

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**A ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO TERCIÁRIA E OS SERVIÇOS  
DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL: A  
REINTERNAÇÃO HOSPITALAR E O FLUXO DO USUÁRIO NESTE  
SISTEMA.**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Caren Alves da Silva**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

# **A ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO TERCIÁRIA E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL: O FLUXO DO USUÁRIO NESTE SISTEMA.**

**Caren Alves da Silva**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável . apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Saúde Mental**

**Orientador: Profº Drº Francisco Nilton Gomes de Oliveira**  
**Co Ë orientadora: Drª Nildete Terezinha de Oliveira**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em  
Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho Final de Conclusão .  
modalidade artigo publicável -

**A ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO TERCIÁRIA E OS SERVIÇOS DE  
ATENÇÃO SECUNDÁRIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL: OS INDICES DE  
REINTERNAÇÃO HOSPITALAR E O FLUXO DO USUÁRIO NESTE SISTEMA.**

Elaborado por

**Caren Alves da Silva**

como requisito parcial para obtenção do grau de

**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO  
DE SAÚDE, ÊNFASE Saúde Mental**

**Comissão Examinadora:**

---

**Francisco Nilton Gomes de Oliveira (UFSM)**  
(Presidente/orientador)

---

**Nildete Terezinha Oliveira, Dr<sup>a</sup>. (HUSM, Santa Maria/RS)**

---

**Fábio Becker Pires, Mestre. (HUSM)**

---

**Patrícia Bueno, Especialista (PMSM)**

Santa Maria, 23 de Janeiro de 2013.

## **A ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO TERCIÁRIA E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DA REDE DE SAÚDE MENTAL: OS INDICES DE REINTERNAÇÃO HOSPITALAR E O FLUXO DO USUÁRIO NESTE SISTEMA.**

Caren Alves da Silva; Nildete Terezinha Oliveira; Caroline de Oliveira; Eliane Ferreira Umpierre; Francisco Nilton Gomes de Oliveira.

### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi conhecer o fluxo dos usuários com sofrimento psíquico pelos serviços de atenção secundária e terciária em saúde mental. Trata-se de um estudo transversal, fundamentado na abordagem quanti-qualitativa, sobre o fluxo da rede de saúde mental do município de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados se deu inicialmente pela busca documental no serviço de arquivo da Unidade Psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria e após foram realizadas entrevistas semi-estruturadas através de visita domiciliar. O instrumento de coleta de dados foi composto por questões abertas e fechadas, com vistas a contemplar os objetivos da pesquisa. Foram entrevistadas 17 usuários dos dispositivos da rede municipal de saúde mental, sendo estes egressos de reinternação na Unidade supracitada no período de janeiro a dezembro de 2011, residentes no município da pesquisa e com capacidade cognitiva preservada para responder a entrevista. A análise dos resultados revelou que a maioria dos usuários são encaminhados após alta hospitalar para um único serviço de saúde mental na atenção secundária o que dificulta a inserção dos mesmos em outros serviços da rede e facilita a não adesão ao tratamento e posterior reinternação no serviço de atenção terciária a saúde. Além disso, a pesquisa revela que as informações passadas aos usuários durante a alta hospitalar são poucas e ineficientes para efetivar uma linha de cuidado em saúde mental.

Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Rede de serviços; Usuários.

## **Abstract**

The aim of this study was to understand the flow of users with psychological distress by secondary care services in mental health. This is a cross-sectional study, based on quantitative and qualitative approach, on the flow of the mental health network of macro-and micro-regional municipality of Santa Maria in the state of Rio Grande do Sul. Data collection took place initially in the document searching service file of the Psychiatric Unit of the University Hospital of Santa Maria and after interviews were conducted through semi-structured home visits. The data collection instrument consisted of open and closed questions, in order to contemplate the research objectives. We interviewed 17 users of the devices in the municipal mental health, and these graduates for readmission to the aforementioned Unit from January to December 2011, residents of the city and search with preserved cognitive capacity to respond to interview. The results revealed that most users are sent to hospital after a single mental health service in secondary care which makes the inclusion of such other services in the network and facilitates treatment noncompliance and subsequent rehospitalization in service tertiary health. Furthermore, the survey reveals that the information passed to the users during discharge are few and inefficient to carry a line of mental health care.

Mental Health; Psychiatric Reform; Service Network; users.

## **Introdução**

Este artigo apresenta os resultados da pesquisa sobre o fluxo dos usuários na rede de saúde mental do município de Santa Maria, desenvolvida pelas profissionais do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMIS/UFSM) com ênfase na linha de cuidado saúde mental do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Inseridas no cotidiano da Psiquiatria, em especial na Unidade de internação psiquiátrica Paulo Guedes e observando as reinternações dos pacientes no serviço, sentimos a necessidade de Conhecer o fluxo dos usuários com sofrimento psíquico pelos serviços de atenção secundária em saúde mental no município de Santa Maria após a alta hospitalar.

