

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Patrícia Mattos Almeida

**PERSPECTIVAS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: INVENTÁRIO
DO CUIDADO E DA PRODUÇÃO DE REDES**

**Santa Maria, RS, Brasil
2020**

Patrícia Mattos Almeida

**PERSPECTIVAS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: INVENTÁRIO
DO CUIDADO E DA PRODUÇÃO DE REDES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Promoção e Tecnologia da Saúde**.

Orientadora: Profa. Dra. Liane Beatriz Righi
Coorientadora: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Santa Maria, RS, Brasil
2020

Patrícia Mattos Almeida

**PERSPECTIVAS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: INVENTÁRIO DO
CUIDADO E DA PRODUÇÃO DE REDES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Promoção e Tecnologia da Saúde**.

Aprovado em 31 de março de 2020:

Liane Beatriz Righi

Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)
Presidente/orientadora

Liamara Denise Ubessi

Liamara Denise Ubessi, Dra. (UFPel)

Monalisa Dias de Siqueira

Monalisa Dias de Siqueira, Dra. (UFSM)

Maria Denise Schimith

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2020

Dedico esta escrita a quem vive comigo
A quem criou uma mulher com vontade e vida própria
Dedico a quem jamais se opôs à Revolução
A Revolução Íntima que transcende na vida diária e no amor possível
Obrigada meus amores, Pai e Mãe, com que divido essa maravilhosa existência!

Agradecimentos

Nos caminhos tortuosos do viver, há muito o que sentir e agradecer.

Agradecer ao cosmos pelo infinito

Agradecer à Mãe Natureza pelo canto dos pássaros, pelos ventos, raios e trovões

Agradecer pela luz da lua e o brilho do sol

Agradecer aos animais que se doam

Agradecer ao Sagrado Feminino que existe e que resiste

Agradecer ao olhar do Felino

Agradecer aos Seres Místicos invisíveis aos olhos cobertos de cimento da civilização

Agradecer ao Deus que vive, ainda escondido, dentro de nós

Agradecer às energias, ao amor, ao carinho, à insistência, à inquietude, à perseverança, à Fé

Agradecer à Força de Marte e a Serenidade de Vênus

Agradecer à Grandiosidade de Júpiter e à Maternidade Lunar

Agradecer a meu Pai

Agradecer a minha Mãe

Agradecer a minha família

Agradecer as minhas amigas e aos meus amigos

Agradecer viver para escrever

E sonhar...

SONHAR que todos possam agradecer!

Obrigada!

*"Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova
luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo
e maior amor ao coração dos homens"*

- Fernando Pessoa -

RESUMO

PERSPECTIVAS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: INVENTÁRIO DO CUIDADO E DA PRODUÇÃO DE REDES

AUTORA: PATRÍCIA MATTOS ALMEIDA
ORIENTADORA: PROFa. DRa. LIANE BEATRIZ RIGHI
COORIENTADORA: PROFa. DRa. MARLENE GOMES TERRA

Na perspectiva das novas abordagens em saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as internações psiquiátricas somente deverão ocorrer após esgotadas todas as possibilidades terapêuticas e todos os recursos extra hospitalares disponíveis na rede assistencial. Contudo, quando necessária, a internação deve ter uma duração breve, que ampare o indivíduo no momento de necessidade, para que o restante do tratamento seja contemplado nos demais serviços da rede. Além disso, o cuidado ofertado ao usuário durante o internamento deve estar pautado na clínica ampliada, nos referenciais humanistas de liberdade, autonomia e integralidade. Diante do exposto, este estudo objetivou compreender a percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica dos Hospitais Gerais pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde sobre a internação psiquiátrica. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, cujos dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com dezenove profissionais de diferentes núcleos das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de junho a agosto de 2017. Os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram submetidos à Análise Operativa proposta por Minayo, revelando duas categorias de análise: no enredo das redes: percepção acerca da produção de redes em saúde mental na região central do Estado do Rio Grande do Sul e; a realidade refletida no espelho: o cuidado ao usuário a partir das percepções da equipe multiprofissional. Os resultados evidenciaram que os profissionais visualizam fragilidades e desafios no que tange a produção de redes em saúde mental, como a judicialização, falta de investimentos na Atenção Primária à Saúde, CAPS, a falta de recursos para a manutenção das unidades de internação e o alto índice de reinternações na região. Quanto o cuidado ofertado à pessoa em sofrimento durante a internação, evidenciou-se que as práticas assistenciais, onde ainda existe muita medicalização e fragmentação da equipe, não estão totalmente pareadas às falas dos trabalhadores, com intensa abordagem reformista. O cuidado e a participação da família durante o período de internamento foi considerado um dos pontos principais para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da PNSM. Conclui-se que há forte necessidade de investimentos em saúde, que abarque todos os dispositivos da RAPS, bem como mudanças na formação dos profissionais, para que os princípios da RPB “habitem” os trabalhadores, para que isso faça sentido no cotidiano dos serviços.

Descritores: Saúde Mental. Internação Compulsória de Doente Mental. Equipe de Saúde. Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

PERSPECTIVES OF PSYCHIATRIC INTERVENTION: INVENTORY OF CARE AND NETWORK PRODUCTION

Author: Enfa Mda Patrícia Mattos Almeida
Advisor Professor: Dra Liane Beatriz Righi
Co-advisor Professor: Dra Marlene Gomes Terra

In view of the new approaches in mental health, from the Brazilian Psychiatric Reform, the psychiatric hospitalizations should only occur after exhausted all therapeutic possibilities and all the extra resources available in hospital health care network. However, when necessary, the hospital should have a short duration, which sustain the individual at the time of need, so that the rest of the treatment can be contemplated in other network services. Moreover, the care offered to the user during hospitalization should be based on the amplified clinic, in humanistic frameworks of freedom, autonomy and completeness. Given the above, this study aimed to understand the perception of the multiprofessional team of psychiatric hospitalization units of general hospitals belonging to the 4th Regional Health Coordinator on the psychiatric hospitalization. It is a qualitative study of exploratory and descriptive study, whose data were obtained through interviews with 19 professionals of different nuclei of psychiatric hospitalization units of general hospitals belonging to the 4th Regional Coordination of Health, Rio Grande do Sul, Brazil, in the period from June to August 2017. The ethical aspects of research involving human beings were respected according to Resolution 466/12 of the National Health Council. The data were subjected to an operational analysis proposed by Minayo, revealing two categories of analysis: the plot of the networks: perception of production networks in mental health in the central region of the state of Rio Grande do Sul and; the reality is reflected in the mirror: the care to the user from the perceptions of the multiprofessional team. The results showed that the professionals visualize weaknesses and challenges regarding the production of networks in mental health, as the judicialization, lack of investment in Primary Health Care, CAPS, the lack of resources for the maintenance of the inpatient units and the high rate of readmissions in the region. As the care offered to the person in distress during the hospital stay, showed that the healthcare practices, where there is still plenty of medicalization and fragmentation of the team, are not fully matched according to the statements of the workers, with intense reformist approach. The care and family participation during the period of hospitalization was considered one of the main points for the consolidation of the principles of the Brazilian Psychiatric Reform and of the PNSM. It is concluded that there is a strong need for investment in health, which encompasses all devices in the RAPS, as well as changes in the training of professionals, to ensure that the principles of the RPB "inhabit" the workers, so that it makes sense in the daily routine of services.

