na cultura, etc. O estudo concluiu que, no Rio Grande do Norte, a expansão dos dispositivos de atenção psicossocial vem promovendo, de forma gradativa e lenta, a redução dos índices de reinternação.

Já na leitura dos artigos 5 e 6 é levantado outro ponto imprescindível: há falta de organização e sistematização de dados com relação ao fenômeno da porta giratória, o que dificulta seu estudo e obtenção de maiores informações, até sobre quais estratégias utilizar para evitar sua ocorrência. Não há uma separação de dados que foque na análise dos reincidentes levando em conta a existência do fenômeno, pois este mesmo é pouco divulgado e tem-se pouco interesse político em resolvê-lo. É preciso uma construção coletiva de interesse neste combate, que envolva não só o sistema de saúde, de segurança (no caso do artigo 6), mas da sociedade como um todo.

Em resumo, os artigos perpassam os mesmos tópicos quando se trata de sugestões para minimizar o fenômeno da porta giratória: maior promoção à saúde mental e aos serviços ofertados pelo SUS; planejamento geográfico dos serviços, bem como equipe disponível e treinada; investimento político e aplicação de recursos econômicos; maior articulação da rede de atenção em saúde mental; maior investigação acerca do fenômeno; maior adesão ao tratamento por parte do usuário (seja medicamentoso, terapêutico, qual for); maior suporte social aos estigmatizados pela loucura e suas famílias; percepção menos negativa sobre a própria doença; entre outros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que a Lei de direitos do portador de transtorno mental foi promulgada em 2001 não há muita atenção, em estudos acadêmicos, sobre o fenômeno da porta giratória. Todos os estudos aqui esmiuçados, seguindo a lógica crescente dos anos de publicação, acabam por se referenciar uns nos outros e concluem as mesmas coisas:

Falta maiores registros e dados sobre as ocorrências do fenômeno nas instituições, o que contribuiria com o desenvolvimento de mais estudos. Falta acesso, conhecimento e aderência a rede pública de atenção à saúde mental, seu funcionamento e, também, apoio familiar e da comunidade nesse tratamento que muitas vezes é interrompido bruscamente, gerando prejuízos. Dentro da rede pública de atenção à saúde mental, existem as resistências manicomiais (e boicotes econômicos) que fazem com que o acolhimento e o trabalho coletivo se enrijeça, não proporcionando um cuidado em rede, dialogado entre a rede e com o sujeito, mas um cuidado individualizado, individualizante e focado apenas na medicalização, do qual os profissionais devem sempre trabalhar para se afastar, ou seja, há também a demanda da formação desses profissionais inclusive sobre a existência e ação frente ao fenômeno.

O subfinanciamento estatal aparece como grande fator que contribui para o fenômeno no artigo mais recente sobre tal (2021), onde se aborda sobre como a falta de recursos para exercer um bom trabalho na rede de saúde pública acaba por demandar que os recursos venham de fora – empresas e iniciativas privadas. Porém, essas empresas e iniciativas muitas vezes não tem os princípios condizentes com os do SUS, podendo atuar com base na lógica biomédica hegemônica, que descarta os valores da Reforma Psiquiátrica e considera a lógica asilar o melhor “tratamento” – esses posicionamentos perduram principalmente se essas empresas e iniciativas lucram mais com essa lógica, e só resta aos serviços se submeterem à ela.

Os dados sobre as vítimas do fenômeno se tornam aleatórios e isolados uma vez que não há estudos e registros suficientes para se traçar um perfil dos sujeitos sobre a temática no país, sequer um consenso sobre a métrica aplicada nas pesquisas que se propõe a explorá-lo melhor. Essa é uma falha gigante dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica, pois o fenômeno da porta giratória é justamente um efeito colateral do movimento de desinstitucionalização da lógica manicomial para o acolhimento e tratamento em liberdade. Uma transição tão complexa demandaria ações frente aos novos assujeitamentos e novas maneiras da lógica manicomial hegemônica de resistir, mas não há grandes ações públicas (muito menos privadas) sendo direcionadas contra o fenômeno.

Também é válida uma proposta de reflexão sobre a terminologia do fenômeno (porta giratória) e se esta não acaba, em alguma medida, por naturalizar o acontecimento.