Diante disso, a pesquisa foi baseada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a qual configura-se como o marco histórico de reformulação ao modelo clássico da psiquiatria, o antigo manicômio, possibilitando a garantia de direitos humanos ao portador de transtorno mental por meio de uma atenção centrada na comunidade e na reinserção do usuário no meio social e familiar.

Assim, a Reforma Psiquiátrica teve seu início no Brasil a partir da década de 1970 quando as instituições psiquiátricas iniciam um processo de mudança na atenção em saúde mental. Dessa forma, em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional em Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, e esses eventos trouxeram novas percepções para a saúde mental baseando-se na desinstitucionalização e desconstrução da abordagem institucional psiquiátrica, bem como mudanças da sociedade nas formas de se relacionar com a loucura.

O processo de mudança na saúde mental ganhou força com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e com a criação do SUS em 1990, o qual constituiu um modelo oficial público de atenção à saúde em todo país, garantindo assistência integral e totalmente gratuita para toda a população. Somando-se a isto o Movimento da Luta Antimanicomial surge com importante ênfase no âmbito cultural instituindo o dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, buscando sensibilizar, mobilizar e articular a sociedade nas discussões em saúde mental, bem como criar dispositivos alternativos de cuidado, abertos e de natureza comunitária.

Seguindo a luta em busca da mudança, em 1992 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e no ano de 2001 a III Conferência de Saúde Mental, movimentos estes que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais. Cabe destacar que o Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros na aprovação da lei que regulamentou a Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 9716/92), servindo de modelo para a legislação federal, a qual foi aprovada mais tarde.

Diante disso, a Política de Saúde Mental é oficialmente instituída no Brasil no ano de 2001 através da Lei Federal No 10.216, tendo como diretriz fundamental a desinstitucionalização e a humanização da assistência, a partir da ampliação da rede ambulatorial de saúde mental, do fortalecimento dos serviços de saúde

substitutivos, proporcionando tratamento ambulatorial e internação em hospital geral, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos usuários.

Evoluindo no cenário de mudanças, em 2002 houve a publicação da Portaria nº. 336/02 e da Portaria nº. 189/02, que atualizaram a Portaria nº. 224/92 incorporando os avanços para uma nova proposta de assistência em saúde mental no país, colocando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos serviços essenciais para as ações em saúde mental.

Em 2004 é realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial e também são aprovadas diversas portarias pelo Ministério da Saúde contemplando a questão da saúde mental, dentre elas a Portaria nº 52/GM (institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS), A Portaria Nº 358/GM (estabelece recursos para a reforma assistencial psiquiátrica nos estados, DF e Municípios), Portaria Nº 1174/GM (destina incentivo financeiro para Centros de Atenção Psicossocial . CAPS), a Portaria Nº 1608/GM (constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes), a Portaria Nº 2.068/GM (destina incentivo financeiro para os Serviços Residenciais Terapêuticos), e a Portaria Nº 2.197/GM (redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde . SUS). (Brasil, 2010).

No ano de 2005 outras portarias vieram para enriquecer a legislação da atenção em saúde mental sendo elas: a Portaria Nº 429/GM (institui o Comitê Técnico Assessor para a Política de Álcool e de Outras Drogas do Ministério da Saúde), Portaria Nº 1.059/GM (destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas . CAPSad), a Portaria Nº 1.169 (destina incentivo financeiro para municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinados a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos), Portaria Nº 1.612/GM (aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas), e a Portaria Nº 2.542/GM (que institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio).

Em 2006, surgem as portarias Nº 678/GM, a qual institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS e a Nº 1.876 instituindo Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O ano de 2008 traz para o cenário da saúde mental a Portaria Nº 154, a qual cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF recomendando que as equipes deste serviço conte pelo menos com um profissional de saúde mental, possibilitando uma importante estratégia para o avanço das ações de saúde mental na atenção primária. Também neste mesmo ano surge a Portaria Nº 1.899 instituindo o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais, o qual vem para elaborar um diagnóstico da atual situação da implantação dos leitos psiquiátricos em unidades hospitalares e sugerir medidas e estratégias para a expansão e qualificação desses leitos.

Entre os anos de 2009 e 2010 as seguintes portarias surgem no cenário nacional para ampliar o aparato legal que transforma a atenção em saúde mental no país: a Portaria Nº 1.190 (institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde . SUS), a Portaria Nº 2.841 ( instituiu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas . 24 horas - CAPS AD III) e a Portaria Nº 2.843 ( cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, visando promover a atenção integral em saúde e saúde mental na atenção Básica).

Mais recentemente em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das redes prioritárias de saúde mental no estabelecimento das estratégias de Redes de Atenção à Saúde na lógica funcional do SUS. Nesse contexto, a Portaria GM nº 3088 veio para instituir a Rede de Atenção Psicossocial . RAPS - para pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas e/ou da ambiência (espaço interrelacional do sujeito com o local, as pessoas e coisas) no âmbito do Sistema Único de saúde. (Brasil, 2012).