Key words: Mental Health. Compulsory Admission. Health Team. Nursing. Psychiatric nursing. Qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apreciação e Aprovação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa de Cuidado às Pessoas, Família e Sociedade
GT Internação	Grupo de Trabalho sobre Internação Psiquiátrica
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNH	Política Nacional de Humanização
PR	Profissional de Referência
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SERAISM	Serviço Regional de Atenção Integral à Saúde Mental
SERDEQUIM	Serviço de Reabilitação à Dependência Química
SRT	Serviço de Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UIP	Unidade de Internação Psiquiátrica
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125
Apêndice B – Termo de Confidencialidade.....	127

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM.....	131
--	------------

SUMÁRIO

PRELÚDIO: AS NOTAS MUSICAIS.....	25
1º MOVIMENTO: ALLEGRO MA NON TROPPO, UN POCO MAESTOSO.....	29
1.1 OBJETO DO ESTUDO, QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVOS.....	34
2º MOVIMENTO: MOLTO VIVACE.....	35
2.1 A PRODUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA: ASPECTOS DA CONSTITUIÇÃO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO.....	35
2.2 ASILADOS OU EXILADOS? A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL.....	38
2.3 A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA DINÂMICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	40
2.4 AS INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	44
3º MOVIMENTO: ADAGIO MOLTO E CANTABILE.....	49
3.1 FASE EXPLORATÓRIA.....	49
3.1.1 TIPO DE PESQUISA.....	50
3.1.2 CENÁRIO DE PESQUISA.....	51
3.1.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	52
3.1.4 ESTRATÉGIAS DE ENTRADA EM CAMPO.....	53
3.2 TRABALHO DE CAMPO.....	53
3.2.1 OBSERVAÇÃO ASSISTEMÁTICA.....	54
3.2.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	54
3.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL.....	55
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	56
4º MOVIMENTO - 1ª PARTE: ALLEGRO ASSAI.....	59
4.1 NO ENREDO DAS REDES: PERCEPÇÃO ACERCA DA PRODUÇÃO DE REDES EM SAÚDE MENTAL NA REGIÃO CENTRAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	59
4.1.1 O PONTO SEM NÓ: AS CARACTERÍSTICAS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O DESAFIO DO TRABALHO COLETIVO.....	59
4.1.2 NAS “PORTAS DE ENTRADA” HÁ UMA PORTA QUE SE ENTRA? AS FORMAS DE ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UNIDADES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	65
4.1.3 UM DISPOSITIVO NA REDE: A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	72
4.2 A REALIDADE REFLETIDA NO ESPELHO: O CUIDADO AO USUÁRIO A PARTIR DAS PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	76
4.2.1 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE.....	76
4.2.2 PINTOR OU PINTURA? CRIADOR OU CRIATURA? O CUIDADO OFERTADO AO USUÁRIO NA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS.....	80
4.2.3 “LÁ E DE VOLTA OUTRA VEZ”: A PREPARAÇÃO DO USUÁRIO E DA FAMÍLIA PARA A ALTA HOSPITALAR.....	92
4.2.4 UM LAÇO DE AFETO, UM PONTO DE APOIO: A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA DO USUÁRIO DURANTE A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	100
4º MOVIMENTO - 2ª PARTE: ODE AN DIE FREUDE.....	105
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	125

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	127
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.....	131

PRELÚDIO: AS NOTAS MUSICAIS

“...a face desse homem cujo ouvido um Deus fechou para que não existissem outros sons senão os Seus. Para que não fosse perturbado pela turvação e pela neutralidade dos ruídos. Apenas leões solitários teriam te rondado ao longe durante a noite, assustados consigo mesmos, ameaçados pelo seu próprio sangue agitado”

- Rainer Maria Rilke sobre Beethoven -

Prelúdio é um substantivo, e como tal, traz em seu significado um ato inicial, a primeira etapa para algum determinado desfecho, uma preparação de clima para alguma obra. Nessa perspectiva, trago esse movimento sob o título de “as notas musicais”, com a intenção e o objetivo de apresentar um pouco da história da música clássica, mais precisamente a música romântica, em nossa civilização, bem como expor os motivos que levaram-me a organizar este estudo embasado na organização de uma Sinfonia.

No entanto, antes de contar a história, faço-me sempre a mesma pergunta: *o que é a música?* E absolutamente nunca consigo uma resposta que transmute meus sentimentos para o papel, para a minha própria psique, porque assim como as águas, a música é fluída, é forte, é densa e adaptável a qualquer realidade. Há quem diga que fomos criados sob um arranjo específico de notas musicais, e morreremos quando esse mesmo arranjo for novamente executado. Há quem diga que a música clássica é a forma mais pura de contato com o divino, com o superior, com a energia cósmica que transmuta toda a vida nesta Terra.

Mas para mim a *música clássica* é vida que nasce e renasce a cada execução de uma obra, ou a várias execuções da mesma obra. Uma partitura é uma composição rizomática embebida de conexões, de movimentos, de andamentos e de fugas. É tão complexa quanto a própria vida, e mostra-se capaz de adaptação e fluidez aos mais diferentes tipos de ouvintes e realidades.

Ela possibilita a descoberta, o encontro com o inconsciente, com aquilo que é guardado, com aquilo que está dentro, com aquilo que não fizemos contato, com o inquestionável, com o absoluto escondido dentro de nós. Música é o princípio, o meio e o fim de todas as ações Humanas, da ligação com o cosmos, com as espirais perfeitas que comunicam os mundos, o micro, o macro e o infinito. Não há interpretação na *música*, há apenas sentimentos e captação intuitiva.

Não é possível saber com segurança quais foram as primeiras manifestações musicais de nossa civilização, embora, baseando-se nos estudos dos povos “primitivos” ainda existentes,

seja possível supor que a primeira expressão destas civilizações foi o ritmo, expresso com as mãos, os pés, as pedras, as ferramentas de trabalho. O canto que acompanhava este som primordial talvez tenha sido composto por sílabas guturais e gritos inarticulados, expressões de dor, de medo, de alegria, de incitação ao entusiasmo ou à coragem. Ao longo dos milhares de anos, aquelas primeiras manifestações evoluíram e adquiriram uma sofisticação e uma complexidade paralela às das primeiras grandes civilizações (PINTO, 2001; CARPEAUX, 2009).