Portanto, a não atuação frente ao fenômeno da porta giratória impede o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira como um todo, uma vez que passam a coexistir os

modelos manicomial e substitutivo, não permitindo espaço para que o modelo substitutivo ganhe força ao não abolir o modelo manicomial para que o substitutivo exista e funcione plenamente, além de que o Brasil tem demonstrado muito regresso nas políticas relacionadas a Reforma Psiquiátrica.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. **Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 26, n. 2, p. 222–245, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*. 3ª ed., p. 1-119 Rio de Janeiro, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.

AUGUSTO, M. H. O. **Natural, Racional, Social: Discussão de uma sociabilidade**. *Rev. Sociologia da USP*, v. 1, n. 1, p. 247–257, 1989.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Artigo 196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 15/11/2021.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesos em: 10/04/2022.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. **Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 1, p. 87–94, 2011.

CARTA DE BAURU, **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Manifesto de Bauru**. 1987. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>. Acesso em: 03/04/2022.

CFP. **Nota contra o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas**. Conselho Federal de Psicologia, 2020. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/contracolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 11/9/2021.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf> Acesso em: 13/01/2022.

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 14, nº54, p.7-11, 1982.

DE PINHO ZANARDO, G. L.; MORO, L. M.; FERREIRA, G. S.; ROCHA, K. B. **Factors associated with psychiatric readmissions: A systematic review.** Psychology of Health, v. 28, n. 69, p. 1–10, 2018.

DE PINHO ZANARDO, G. L. **Reinternações psiquiátricas: Análise das características sociodemográficas, clínicas e do uso da rede de atenção psicossocial de usuários com transtornos mentais.** p. 1–39, 2016.

DICTIONARY OF PSYCHOLOGY, A. **REVOLVING DOOR PHENOMENON.** Disponível em: <<https://dictionary.apa.org/revolving-door-phenomenon>>. Acesso em: 31/10/2021.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. **O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 1, n. 1, p. 29–43, 2002.

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública,** 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>> Acesso em: 31/10/21.

GOMES, J. C.; SILVA, A. P. S. DA; CORRADI-WEBSTER, C. M. **Porta giratória no acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas: desafios e manejos.** Psicologia e Sociedade (Online), v. 33, p. e227932–e227932, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%0Apid=S0102-71822021000100212>. Acesso em: 09/04/2022.

GUSMÃO, R. O. M.; JUNIOR, R. F. DA S.; ALVES, A. P. DE O. N.; *et al.* **Revolving Door - Reinternação Psiquiátrica Hospitalar.** Humanidades, v. 6, n. 2, p. 1–10, 2017.

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; DEMARCO, D. DE A.; *et al.* **A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial.** Journal of Nursing and Health, v. 1, n. 1, p. 4–13, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3401>>. Acesso em: 22/05/22.

KOIFMAN, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense.** História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 49–70, 2001.

MARIGHELLA, C. **Liberdade.** São Paulo, Presídio Especial. 1939. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marighella/1939/mes/liberdade.htm>>. Acesso em: 24/08/2021.

MARTINS, M. E. R.; ASSIS, F. B.; BOLSONI, C. C. **Ressuscitando a indústria da loucura?!** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. 1–5, 2019.

MENA, Fernanda. **Portaria da Saúde e Edital da Cidadania esvaziam Lei Antimanicomial, dizem entidades.** Folha de São Paulo, 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/04/portaria-da-saude-e-edital-da-cidadania-esvaziam-lei-antimanicomial-dizem-entidades.shtml>>. Acesso em: 23/04/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. DE A. **À S. SAÚDE MENTAL NO SUS: CUIDADO EM LIBERDADE, DEFESA DE DIREITOS E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.** Relatório de Gestão 2011 - 2015, p. 1–86, 2016.

MOROSINI, Liseane. **David Capistrano: Um gênio da luta pela saúde.** Revista Radis. 2014. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/david-capistrano-um-genio-da-luta-pela-saude>>. Acesso em: 19/01/2022.