Diante disso, a escolha sobre o estudo com os usuários sobre a rede de atenção em saúde mental se deu a partir das vivências práticas das residentes no campo da psiquiatria do HUSM, especialmente na Unidade de internação para Transtornos mentais, por observar que a partir da alta hospitalar a maioria dos usuários não eram encaminhados para outro serviço de atendimento à saúde mental. Sendo assim, as residentes fizeram estudo transversal, fundamentado na



abordagem quantitativo-qualitativa sobre o fluxo dos usuários, a partir da alta hospitalar da Unidade, na rede de saúde mental de Santa Maria.

Portanto, é com base em todos os pressupostos legislativos que as ações em saúde mental das profissionais da RMIS foram desenvolvidas dentro do cenário a Unidade Psiquiátrica- HUSM, compreendendo que apenas o hospital não dá conta da complexidade e das implicações que o sofrimento psíquico traz a vida do usuário necessitando articular-se com toda a rede de atenção em saúde mental.

Neste contexto, o município de Santa Maria conta atualmente com uma rede de serviços de saúde mental que compreende: um CAPS II para transtornos psíquicos graves, dois CAPS AD, um CAPS i, um ambulatório de saúde mental, um serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral público, internações psiquiátricas em hospital geral público, hospital filantrópico com leitos psiquiátricos contratados pelo Estado. Além disso, a rede conta com os serviços de comunidades terapêuticas na região credenciadas pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, as 13 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as 16 Unidades básicas de saúde (UBS).

Ainda, buscando a intersetorialidade para dar conta das demandas em saúde mental o município conta na Política de Assistência Social com três Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dois Centros de Referência Especializados de Assistência Social; Na Educação com as Escolas de educação infantil, Ensino Fundamental e Médio; a Escola Antonio Francisco Lisboa (possibilita assistência clínica e pedagógica a pessoas com deficiência física e mental), uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), AFAB (Associação de Familiares, Amigos e Bipolares de Santa Maria); Na Previdência Social um Instituto de Previdência Social; e Na Habitação com uma Secretaria de Habitação.

Diante disso, buscando verificar se existe uma efetiva política de atenção à saúde mental baseada na humanização da assistência, a partir da ampliação da rede ambulatorial de saúde mental, do fortalecimento dos serviços de saúde substitutivos, proporcionando tratamento ambulatorial e internação em hospital geral, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos usuários, a pesquisa teve como questão principal: Qual a relação entre o fluxo do usuário com sofrimento psíquico pelos serviços de atenção secundária em saúde mental e os índices de reinternação no serviço hospitalar? E como objetivo conhecer o fluxo dos usuários com sofrimento psíquico pelos serviços de atenção secundária em saúde mental.

### **Percurso Metodológico:**

O presente estudo trata de um artigo decorrente da pesquisa realizada pelas profissionais da Linha de cuidado em saúde mental do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

O desenvolvimento da pesquisa juntamente com a intervenção são requisitos para conclusão da formação dos profissionais da RMIS. Para tanto a coordenação do Programa do curso solicita que os residentes intercalem seus estudos em dois níveis de Atenção em saúde. Sendo assim, as residentes (Assistente Social, Enfermeira e Educadora Física) que estavam alocadas na atenção hospitalar desenvolveram seus estudos com os usuários sobre a atenção secundária em saúde.

A primeira etapa foi o desenvolvimento do projeto delimitando os usuários que participariam da pesquisa, sendo estes decorrentes de alta hospitalar da Unidade no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2011. O período escolhido de internação justifica-se por ser o período que as profissionais residentes tiveram a Unidade Paulo Guedes como unidade de referência para as suas atividades práticas na RMIS. Além disso, foram critérios de inclusão para participar da pesquisa usuários com internação prévia no serviço, residentes no município de Santa Maria e ter capacidade cognitiva preservada para responder ao questionário do estudo.

Após o projeto foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria e na Direção de ensino, pesquisa e extensão do Hospital Universitário de Santa Maria (DEPE/HUSM). Além disso, foi cadastrado na Base Nacional e Unificada de registro de pesquisas da Plataforma Brasil para a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CEP/UFSM). Ressalta-se ainda que foram seguidos os preceitos éticos, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96, sobre pesquisa com seres humanos.

Após a aprovação no CEP/UFSM iniciou-se a busca documental no arquivo da Unidade objetivando selecionar os usuários que correspondem aos critérios de inclusão da pesquisa. Nesta etapa foram selecionados quarenta e cinco pacientes

que obedeciam aos critérios de inclusão. Após a seleção houve um contato prévio via telefone, onde explicamos o contexto e convidamos os usuários a participar da pesquisa. Nesta segunda etapa verificamos que dois pacientes faleceram no espaço de tempo da alta hospitalar e da realização da pesquisa, dois estavam em moradias de longa permanência fora da cidade de Santa Maria, três não tinham mais capacidade cognitiva para responder aos questionamentos, dois estavam reinternados na Unidade Paulo Guedes durante o período das entrevistas, três não quiseram ou não tiveram permissão dos responsáveis para participar e os outros dezesseis não conseguimos contatar, devido à ausência ou desatualização das informações nos cadastros. Assim, a população da pesquisa reduziu-se a dezessete usuários.