O universo musical evoluiu grandiosamente ao longo da história da civilização humana, adquiriu inúmeras características com o passar dos tempos, do Barroco ao Pós-Modernismo, eclodindo milhares de perspectivas e estruturas. O que há em comum em todos os movimentos artísticos é que a música está sempre para além do tempo de sua composição, está a frente, avançada, e por isso, muitas vezes se torna incompreendida aos ouvidos humanos. Na história temos um grande movimento em busca dos ideais profundos e transcendentais de Liberdade. Esse movimento, conhecido como Movimento Romântico, teve seu início com a publicação da Sinfonia nº 3 (Sinfonia Eroica) do grande Mestre Ludwig van Beethoven, em 1804. Essa obra é considerada como o marco que representa o fim da Idade Clássica e o início do Romantismo, sendo este o principal motivo deste estudo estar estruturado conforme a Sinfonia nº 9, do grande Mestre.

No Romantismo há a busca pelos ideais de Liberdade, de Fraternidade, de Igualdade e de Justiça. Nesse período há o grande rompimento do compositor com seu Mecenas, rompimento no sentido de que a “criação” do compositor não está mais submetida às encomendas e vontades daqueles que financiam o artista. A arte está LIBERTA! E o compositor, como um gênio incompreendido, está absolutamente livre para expor a sua criação!

E o que isso tem em comum com a *saúde mental*? Tem em comum com a busca pela liberdade, com a busca pelo direito de expor sua personalidade sem julgamentos, sem expectativas. Tem em comum a busca pela aceitação social do diferente, do estranho, do íntimo, do belo, do inconsciente...sem rótulos, sem CID's, sem a medicalização da vida! O que há de mais comum entre o Romantismo e a Saúde Mental é a sede pela vida, pelo viver! Fatos, sentimentos, histórias e acontecimentos que poderiam passar despercebidos no dia a dia e que convergem para um ponto e um contexto: o ponto corresponde ao desenvolvimento temático do primeiro movimento deste estudo e o contexto são as Unidades de Internação Psiquiátrica onde vivenciei uma outra perspectiva da saúde mental.

Cabe destacar que o primeiro movimento é o mais importante para o desenvolvimento do contexto geral de uma Sinfonia, no entanto, o gênio da música Ludwig Van Beethoven, sem

tirar a importância do primeiro movimento, transportou para o último, o maior peso temático daquela que é considerada a maior Sinfonia de todos os tempos, a sua 9ª Sinfonia.

Para melhor compreensão de cada capítulo/movimento deste *Opus*, serão abordadas as relações de significância entre a Sinfonia em questão e os temas e análises desenvolvidas pela autora deste estudo:

1º movimento: Allegro ma non troppo, un poco maestoso

A expressão “allegro ma non troppo, un poco maestoso” significa uma música que deve ser executada com certa rapidez, força e grandiosidade, mas sem exageros. Neste primeiro movimento da 9ª Sinfonia, podemos captar dois grandes ideais da Humanidade sendo confrontados: a busca do mistério do desconhecido e, a ânsia de grandiosidade, de superação da miséria da condição humana, cujo desenlace é a aspiração à vitória sobre os infortúnios que acometem a existência. No estudo trata-se das considerações iniciais da autora, que traz um pouco de sua história e de seus questionamentos entrelaçados à história da saúde mental.

2º movimento: Molto vivace

“Molto vivace” indica uma música com mais energia vital, agitada, no caso desta Sinfonia de Beethoven, com uma determinação e luminosidade de se viver. Esse movimento faz-nos refletir que jamais podemos abdicar da vida para realizar os nossos ideais que, apesar de todas as desgraças humanas, a vida é o que temos para transformar a realidade. Vale ressaltar que todos os movimentos desta Obra remetem à ideia de que o Ser Humano deve sempre buscar transcender os seus limites, entrar em comunhão com as energias universais, no entanto, sem nunca se desconectar da realidade vivenciada. No estudo, este capítulo traz algumas considerações mais detalhadas acerca da história da saúde mental no Brasil e no mundo, desde o paradigma biomédico que permeia o nascimento da psiquiatria e da clínica até a luta pela liberdade. Assim é a história da saúde e da saúde mental, cheia de vitalidades, de forças e potências que se conectam, desconectam e reconectam ao longo do caminho tortuoso do viver de nossa civilização.

3º movimento: Adagio molto e cantabile

“Adagio molto” significa um alargamento do ritmo musical, ou seja, a música é executada de forma lenta, serena, solene. Já a expressão “cantabile” indica o seu caráter melodioso, “cantável”. Nesse movimento temos um instante de pausa para o questionamento sobre o significado do amor universal, sobre o sentido da vida, de uma forma poética e apaziguadora. No estudo, o 3º movimento discorre sobre a trajetória do “fazer” da pesquisa, sua metodologia, que foi construída por meio de muita reflexão e introspecção, sendo “cantados” todos os passos da pesquisadora para obter, ou tentar obter, as respostas para suas indagações.

4º movimento - 1ª parte: Allegro assai

O 4º movimento da 9ª Sinfonia de Beethoven se divide em duas seções: a primeira é somente instrumental, como todo o restante da obra, e a segunda seção traz uma inovação revolucionária dentro da música clássica, que é a inclusão da música vocal em uma sinfonia. A primeira parte do movimento inicia de forma sombria e sentenciosa, retomando temas desenvolvidos anteriormente, num crescente de emoções e de ideias arquetípicas, compreensíveis pela intuição e não pela raciocínio lógico. Na escrita, esse movimento representa o clímax da pesquisa, onde são discutidos todos os resultados encontrados a partir das percepções dos participantes do estudo, na tentativa de transmutar para o papel a ideia “escondida” no coletivo, mas que anseia por liberdade.

4º movimento - 2ª parte: Ode an die Freude

Na segunda seção, como escrito anteriormente, temos a magnífica presença de coros e solistas vocais que nos transportam para os paraísos mais deleitosos da existência. A Ode à Alegria consiste no inovador e comovente tratamento sinfônico para um poema do romantismo alemão escrito por Friedrich Schiller, que é uma ode à ideias e sentimentos de União Universal e congregação e fraternidade entre todos os Homens. O último capítulo desta dissertação traz as considerações finais da autora sobre os resultados encontrados, mas para além disso, também emergem seus sonhos, suas aspirações de luta por uma sociedade livre.