MUNIZ, P. L.; NOGUEIRA, M. I.; GULJOR, A. P. F. **O FENÔMENO REVOOLVING DOOR: Um desafio à Reforma Psiquiátrica.** Revista de saúde coletiva e bioética Universidade Federal Fluminense - Brasil, v. 06, n. 02, p. 29–46, 2014.

OLIVEIRA, A. R. C. DE; SANTANA, A. S. B.; VIANA, E. S.; *et al.* **REFORMA PSQUIÁTRICA: ORIGENS E ATUALIDADE NO BRASIL.** RECH - Revista Ensino de Ciências e Humanidades - Cidadania, Diversidade e Bem Estar, v. 5, n. 2, p. 493–515, 2019.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** p. 1–300, 2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 11–30, 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores.** Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014.

PARENTE, C. J. DE S.; MENDES, L. P. F.; SOUZA, C. N. DOS S.; *et al.* **O Fenômeno De Revolving Door Em Hospitais Psiquiátricos de Uma Capital do Nordeste Brasileiro.** Reme: Revista Mineira de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 381–386, 2007.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.** Revista de Saúde Pública, v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995.

PONTES, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. **Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?** Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. p.111–150, 2010. Fiocruz, Rio de Janeiro.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE.

Carta de Ottawa. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 20/04/2022.

QUEIROZ, I. S. DE. **Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 21, n. 4, 2001. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002. Acesso em: 20/03/2022.

RAMOS, D. K. R. **Reinternações Psiquiátricas no Rio Grande do Norte:** implicações e impacto das novas estratégias de atenção à saúde mental. p. 1–150, 2011.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. **Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte.** Reme: Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 434–439, 2013.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. **Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental.** Interface: Communication, Health, Education, v. 15, n. 37, p. 519–527, 2011.

SALLES, M. M.; BARROS, S. **Reinternação em hospital psiquiátrico:** A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. Revista da Escola de Enfermagem, v. 41, n. 1, p. 73–81, 2007.

SANTOS, R. D. O. S. **Porta giratória:** conceito e ocorrências nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto - SP. p. 1-89. 2007.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:** história e conceitos. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

UNASUS, Universidade Federal de Santa Catarina. **O início da construção do SUS.** Disponível em:

<https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un03/obj7.html> Acesso em: 31/10/2021.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira,** 2006. Disponível em: <www.cfp.org.br>. Acesso em: 20/08/2021.

6. ANEXOS

Anexo 1:

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822)²⁴	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda • Organização sanitária incipiente	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
Império (1822-89)²⁵	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930)²⁶	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-45)²⁷	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	"Estado Novo" - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
Instabilidade democrática (1945-64)²⁸	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
Ditadura militar (1964-85)²⁹	Internacionalização da economia Milagre econômico (1968-73) Final do milagre econômico Penetração do capitalismo no campo e nos serviços	• Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974) Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79) • Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais • 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84) Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito) Persistência de endemias rurais com urbanização Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste
Transição democrática (1985-88)³⁰	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	• Início da "Nova República" (1985) • Saúde incluída na agenda política • 8ª Conferência Nacional de Saúde • Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária • Assembleia Nacional Constituinte • Nova Constituição (1988)	• INAMPS continua a financiar estados e municípios • Expansão das AIS • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987) • Contenção das políticas privatizantes • Novos canais de participação popular	• Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS • Epidemia de dengue

(Continua na próxima página)

<p>Democracia (1988-2010)²¹</p>	<p>Crise econômica (hiperinflação)</p> <p>Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)</p> <p>Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista</p>	<p>Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a <i>impeachment</i></p> <p>Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco</p> <p>Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)</p> <p>Reforma do Estado (1995)</p> <p>Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores²²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS • Descentralização do sistema de saúde <p>9ª Conferência Nacional de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extinção do INAMPS (1993) • Criação do Programa de Saúde da Família (1994) • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996) • Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS • Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998) • 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde • Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) • Regulamentação dos planos de saúde privados • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000) • Criada a lei dos medicamentos genéricos • Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS • Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000) • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) • Expansão e consolidação do PHC • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003) • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006) • Política Nacional de Atenção Básica (2006) • Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) • 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde • Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (<i>Brasil Sorridente</i>; 2006) • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008) • Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008) 	<p>Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito)</p> <p>Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres</p> <p>Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária</p> <p>Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006) • Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização • Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)
---	---	--	---	---