Posteriormente foi utilizado a visita domiciliar para a realização da técnica de entrevista e aplicação do instrumento de coleta de dados (questionário). Em seguida a realização das visitas domiciliares e da aplicação do questionário houve a análise dos dados coletados conforme a abordagem da análise de conteúdo de Laurence Bardin, a qual define esta abordagem como um grupo de técnicas de análise das comunicações, buscando descrever os conteúdos das mensagens, utilizando procedimentos sistemáticos. (BARDIN,1977). Na análise dos dados foi se agrupando em cada pergunta do questionário as respostas que mais se repetiam e também as que raramente apareciam para que fosse possível chegar às categorias que emergiram no trabalho.

Com a análise dos resultados foi realizada a intervenção com os usuários participantes da pesquisa, tendo como objetivo principal colaborar para o desenvolvimento do pensar crítico reflexivo dos usuários a cerca do tratamento que lhes é oferecido, além dos encaminhamentos que acontecem em seu percurso terapêutico e também para contribuir com ações e iniciativas que fomentem práticas de educação em saúde. Além disso, buscou-se também com a intervenção resgatar a reinserção social dos usuários através de ações multiprofissionais que envolva educação, trabalho terapêuticos, atividades esportivas, cultura e diversão.

### **Discussão dos Resultados:**

Os resultados da pesquisa foram divididos em sete categorias, das quais serão apresentadas a seguir quatro, pois as categorias apresentadas neste

artigo respondem a um objetivo específico e as outras três categorias a outro objetivo. As outras categorias obtidas nos resultados da pesquisa (Encaminhamentos no pós-alta: uma rede circular, Inclusão do usuário em atividades terapêuticas: respeitando a autonomia do indivíduo? e Conhecimento dos usuários quanto aos Serviços substitutivos da rede de saúde mental do município de Santa Maria/RS e atividades desenvolvidas pelos mesmos), bem como a intervenção realizada podem ser visualizadas nos artigos das colegas %Rede circular de atenção à saúde: visualizando o fluxo dos usuários e as ações terapêuticas acessadas nos serviços de saúde mental do município de Santa Maria+e %Ações da Residência Multiprofissional junto aos usuários da rede de Saúde Mental de Santa Maria: construindo possibilidades e apontando caminhos.+

### **Expectativa dos usuários acerca do tratamento ideal:**

Esta categoria emergiu do questionamento sobre como e onde os usuários acreditam que deve ser o seu tratamento para que não ocorram mais reinternações. Assim, um entrevistado apenas acredita que o tratamento ideal seria no CAPS, 59% dos entrevistados afirmaram que o tratamento ideal seria similar ao que estão realizando neste momento, destacando a importância da adesão medicamentosa e do comparecimento nas consultas, como apontam os seguintes discursos:

%Acho que tomando o remédio certinho, né, e seguindo as orientações do médico[...]+(U1)

%Deve continuar com as consultas.+(U9)

%Tomar a medicação certa, tomar a medicação certinho [...]+(U10)

%Meu tratamento tem que continuar da maneira que tá sendo dessa vez que saí de lá [...]+ (U12)

Fato inegável é que há uma necessidade imperativa de substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial e que a determinação de que todos os municípios se responsabilizem pelo atendimento disponibilizado as pessoas portadoras de transtorno mental seja

cumprido. (BRASIL, 2003). Contudo, essa determinação não pôde ser observada no atendimento disponibilizado a um dos entrevistados:

%h, que a doutora me dê mais um pouco de atenção...pois ela tira quinze dias as vezes fora e não deixa a receita dos medicamentos lá.+(U11)

Percebe-se que os pacientes acreditam que o local adequado para a continuidade do seu tratamento são as suas residências, evidenciando por vezes o receio de reinternar em unidade de tratamento psiquiátrico:

%a.] Porque eu me sinto bem melhor em casa. Faço as minhas coisinhas. E lá eu pretendo nunca mais ir.+(U5)

%m casa, pra evitar vim para lá.+(U10)

%a.] ficando na minha casa, com a minha família.+(U15)

%Continuando com as consultas, mas ficando em minha vida.+(U14).

Observa-se que os discursos dos pacientes encontram-se em consonância com a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dentre outros direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, dispõe que a finalidade do tratamento deve ser a reinserção da pessoa ao seu meio. Além disso, já mencionamos anteriormente que a internação psiquiátrica deve ser a última opção de tratamento, sendo indicada apenas quando as demais possibilidades extra hospitalares estiverem esgotadas. (BRASIL, 2001).

O receio de reinternar, expresso na fala dos usuários (35% dos entrevistados) pode ser justificado pelo caráter fechado e totalitário que muitas unidades psiquiátricas ainda conservam. Nesse contexto, Salles e Barros (2007) definem instituição total como um local em separado da sociedade ampla, onde durante o tempo considerável que o paciente permanece internado, a sua autonomia e singularidade não são consideradas e respeitadas. Desse modo, o momento da alta, do retorno à vida externa é muito esperado, e por diversas vezes vem acompanhando de medos e angústias sobre o convívio social.