1º MOVIMENTO: ALLEGRO MA NON TROPPO, UN POCO MAESTOSO

“...desde a infância eu tenho sido diferente dos outros, tenho visto de outro modo. Minhas paixões tinham outra fonte e minhas mágoas outra origem. O mesmo tom não despertava meu coração para a alegria. O que amei, amei sozinho”

– Edgar Allan Poe –

O primeiro movimento que trago nessa escrita, o meu ato inicial, a primeira etapa para o desfecho deste Opus, nada mais é do que um pouco de minha história! E como é difícil falar e escrever sobre si, (escrever é resistir!) relembrar os passos que foram dados ao longo da trajetória, as escolhas e as abdições que traçam o caminho tortuoso do viver. Começo com minha dedicatória e meus agradecimentos, porque mais importante que sonhar para onde se vai, é lembrar de onde se vem. E eu venho de uma cidade pequena, de uma família simples, no interior do Estado. Nasci na primavera, no período onde as flores despertam o olhar dos mais profundos, dos mais introspectivos. Quando criança, sempre me senti diferente, uma criança diferente. As amizades eram escassas e a sedução pelos livros de histórias aumentava proporcionalmente com o passar do tempo, e como o tempo infantil tem outra lógica, outra substância, percebo hoje que esta sedução cresceu indescritivelmente em meu coração.

Dos livros infantis passei rapidamente para os romances, no entanto, ainda me sentia “deslocada” em meu próprio mundo, em minha casa e em meio a minha família. Na grande janela da sala de casa, eu observava o horizonte, e não conseguia pensar em um “lugar” que realmente fosse meu, que me representasse, que preenchesse meu coração e minha alma. Isso é muito doloroso, e ao mesmo tempo muito libertador. Algum tempo se passou e aos 12 anos de idade pedi que minha mãe comprasse um CD de música clássica, mesmo sem entender muito bem o que isso significava e o que realmente esse teor musical poderia despertar em meu Ser.

A primeira música que ouvi fora “As 4 estações” de António Vivaldi, música linda, profunda, rodeada de sentimentos, de introspecção! Despertou em mim, então, a imaginação para os lugares mais longínquos desta Terra, para a beleza da Natureza, das Criaturas e me senti, pela primeira vez, ocupando um espaço, um lugar apenas meu! E desde esse breve e eterno momento, a música está comigo, dia após dia, para me “mostrar” o lugar que é apenas meu. Aos 17 anos, no auge da imaturidade dos sonhos, decidi sair de casa para estudar na famosa cidade de Santa Maria. Em 2007 ingressei no curso de graduação em Enfermagem e em 2008 no curso de Graduação em Ciências Sociais, ambos na Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

Ao ingressar, em plena adolescência, algo em mim era muito nítido, muito desperto, muito concreto, que era o interesse pelo campo da Saúde Mental. Percebi que essa inquietação existia em mim, desde a infância, pelas próprias vivências na minha grande família e pela vivência em minha própria introspecção. A curiosidade pela área aumentava na medida que os semestres foram passando, até que decidi viver uma “vivência” real, palpável para a minha formação, não apenas profissional, mas também pessoal. Nesse período fui bolsista no Serviço de Reabilitação à Dependência Química – SERDEQUIM, no Hospital Universitário de Santa Maria. Lá pude sentir profundamente a dor e o estigma vividos pelas pessoas tidas como doentes pela sociedade. A tristeza, por um longo e árduo tempo, tomou conta de meu coração e as indagações sobre o real papel de uma Unidade de Internação Psiquiátrica começaram a surgir, com força cada vez maior, em minha mente.

Os estudos se aprofundaram e eu comecei a participar do Grupo de Pesquisa de Cuidado às Pessoas, Família e Sociedade – GP PEFAS, sob orientação da Profa. Dra. Marlene Gomes Terra, do Departamento de Enfermagem da UFSM. Mas junto com os estudos sobre Saúde Mental, também vieram os estudos e leituras em filosofia, sociologia e antropologia, que me ajudaram a compreender a função social do “louco” e a necessidade que temos, enquanto Seres Humanos, de subjugar e estabelecer relações de poder na vida cotidiana. Passei a perceber que eu também participativa dessas relações de poder, ora como produtora ora como sofredora. Percebi, com o passar dos anos, que todos somos usuários da Saúde Mental, que nossa psique, dita saudável, também sofre demasiada angústia de tempos em tempos, mas mesmo assim, não desempenhamos o papel social de transtornados, e que em algum momento fomos excluídos da possibilidade de participar dessa parcela social, talvez pela nossa condição econômica, talvez pela nossa condição familiar e intelectual. Mas isso são indagações que levarão muitos anos, talvez séculos para serem respondidas...se é que um dia serão.

Após a minha formatura, em 2012, fui trabalhar como enfermeira no hospital da minha cidade. Um hospital de médio porte, na época tinha aproximadamente 100 leitos. No período entre os anos de 2012 e 2013 fui enfermeira assistencial das unidades hospitalares, fazia meus plantões na Unidade de Internação Psiquiátrica do referido hospital, e minhas indagações aumentaram ainda mais. Sempre me questionava o motivo daquelas pessoas estarem ali, internadas, fechadas, com sua liberdade comprometida. Quais crimes teriam elas cometido? Porque ser diferente é considerado patológico? O que é algo patológico? Nos anos seguintes, 2014 e 2015, trabalhei como professora dos cursos técnicos de enfermagem e de radiologia e em 2016 ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

O referido programa de residência multiprofissional, além de muito conhecimento, também me trouxe muito sofrimento e angústia. E um dos produtos da vivência experimentada nos 24 meses de pós-graduação será apresentada neste Opus. O papel é uma linha de fuga, onde se conjugam a viagem, a alucinação, a loucura, a experimentação perceptiva e mental. É fazer um “mapa” que se conecta diretamente com os movimentos sociais reais que se atravessam (DELEUZE, GUATARRI, 2011). A escrita deve ser vista como um ensaio, como algo inacabado, jamais como um lugar de divulgação de verdades incontestáveis. Os resultados de uma escrita, analisando-se a pesquisa numa dimensão processual, são sempre produzidos no “coletivo”, naquilo que nos constitui como pessoas, como indivíduos sociais e históricos, e desta forma, o “bom” pesquisador **não pode ser/estar neutro, porque escrever é ação direta que movimenta o mundo!**

É difícil escrever, porque escrever requer, conforme Foucault em Ditos e Escritos V (2006) formas de relação consigo próprio, do ponto de vista “do governo de si” e não daquele das disciplinas, do corpo dócil, perfeitamente moldável às necessidades sociais de sujeição e poder. Quem realmente escreve, escreve para romper...para romper com aquilo que está dado como correto socialmente, para romper com o corpo moldado pela sociedade, escreve-se para romper com seus órgãos internos e externos. Escreve-se para se esvaziar, para desaparecer e ressurgir. Escreve-se para ressignificar. Ressignificar o quê? Ressignificar para quê? Ressignificar para quem? Quando escrevemos, estamos rompendo conosco? Com a sociedade? Rompemos com a “sanidade” imposta socialmente?