Quando as pessoas que foram submetidas a internação em hospital psiquiátrico são questionadas sobre o período que passaram na instituição,

identifica-se que as mesmas acabam por expressar um intenso sentimento de perda com as sucessivas internações, pois, além de perder a liberdade, o direito e a autonomia para gerir a própria vida, em muitos momentos, perdem também sua independência para fazer escolhas e se sentem impotentes (GOFFMAN, 1974):

%Eu não quero voltar mais para lá, pois me sinto bem melhor em casa, fazendo as minhas coisinhas. Lá eu pretendo nunca mais ir [...]+(U5).

Cardoso (2011) refere que para os pacientes que vivem neste processo de internação e reinternação, o tratamento é elemento fundamental de suas vidas, sendo que o seu cotidiano é organizado em torno deste, pois estar ou não internado modifica completamente a rotina. Nessa vertente, observamos as afirmações dos usuários quando relatam que o tratamento ideal para eles consiste basicamente em manter a adesão medicamentosa e permanecer em casa, no seu cotidiano, com as suas atividades.

### **Institucionalização em saúde mental.**

Ao serem questionados se durante a internação o usuário ou sua família haviam cogitado a possibilidade de ir para uma moradia de longa permanência, verificou-se através dos discursos que 71 % não pensaram sobre esse assunto e acreditam que as famílias jamais pensariam em institucionalizá-los em um %lar+, %clínicas+ou moradias de longa permanência. Observem as falas:

U1: Não, não chegaram nem a cogitar.

U5: Não sei, não conheço. Só conheço o hospital e a UNIFRA.

U6: Não, não acredito que não porque a minha esposa não ia me botar num lugar desse né, nem meus filhos iam deixar me botar. [...]

U15: Não, não conversamos sobre isso.

U16: Não, porque logo fico estabilizada e retorno minha vida normal e minhas ocupações.

Percebe-se que a maioria dos usuários não cogita a possibilidade de uma Institucionalização o que vai ao encontro dos propósitos da reforma Psiquiátrica à medida que esta propõe a desinstitucionalização dos usuários em saúde mental.

Claro que a desinstitucionalização que a lei 10.216/01 nos traz é o do fechamento dos antigos manicômios e a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, estes indicados nos casos em que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. (BRASIL, 2004).

Porém, acredita-se que o que acontece atualmente com alguns pacientes psiquiátricos que são ~~internados~~ ou recebidos em ~~lares~~, clínicas e moradias de longa permanência é um processo de institucionalização, centrado na falta de autonomia do sujeito e de cidadania, pois os usuários permanecem internados cronicamente e/ou nem saem desses lugares. Isso é percebido na seguinte fala ~~eu~~ discordo de ter que ir para os asilos e lares porque isso é falta de amor da família e do povo, isso é preconceito de ter que pensar que nós somos marginais que tem que ser tirado do meio do povo+(U4).

Sendo assim, concorda-se com GUERRA (2008) quando este diz que o objetivo das iniciativas das redes de atenção a saúde mental é o de possibilitar a ressocialização e/ou reintegração dos usuários a ~~uma~~ rede comum de significados cotidianos, partilhados socialmente+, resgatando a cidadania e a recuperação ou criação de vínculos sociais que proporcionem aos usuários o cuidado integral em saúde mental que ele necessita. Ressalta-se que para haver a ressocialização dos usuários ao invés de uma ~~institucionalização~~ a intersectorialidade é fundamental para que haja uma rede ~~social~~ e política que venha tornar possível uma saída da internação sem abandono+ (COSTA 2011, p. 23).

A pesquisa revelou também que alguns usuários durante a internação discutiram com suas famílias ou outras pessoas sobre a institucionalização em moradia de longa permanência. Segue os discursos:

U4: Sim, mas eu não quero me sinto muito mal, prefiro ser mais social, porque são lá uns pobre infeliz, que não tem direito a coisa nenhuma, a mesma coisa que ta lá dentro do hospital, só vê pessoa doente e não vê coisa nenhuma. E também porque eu não tenho condições financeiras grande para isso.

U12: Foi cogitado, mas há uns dois, três anos atrás, mas não tive sucesso nenhum, eu não... Dei pra trás na hora.

U13: Na época eu não pensei, mas o grupo médico cogitou uma internação em Porto Alegre.

As falas revelam que apesar de alguns usuários cogitarem a possibilidade de ~~institucionalização~~ esta probabilidade foi descartada principalmente por causa do

afastamento do convívio social. Além disso, o fato de o paciente psiquiátrico fixar moradia dentro dessas instituições faz com que as mesmas criem outros serviços não essenciais do ponto de vista assistencial, porém fundamentais para a manutenção de uma atenção à saúde mental baseada em um modelo hospitalocêntrico biomédico centrado como por exemplo clínicas psiquiátricas, retorno de manicômios, etc...