Estamos condicionados a não romper. Porque romper requer movimento, e movimento requer inquietude e inquietude requer coragem. E coragem não é para a maioria dos homens. Vivemos em uma época em que a humanidade está em uma guerra sem tréguas entre o humano e o robótico, entre o natural e o artificial, entre a vida e o dinheiro, entre Ser e não Ser, entre movimentar e permanecer. Quem escolhe o humano, o natural, a vida e o movimento, inicia uma longa e árdua caminhada contra a superficialidade, a mediocridade e o vazio existencial que impera na sociedade capitalista.

Estamos precisando de escritas que nos causem desconforto e indignação. Escritas que nos façam repensar nosso papel enquanto “atores” sociais, que nos “inflamem”¹ enquanto Seres Humanos, que nos façam sentir. Sentir na mais profunda introspecção. Que nos façam sair de nossas casas seguras, com tetos impermeabilizados contra a chuva, os raios e os trovões da

¹ O sentido de inflamação, trazido neste trecho, refere-se à poesia. Ao sentido poético da palavra, que tem em seu íntimo o teor de movimentar sentimentos e energias que nos impulsionam à reação social, à indignação, à paixão ao próximo, à misericórdia. Sentimentos que nos tirem do automatismo.

natureza. Temos a nós mesmos em altíssima estima, em altíssima posição. Porém precisamos olhar com os olhos que enxergam e ouvir com os ouvidos que escutam, os verdadeiros ouvidos e olhos, aqueles que captam as energias do microcosmos de dentro, do interior. A intenção dessa escrita é fazer sentir. Sem delongas, sem agrados, apenas sentir e refletir. Nada mais.

Após trazer um pouco de minha história, agora é hora de dissertar sobre a macro história que nos levou e nos leva às lutas que travamos até os tempos atuais. A Reforma Sanitária, iniciada nos anos de 1970 e que permeia o nosso viver e fazer, enquanto profissionais da resistência contra o neoliberalismo e o capitalismo selvagem na saúde e na sociedade, foi fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A realidade da saúde no período que o antecede era de exclusão de uma parcela significativa dos cidadãos brasileiros, já que a mesma não era considerada um direito universal e de bem estar social. Nesse sentido, as pessoas que não contribuíam com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) não gozavam do direito de utilizar os dispositivos de saúde².

Em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a primeira após a retorno da democracia, foram discutidos os parâmetros sociais para a saúde e tinha, não como lema, mas como uma ideia (e ideias são à prova de balas³), um sentimento, uma inspiração, uma inflamação, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O novo modelo de saúde se constitui, a partir de seu arcabouço jurídico, como um sistema universal e descentralizado, perpassando os princípios doutrinários de equidade e integralidade da assistência como direitos constitucionais dos cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Concomitante ao movimento de Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica Brasileira configura-se como um dos mais ousados, complexos e desafiadores movimentos sociais em busca de mudanças de valores e conceitos no que tange à saúde das pessoas em sofrimento psíquico. Oficializa-se com a Lei Federal Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção em saúde mental, por meio da criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) busca consolidar o modelo de atenção à saúde de base comunitária, onde os dispositivos para atender os usuários estão

² Nesse período da história brasileira, minha avó materna era enfermeira no mesmo hospital em que trabalhei após a minha graduação, e ela me contava o sentimento de tristeza que vivia, já que trabalhava na unidade de internação hospitalar dos indigentes, e que por inúmeras vezes ela utilizava as sobras das medicações dos pacientes contribuintes para o tratamento dos não contribuintes. Eu cresci ouvindo essas histórias e foram estas histórias que me levaram a escolher a enfermagem como profissão, para mudar realidades.

³ Essa frase foi retirada do filme “V for Vendetta” e simboliza a luta do povo contra o neoliberalismo que assola a sociedade e que aflora sentimentos de medo, impotência e também de alienação social e ambiental. Representa um manifesto que tem como tema principal “o governo deve ter medo de seu povo e não o oposto”.

inseridos onde ocorre o viver das pessoas, na própria comunidade, no território onde estão inseridos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

A PNSM, tem como um dos principais objetivos, além do fechamento dos hospitais psiquiátricos e a proibição de internações de longa permanência para pessoas com menos de 60 anos, a redução gradativa dos leitos de internação psiquiátrica e o aumento dos serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), bem como a implementação da Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas e a implantação do Programa de Volta para Casa (BARROS; SALLES, 2011). Nessa perspectiva, os leitos para internação psiquiátrica só devem ser acessados como último recurso, ou seja, após se esgotarem todas as tentativas de tratamento e acompanhamento nos serviços extra-hospitalares e esses se mostrarem insuficientes para atender as demandas de saúde dos usuários (BRASIL, 2001).

No entanto, verifica-se que no Brasil a prática da internação psiquiátrica ainda se faz muito presente como um recurso inicial ao tratamento, indo ao encontro do que é preconizado pela PNSM e RPB. Colaborando com tais aspectos, a partir das discussões vivenciadas na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), principalmente no Grupo de Trabalho sobre Internações em Saúde Mental (GT Internação) da Coordenação Regional de Saúde Mental, da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, onde participam profissionais de todos os hospitais que possuem leitos de internação psiquiátrica da região. Bem como, por meio de reflexões teórico-práticas e leituras realizadas no referido curso de pós-graduação lato sensu, e a participação nas reuniões do Grupo de Pesquisa ao Cuidado de Pessoas, Famílias e Sociedades (GP – PEFAS) do Departamento de Enfermagem da UFSM, e também as experiências vivenciadas pela pesquisadora, enquanto profissional da saúde, pode-se perceber que a prática da internação psiquiátrica está muito presente na região central do Estado do Rio Grande do Sul, e que dos 6 Hospitais Gerais com unidades de internação psiquiátrica que compõem o universo regional, 5 não tinham participado de nenhum estudo sobre o tema.

Consoante ao exposto, **justifica-se** a importância de compreender a percepção dos trabalhadores acerca da internação psiquiátrica, à partir das falas dos profissionais das equipes multiprofissionais dos hospitais que apresentam leitos de internação psiquiátrica nos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Pois percebe-se que a temática se apresenta na atualidade como uma condição de saúde pública, que deve ser considerada como situação urgente na área da saúde. Sendo possível, desta forma, identificar o quanto a relação entre saúde mental e internação psiquiátrica permeia as ações em saúde e o

quão necessário é o fomento desta discussão para que não haja retrocessos sociais nesta área, justificando, de forma relevante, a realização deste estudo.

Nessa perspectiva, tem-se como **objeto de estudo**: a internação psiquiátrica na percepção das equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais. E, como **questão norteadora**: qual a percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais da 4^o Coordenadoria Regional de Saúde (4^a CRS) sobre a internação psiquiátrica?

1.1 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender a percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica dos Hospitais Gerais pertencentes à 4^a Coordenadoria Regional de Saúde sobre a internação psiquiátrica.

Objetivos Específicos

Conhecer os critérios para internações psiquiátricas nos hospitais gerais pertencentes à 4^a CRS a partir da percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica;

Conhecer as características do tratamento ofertado ao usuário durante a internação psiquiátrica a partir da percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação dos hospitais gerais da 4^a CRS;

Conhecer o papel da unidade de internação psiquiátrica na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir da percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação dos hospitais gerais da 4^a CRS.

2º MOVIMENTO: MOLTO VIVACE

Este capítulo tem por finalidade apresentar algumas reflexões e acontecimentos sociais e culturais que marcaram a história da saúde mental, desde a recapitulação do cenário histórico mundial que proporcionou o nascimento da psiquiatria enquanto especialidade médica, perpassando pelas homogeneidades e particularidades pertencentes à história da psiquiatria no Brasil, contemplando os movimentos sociais de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira até o surgimento da Atenção Psicossocial, que trabalha numa perspectiva humanista de reinserção e pertencimento social e familiar das pessoas em sofrimento psíquico, entrelaçando o percurso e o significado das internações psiquiátricas em cada contexto apresentado.

2.1 A produção social da loucura: aspectos da constituição do paradigma psiquiátrico⁴

O clima econômico, político e científico característico do período dominado pelo mercantilismo, como regime econômico adotado pela sociedade absolutista, traz em si uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, bem como as mercadorias e a atividade produtora da população. Para que a produção se mantivesse quantitativamente, era necessário um grande “investimento” na saúde da população. Nessa perspectiva, desde o final do século XVI e começo do século XVII, todas as nações européias desenvolveram uma preocupação com o estado de saúde da população com o intuito de assegurar força ativa às nações. Estabelecem estatísticas de natalidade e mortalidade, principalmente na França e Inglaterra, com o intuito de aumentar a população (maior população ativa, maior força econômica) sem nenhuma intervenção efetiva ou organizada para elevar o nível de saúde (FOUCAULT, 2017a).

O nascimento da medicina social deu-se por meio de três etapas, sendo estas a medicina de Estado, desenvolvida na Alemanha no começo do século XVIII; a medicina urbana, desenvolvida na França em fins do século XVIII e finalmente, a medicina da força de trabalho, desenvolvida pela Inglaterra no começo do século XIX (FOUCAULT, 2017a). Destaca-se que a medicina de Estado alemã traz a figura do médico como um administrador de saúde, um saber

⁴ Título inspirado nas obras de Paulo Amarante e que representa o meu sentimento, enquanto pessoa vivente no mundo, sobre a construção social das pessoas, mas principalmente das pessoas em sofrimento mental. Nesse mundo capitalista, não há espaço para aquele que não “produz”, e isso deve ser exposto e problematizado. Os espaços para produção de amor devem estar sempre abertos e a vida mais colorida.

médico estatal subordinado a uma administração central. Observa-se, desta forma, que antes da medicina clínica do século XIX, o que existe é uma medicina “funcionarizada, coletivizada, estatizada” ao máximo (FOUCAULT, 2017a, p.151).

A medicina urbana francesa, parida pelos grandes centros urbanos e pela necessidade absurda de constituir a cidade como uma unidade, um corpo urbano homogêneo capaz de responder a um poder único e bem regulamentado, está como um dos grandes ocorridos para o nascimento da medicina social. A razão que levou ao desenvolvimento da medicina urbana, além da econômica, foi a razão política devido ao surgimento da população operária pobre que, no século XIX, vai tornar-se o proletariado, aumentando as tensões políticas no interior da cidade (FOUCAULT, 2017a).

A psiquiatria como especialidade médica nasceu com Philippe Pinel no final do século XVIII. A loucura perde o misticismo simbólico caracterizado pela Idade Média e, passa a ser analisada como doença, sendo a internação/isolamento/asilamento a principal estratégia de tratamento para os desajustados. Vale ressaltar que esse “novo olhar” sobre a loucura integra uma gama de modificações sócio-culturais em todo o mundo. A Revolução Francesa faz emergir uma nova era na civilização ocidental, o absolutismo foi derrubado junto com o poder do clero, e como consequência há a ascensão burguesa (FOUCAULT, 2017a; FOUCAULT, 2017b)

Os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade tornaram-se marcos conceituais e pontos estruturantes para a nova organização social, onde as concepções de democracia e cidadania passam a fazer parte do vivido das pessoas. Desta forma, há o surgimento de uma organização social de estilo contratual e baseada no liberalismo, e nesse instante a loucura apresenta-se como um grave problema para a sociedade burguesa. Durante o século XVIII, a força de trabalho passa a ter grande importância em função da industrialização dos grandes centros urbanos. Tais transformações sociais, políticas e econômicas, tornaram possíveis a reorganização da assistência à saúde fornecida para a população, contribuindo também para a reforma do hospital (FOUCAULT, 2017b; BRITTO, 2004).

Anterior a esse período, o hospital era compreendido como uma instituição de caridade para assistência aos necessitados, exercendo basicamente a manutenção da ordem social por abrigar todos os considerados “desajustados” socialmente, sendo a solução para as pessoas em ruptura com a integração social e não, necessariamente para os doentes. Observa-se esse paradigma, quando o tratamento médico na época poderia ser realizado em domicílio, caso a pessoa estivesse socialmente inserida (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2017a; BRITTO, 2004; FOUCAULT, 2017b).

No entanto, no final do século XVIII há a reorganização do hospital, agora sob responsabilidade médica, assumindo um papel de cura da população adoecida, possibilitando sua medicalização, com algumas características marcantes para o seu funcionamento como isolamento, disciplina, classificação das doenças e vigilância constante. Assim, a produção do saber médico no ambiente hospitalar, antes esporádica (como hospedagem) e agora constante (como nosocômio) possibilitou a análise do fenômeno estudado, permitindo que as doenças fossem isoladas, separadas e observadas minuciosamente em seu desenvolvimento, possibilitando sua classificação. Nesse ínterim, o hospital passa a ocupar um espaço de privilégios na sociedade liberalista, tornando-se um local de aprendizagem, produção e transmissão do saber para o estabelecimento/nascimento da medicina clínica (FOUCAULT, 2017a; BRITTO, 2004; FOUCAULT, 2017b).