Apesar disso, sabe-se que há aqueles pacientes que não tem nenhum vínculo familiar, nem possibilidades de construção e/ ou reconstrução de vínculos, nem suporte financeiro, psicológico e/ ou social para residir sozinho. E que nesses casos são encaminhados para esses locais, clínicas ou moradias de longa permanência, porém o que a Reforma Psiquiátrica prevê para esses casos são os Serviços de Residenciais Terapêuticos e não a institucionalização nesses ambientes já citados.

Neste contexto, as residências terapêuticas constituem um dispositivo essencial à desinstitucionalização, uma vez que estes serviços estão constituídos como alternativas de moradias para aquelas pessoas com internação psiquiátrica de longa permanência, que não contaram com um suporte familiar e social adequado. (BELINI e HIRDES, 2006).

Porém, é necessário se ter a compreensão de que os Residenciais Terapêuticos não se constituem precisamente em serviços de saúde e sim de moradia, articulada a rede de atenção psicossocial permitindo assim um bom suporte na reabilitação/ressocialização em saúde mental, garantindo a autonomia e a melhoria da qualidade de vida para estes usuários.

Portanto, percebe-se que a reforma Psiquiátrica consolidou um modelo contra o tratamento manicomial, promovendo a saída do âmbito hospitalar para outros espaços abertos no território, promovendo a cidadania, a autonomia e a garantia de direitos na saúde mental.

### **Informação: o nó crucial da articulação entre os serviços da rede de saúde mental**

Conforme relato dos entrevistados, quando questionados sobre como avaliam as informações recebidas durante a alta hospitalar 41% dos entrevistados afirmaram que as informações foram suficientes. Isso pode ser observado nas seguintes falas dos sujeitos:



(U1): Sim, foram boas.

(U4): Foram boas.

(U5): Eu gosto porque eu quero ficar bem boa.

(U7): Bom, ótimo, excelente.

(U9): Ah, deveria fazer as consultas mensais no HUSM

(U16): Olha, avalio como suficiente, pois foi passada todas as informações para continuar meu tratamento.

(U17): Boas.

Nesse sentido, acredita-se que a proposta de uma correta orientação aos usuários no momento da alta hospitalar deve permear, dentre outros objetivos o dialogo com o paciente e sua família de forma a direcionar o acompanhamento do portador de transtorno mental para algum serviço substitutivo que exista no seu território. Isso para que possa haver uma continuidade da assistência em saúde mental visando a diminuição frequente de reinternações dos usuários.

De acordo com Bezerra e Dimenstein (2009) a proposta de saída dos usuários do hospital de forma planejada e assistida é uma estratégia fundamental no processo de desinstitucionalização, no sentido de evitar o tão acentuado fenômeno da reinternação. Tal situação está relacionada à falta de uma rede de atenção extra-hospitalar, bem como de suporte e acompanhamento do usuário por parte da equipe técnica em parceria com as famílias.

Com base nisso, os mesmos autores trazem uma experiência de investigação realizada em um hospital psiquiátrico do município de Natal, a qual concluiu que também é dever dos funcionários do hospital psiquiátrico promover a desinstitucionalização e que na medida em que tentam engajar e assegurar o tratamento do paciente no seio da sua comunidade os profissionais contribuem para o retorno do paciente, procurando-se, por exemplo, saber se ele está sendo assistido, se está frequentando um serviço substitutivo, se tem a medicação necessária e está fazendo o uso adequado da mesma. (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2009).

Assim, percebe-se que na medida em que os profissionais da atenção terciária realizam as orientações pré - alta de forma clara e objetiva para os usuários, eles possibilitam a continuidade do cuidado em saúde mental.

Com o questionamento de como o usuário avalia as informações recebidas durante a alta hospitalar sobre os encaminhamentos para continuar o seu tratamento

é possível perceber nas entrevistas que os usuários entendem como %tratamento+, apenas a realização das consultas rotineiras e o uso das medicações, não referindo sobre as possibilidades de realização de outras atividades terapêuticas em serviços da rede de saúde mental do município. Isso pode ser observado nas seguintes falas:

(U8): Sim, do mesmo jeito. É tomando meus remédios e fazendo consulta, ele marca o dia, né.

(U10): como assim? (repete a pergunta) continuar vindo aqui, consultando assim, tomando a medicação certinho, só quando de vez em quando eu não tinha passagem aí que eu ficava meio, bá. Eu ficava preocupado com aquilo, é e agora eu tenho a passagem, eu venho, só mostro a carterinha, tiro a fichinha, dou pro cobrador ele pega a carteira olha a carta e escreve aqui ó, se eu não escrevi o número ali entende.

(U13): Foram bem diretos, explicando a necessidade de continuação do tratamento e da correta tomada de medicação.

(U14): Simplesmente tive alta e me mandaram continuar as consultas no Ambulatório de Saúde Mental do HUSM.

(U15): Informaram sobre a continuação das consultas para não parar com o tratamento.