A loucura, antes considerada como desrazão e rompimento com a realidade, passa a ser considerada como transtorno mental, estando sujeita às vontades e manifestação da clínica médica. E para melhor conhecê-la, a medicina atuou de acordo com a metodologia epistemológica vigente no período: isolar, separar, classificar e agrupar conforme as características observadas. O surgimento da medicina científica confere ao médico uma vantagem sobre as outras práticas de cura tradicionalmente desenvolvidas pela sociedade, nesse sentido, o papel social do médico está fundado nas relações sociais de poder, não estando conectado à evolução do saber científico em si, mas em processos de construção social (FREITAS, AMARANTE, 2015; BRITTO, 2004).

Ao mesmo tempo que isso possibilitou a transformação hospitalar e concedeu ao saber psiquiátrico a capacidade de ser o produtor de teorias e práticas, também introjetou, no imaginário cultural, o papel social do doente. A fabricação da doença mental, que consiste em patologizar comportamentos sociais, nos permite analisar a dimensão do poder que a medicina adquiriu em tempos modernos. Comportamentos e sentimentos naturais relacionados à existência do Ser Humano ganham novos aspectos: a *angústia*, transforma-se em *transtorno de ansiedade*; a *tristeza* passa a ser *depressão*, e com isso surge como um desastre ambiental avassalador que destrói continentes, a *medicalização* da vida (FREITAS, AMARANTE, 2015).

O transtorno mental representa a ruptura com a razão, e por consequência com a liberdade. O tratamento moral, nesse período, representa uma chance de cura por meio da “reeducação” da psiquê da pessoa em sofrimento. O isolamento, como princípio terapêutico mais importante na psiquiatria moral, e que nos assombra até hoje, permite o afastamento do “alienado” do meio social produtor da doença. Nessa perspectiva, o “sequestro social” da pessoa desajustada por meio da internação, permite a dominação da medicina mental por mais

de um século. A desinstitucionalização, o cuidado em domicílio, a confiança no poder terapêutico dos vínculos familiares e das relações profissionais se tornam inertes e invisíveis à sociedade contratual do liberalismo econômico e, a hospitalização torna-se a única resposta sensata e necessária aos questionamentos da “loucura” (FOUCAULT, 2017a; BRITTO, 2004; FOUCAULT, 2017b; FREITAS, AMARANTE, 2015).

A obra de Pinel representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2016, p. 26).

Nesse contexto, internar as pessoas era uma exigência, já que nenhum indivíduo podia ser ocioso no mundo liberal, moralista e religioso. O uso abusivo do isolamento e asilamento, como uma estratégia terapêutica, contribuíram para formar uma estrutura de tratamento sólida e forte no campo da psiquiatria. Essa construção, que atravessa os muros físicos do manicômio e se insere nos muros cognitivos da psique e da cultura humana, teve como consequência a constituição de concepções que ainda se fazem presentes, mesmo que em menor proporção, na vida das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental: o estigma, a segregação, a exclusão, a objetivação do indivíduo, a perda do princípio ético da autonomia e convívio em sociedade e, a invalidação da sua complexa, densa e inquestionável experiência do vivido com relação aos sintomas que permeiam o sofrimento mental (AMANCIO, ELIA, 2017; FOUCAULT, 2017b).

2.2 Asilados ou exilados? A história da psiquiatria no Brasil

“A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento”
(AMARANTE, 2014, p. 74).

Assim como ocorria na Europa, no Brasil dos séculos XVIII e XIX se ressaltava a necessidade de um tratamento psiquiátrico com inclinação para a exclusão. A loucura só vem a ser objeto de intervenção do Estado a partir da chegada da Família Real no Brasil, devido a necessidade de controle social para que as cidades e as populações possam se desenvolver de maneira ordenada. Em meio a esse contexto, a medicina como participante da reorganização do espaço urbano, acaba por “desenhar o projeto arquitetônico” da psiquiatria brasileira (AMARANTE, 2014; AMANCIO, ELIA, 2017).

A partir do diagnóstico, em 1830, sobre a situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro, a medicina reivindica o mandato delegatório sobre a loucura e em 1852 é inaugurado o Hospital Psiquiátrico Pedro II, o “Palácio dos Loucos” e nesse mesmo ano é promulgada a primeira lei que regulamenta a assistência às pessoas com sofrimento psíquico no Brasil. Após a Proclamação da República, o Hospital Psiquiátrico Pedro II passa a denominar-se *Hospício Nacional de Alienados* e é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, como primeira instituição pública Republicana. Destaca-se que esse movimento ocorre na tentativa de modernizar a psiquiatria, para que os asilos não mais se assemelhem às instituições fundadas no absolutismo que destoam do ideal liberal presente na nova República. Nesse mesmo período, são criadas as primeiras *colônias de alienados*, sendo elas: Colônia de São Bento, de Conde de Mesquita, de Juqueri e de Vargem Alegre, no Rio de Janeiro e em São Paulo, com a intenção de tratar os homens considerados alienados e que cometeram algum delito e a Colônia do Engenho de Dentro destinada às mulheres indigentes (AMARANTE, 2014; AMANCIO, ELIA, 2017).

Este conjunto de medidas se caracteriza como a primeira reforma psiquiátrica no Brasil e o modelo asilar de assistência em colônias tem como objetivo principal a convivência fraterna entre os alienados e a comunidade, tanto em casa quanto no trabalho. A população vivente nas colônias não era composta exclusivamente de pessoas portadoras de condições crônicas, mas também por indivíduos com comportamentos considerados inadequados socialmente, como as moças “namoradeiras que perderam a virgindade” antes de serem consumidas pela submissão do matrimônio, crianças órfãs, moradores de ruas, entre outros. Enfim, todas as pessoas que rompiam, de uma forma ou de outra, com os rituais cristalizados da sociedade hipócrita e opulenta, encontravam no encaminhamento ao hospício a solução definitiva para suas vidas (AMARANTE, 2014; AMANCIO, ELIA, 2017, p. 28).

Após esse período da história nacional, Juliano Moreira assume a Assistência Médico-Legal aos Alienados trazendo para o Brasil a escola psiquiátrica alemã. Com esse novo enfoque teórico, o biologicismo passa a explicar a origem das doenças mentais, tornando-se um dos pontos a ser questionados na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse mesmo período, com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria se constitui como um programa de intervenção no espaço social com características segregadoras, pretendendo, não apenas estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas também impor a padronização de comportamentos coletivos considerados “sadios” (AMARANTE, 2014).