(U16): Olha, avalio como suficiente, pois foi passada todas as informações para continuar meu tratamento.

Os discursos mostram o quanto os usuários durante as informações recebidas na alta hospitalar foram restritamente encaminhados a alguns serviços de saúde e associaram a continuidade do tratamento ao uso da medicação. Isso dificulta a construção de uma linha de cuidado em saúde mental à medida que os usuários após alta hospitalar não procuram outros serviços, permanecendo restritos aqueles serviços e informações que lhes foram prestados durante a alta.

### **O Empoderamento dos usuários sobre a Rede de saúde Mental do Município de Santa Maria**

Essa categoria surgiu do questionamento aos usuários se os mesmos acreditavam na eficiência do atendimento na rede de saúde mental do município. Embora a rede de saúde mental garanta o acesso dos usuários a dispositivos que garantam a inclusão, a autonomia, resgate de cidadania e o cuidado integral dos

indivíduos pode-se observar através dos discursos que a maioria dos usuários (53%) não soube responder a este questionamento pelo fato de não terem o conhecimento sobre os dispositivos que compõe a rede de saúde mental. Isso pode ser percebido nas seguintes falas dos usuários:

U1: %Não sei, porque não conheço né, então eu não posso te dizer+.

U2: %Não sei+.

U13: %Não. E eu não tenho conhecimento da rede de saúde mental do município de Santa Maria [...]+

Além disso, observa-se que mesmo os que acreditam (35%) na eficiência da rede não têm conhecimento sobre os serviços de saúde mental disponíveis ao usuário, resumindo estes ao Hospital Universitário, talvez pelo motivo da internação ou por não ter sido encaminhado a outros serviços e níveis de atenção a saúde mental, o que pode ser visto nos discursos:

U6: Eu acredito, porque enquanto eu tive internado lá (HUSM), os médicos dizem que é surto né, então quando eu não tinha surto eu era bem tratado, conversavam né, as enfermeiras conversavam comigo, me davam remédio, eu tomava banho [...]

U16: Sim, Mas so tenho conhecimento da unidade do HUSM, e não conheço a rede de saúde do município como um todo.

U13: Eu não tenho conhecimento da rede de saúde mental do município de Santa Maria, pois só tenho conhecimento do Ambulatório do HUSM.

Isso mostra a falta de conhecimento dos usuários sobre os serviços de saúde mental e sobre os níveis de atenção, pois se observa nas falas que os mesmos não tem uma distinção do serviço de internação psiquiátrica do HUSM (atenção terciária) e dos Serviços prestado no ambulatório de saúde mental do HUSM (atenção secundária), pois há dois níveis de atenção no mesmo serviço.

Nesse sentido, concorda-se com RAMOS (2009) que para haver um empoderamento dos usuários sobre os serviços de saúde mental:

%d(...) faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência, como um tramado de cuidado, e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos

recursos assistenciais), permitindo a inclusão do usuário; e que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa conhecedora, participante e influente dessa rede+(p.28).

Sendo assim, acredita-se que os profissionais de saúde devem se colocar efetivamente imbricados neste processo de empoderamento dos usuários, possibilitando a produção do cuidado integral em saúde e a garantia de atendimento, orientação, acesso pleno e universal a toda rede de serviços que contemple suas necessidades e demandas. É necessário que os usuários tenham o conhecimento dos serviços que contemplam a rede de saúde mental do município, pois esta ~~se~~ configura uma ferramenta fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica implantada no SUS, uma vez que seus dispositivos vêm favorecendo a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante o desenvolvimento de um trabalho articulado com Justiça, Previdência Social, Ação Social, Educação e instituições profissionalizantes+ (BARROS ET AL. 2010, p.73 ).

Porém para que haja a participação dos profissionais de saúde nesse processo de empoderamento é necessário que os mesmos adotem a intersetorialidade como eixo fundamental das ações, é necessário que os serviços conversem entre si para que possa haver uma continuidade da linha de cuidado. Para tanto é imprescindível a mudança paradigmática do modelo hegemônico centrado na doença para ter como referência a reinserção social do usuário e o território.

Nesse sentido, há a necessidade dos serviços especializados em saúde mental darem o apoio matricial as equipes de Estratégia de saúde da Família (ESF), pois se concorda com Amarante (2007) que é de fundamental importância a inserção da saúde mental na saúde da família, uma vez que a ESF tem como foco a família, o que possibilita reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, cujo centro é a doença e o tratamento, para investir na promoção da saúde e na defesa da vida e assim possibilitar o empoderamento dos usuários sobre a rede de saúde mental.

### **Considerações Finais:**

Este estudo buscou responder Qual a relação entre o fluxo do usuário com sofrimento psíquico pelos serviços de atenção secundária em saúde mental e os índices de reinternação no serviço hospitalar? Tendo como objetivo conhecer o fluxo dos usuários com sofrimento psíquico pelos serviços de atenção secundária em saúde mental.

Pode-se perceber que embora a maioria dos usuários tenham sido referenciados para algum serviço da rede de atenção secundária em saúde mental após a alta hospitalar, estes foram encaminhados para o ambulatório de psiquiatria do HUSM, resumindo a continuidade do tratamento a consultas médicas e uso medicamentoso, o que dificulta outras possibilidades terapêuticas em saúde mental e acaba levando o usuário a reinternação nos serviços de alta complexidade.

Outro dado importante que emergiu na pesquisa foi à questão da **%institucionalização+** de usuários em **%clínicas+**, **%lares+** ou **%casas de longa permanência+**. Embora 71% dos entrevistados tenham respondido que não cogitaram a possibilidade de serem **%institucionalizados+** nestes lugares, sabe-se que os usuários que não possuem vínculos familiares, nem possibilidades de construção e/ ou reconstrução de vínculos, nem suporte financeiro, psicológico e/ ou social para residir sozinho acabam por sair da internação e ir residir nesses ambientes. Também, ressalta-se que o maior motivo citado pelos usuários para a não **%institucionalização+** é o afastamento do convívio social.

Ainda, constatou-se que não há articulação entre os serviços que compõem as redes de saúde mental e para que venha acontecer o ponto crucial é a informação, ou seja, informar os usuários durante a alta hospitalar de como será a continuidade de seu tratamento, bem como apresentar á eles os serviços podem auxiliar o seu tratamento. O encaminhamento do usuário para os serviços substitutivos ao âmbito hospitalar deve ser claro e objetivo para que se possa construir uma linha de cuidado em saúde mental que de conta das demandas postas, visando à autonomia, cidadania e melhor qualidade de vida dos usuários.

Além disso, a falta de conhecimento do usuário sobre os serviços que compõe a rede de saúde mental que emergiu neste estudo mostra o quanto os profissionais de saúde mental devem se imbricar nesse processo de empoderamento dos usuários buscando a intersectorialidade e a articulação entre os

níveis de atenção a saúde como ferramentas fundamentais para suas ações em saúde mental.

Portanto deixamos a seguinte citação buscando possibilitar a reflexão sobre a articulação entre os serviços da rede de saúde mental.

“Toda a fibra, todo o nóculo, todo o servidor na Rede é parte de mim. À medida que eu interajo com a Rede, eu me reconfiguro. Minha extensão-rede define-me como meu corpo material me definia na velha cultura biológica. Eu estou sem peso e sem dimensão em um sentido exato. Sou medido pela minha conectividade. Minha paixão está plantando sementes conceituais no substrato da Rede e observando o seu crescimento; olhando a Rede com uma atenção tipo Zen de como novas formas emergem, como a energia criativa da conectividade produz novas idéias, novas imagens, nova vida. Emergência é o comportamento-chave na Rede+.” (Ascott apud Pellanda, 2000).

Diante disso, a citação nos faz refletir que enquanto profissionais da rede de saúde mental devemos propiciar como diz o autor a “conectividade+” entre os serviços, produzindo novas idéias e buscando a ressocialização e /ou reintegração dos usuários, resgatando a sua cidadania, autonomia e melhoria de qualidade de vida garantindo assim um cuidado integral em saúde mental.

### **Referências Bibliográficas:**

AMARANTE, P. D. C. (2007). **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Márcia Maria Montq Alverne de. JORGE, Maria Salete Bessa. PINTO, Antonio Germane Alves. **Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: A produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo**. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/515/299>

BELINI, Marya Gorete. HIRDES, Alice. **Projeto morada são pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental**. Revista Texto

Contexto Enfermagem: Florianópolis, 2006 out-dez. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a03.pdf>

BEZERRA, Cíntia Guedes. DIMENSTEIN, Magda. **Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]: 829-848, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a16v19n3.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Coordenação Geral de Saúde Mental,**

**Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10. Ano VII, nº 10, março de**

2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental** . 2004 a 2010. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saude Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001.** Brasília, DF, Editora MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas. **Manual do programa ÍDe volta pra casaÍ/** Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001.** Brasília: DF, 2001.

CARDOSO, Lucilene and GALERA, Sueli Aparecida Frari. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 87-94. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100012>

COSTA, Ana Paula carvalho da. O acompanhamento terepeutico no processo de construção de uma moradia possível na psicose: uma pesquisa psicanalítica. / orientação por Maria Cristina Candal Poli. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. 82p. disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31995/000786323.pdf?sequence=1>

GOFFMAN E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 1974.

GUERRA, A.M.C. **Oficinas em saúde mental: Percurso de uma história, Fundamentos de uma prática.** In: Oficinas terapêuticas em saúde mental . sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008. P.23-58.

PELLANDA, Niza Maria Campos; PELLANDA, Eduardo Campos (Orgs.). **Ciberespaço: um hipertexto con Pierre Lévy**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

RAMOS, Luciane Silva. Ramos, Luciane Silva. **Entre Fios e Dobras: o tecer da reforma psiquiátrica no município de Santa Maria/RS.** / orientação por Carmem Lúcia Colomé Beck. . Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2009. 140p.

SALLES MM, BARROS S. **Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano**. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):73-81