Continuando a retrospectiva histórica, nos anos 30 e 40 a psiquiatria torna-se mais poderosa e o asilamento mais frequente, destacando-se a ampliação de vagas nos hospitais e a

modernização dos centros cirúrgicos para as promissoras lobotomias. Na década de 1950 reforça-se cada vez mais o processo de psiquiatrização com o aparecimento dos primeiros neurolépticos. Cabe destacar que mesmo tendo uma importante contribuição, o uso dos fármacos na saúde mental dá luz à uma postura que remete à mecanismos de repressão e violência, e tem como principal objetivo tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (AMANCIO, ELIA, 2017; AMARANTE, 2014).

[...] a assistência psiquiátrica continua a ser prestada, nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, principalmente no que tange à assistência privada, em nada contribuíram seja na desospitalização, seja na desinstitucionalização (AMARANTE, 2014, p. 79).

Salienta-se que com o fim da Segunda Grande Guerra, surgem inúmeras experiências de reformas psiquiátricas espalhadas pelo mundo, no entanto uma característica comum a todas estas experiências, quando implantadas no Brasil, é a sua marginalidade. São experiências locais, à margem das propostas e dos investimentos públicos. Segundo Amarante (2014), muito desses “fracassos” deve-se à fortíssima oposição exercida pelo setor privado que, em larga expansão, controla o Estado inclusive no campo da saúde, sendo um dos responsáveis pela crise da Previdência Social vivida nos anos 80.

Ante ao exposto, verifica-se que as políticas públicas de Saúde Mental no Brasil tiveram como mola propulsora o modelo manicomial de exclusão, sendo contestado e questionado a partir do final dos anos 60. Conforme visto anteriormente, nesse período a privatização dos hospitais psiquiátricos gerou consequências para o setor saúde do país. Esses hospitais privados, favorecidos por políticos e geradores de renda à seus proprietários, muitas vezes, mantinham condições de tratamento sub humanos, como superlotação, falta de recursos humanos e maus tratos. Além das condições de tratamento, essas instituições provocaram um “inchaço” devido ao número excessivo de pacientes internados desnecessariamente (AMANCIO, ELIA, 2017; AMARANTE, 2014).

2.3 A reforma sanitária e a reforma psiquiátrica brasileira: o trabalho em saúde mental na dinâmica do Sistema Único de Saúde

O sistema de saúde brasileiro adquiriu ao longo de sua evolução, características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico do país. Percebe-se assim, que a evolução da política de saúde no Brasil deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social, onde a assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa com a contratação de serviços privados. Observa-se, no período que antecede a criação do SUS, a clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a segunda, assumida pela Previdência Social e pela medicina liberal (AGUIAR, 2011).

Na conjuntura da luta contra a Ditadura Militar no Brasil, na década de 1970, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira emergem, como movimentos de resistência, a partir da crítica ao sistema nacional de saúde, ao caráter privatista da política de saúde do país e a crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 2014). Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolida-se como sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã”. A sua inscrição na Carta Magna acatou as proposições da sociedade civil, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando, de forma significativa, o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileiro, pautado por um conjunto de princípios doutrinários e organizativos baseados em referenciais humanistas e válido em todo território nacional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Quanto à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), destaca-se que esta é contemporânea à Reforma Sanitária. Contudo deve-se considerar, respeitando suas especificidades, que ambas se constituíram como movimentos sociais ligados à luta por direitos e cidadania no que tange à política de saúde do país.

Nos anos de 1960 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, nesse sentido Amarante destaca:

Este modelo privatizante (em todo o setor saúde, e não apenas no subsetor saúde mental) é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência Social que se deflagra no início dos anos 80 (2014, p. 80).

A primeira fase da reforma psiquiátrica brasileira destaca-se pela crítica ao asilo e à mercantilização da loucura e ocorre no final dos anos de 1970 e começo dos anos 1980. Essa fase inicia-se quando começam a surgir as primeiras denúncias de violência e abandono dos usuários internados em hospitais psiquiátricos. Salienta-se que as denúncias foram divulgadas, inicialmente, por profissionais jovens que eram contratados como estagiários ou bolsistas, para suprir a falta crônica de recursos humanos nos grandes hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, ocorrendo também em Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Os hospitais psiquiátricos públicos viviam uma situação crônica de abandono e abrigavam a população carente, que não tinha direito à previdência social (DELGADO, 2014).

Observa-se, que até esse período, as razões gerais e os determinantes políticos, econômicos e culturais para a ocorrência desse abandono dos usuários nos hospitais psiquiátricos baseava-se na ideologia de que o tratamento psiquiátrico só poderia ser realizado em ambiente hospitalar fechado. Indo ao encontro do imaginário popular de que o “louco” era incapaz e perigoso, e por este motivo, não tinha possibilidade de melhora para a vida em sociedade. Além desse argumento, destaca-se a situação objetiva da completa ausência de alternativas assistenciais fora do hospital e também a inexistência de uma política de saúde mental de âmbito nacional.

Quanto à dicotomia da inexistência de uma política de saúde mental de âmbito nacional e a existência de clínicas privadas conveniadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) salienta-se:

[...] na medida em que sequer havia uma política nacional de saúde, pois conviviam dois sistemas que não se comunicavam: os hospitais asilares do Ministério da Saúde (para os chamados “indigentes”) e as clínicas privadas conveniadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (para os “segurados”, isto é, que tinham carteira de trabalho, mas eram, em geral, desempregados urbanos. Havia, portanto, duas espécies de hospitais psiquiátricos [...] nos hospitais públicos estatais, em que o modelo asilar de confinamento (longas internações, instituições fechadas, isolamento) era mais evidente, internavam-se, por tempo indeterminado, os pacientes oriundos dos segmentos mais pobres da população [...] nos hospitais do INPS, internavam-se os “novos” pacientes, aqueles que tinham conseguido algum vínculo laboral e faziam jus ao benefício do INPS (DELGADO, 2014, p.14).

Para a lógica financeira dessas clínicas privadas, mas financiadas pelo setor público, era importante manter sempre todos os leitos ocupados, e o mecanismo de financiamento

funcionava como um estímulo a manter o paciente internado por períodos longos. Essa lógica mercantilista e hospitalocêntrica, que garantia uma taxa de ocupação de 100% dos leitos disponíveis, transformava o usuário em um objeto de lucro, sendo esta, uma das maiores críticas da reforma psiquiátrica.

A segunda fase da reforma se baseia na tentativa de “entrar” no sistema asilar, para então transformá-lo. Nessa época houve os primeiros esforços de desinstitucionalização dos usuários internados nos hospitais psiquiátricos e também a ampliação da oferta de atendimento em saúde mental fora do hospital, com a criação dos primeiros ambulatórios. A terceira fase da reforma psiquiátrica consolida-se na construção de uma Política Nacional de Saúde Mental, visto que a redemocratização do país e a construção do Sistema Único de Saúde permitiram o desenvolvimento da reforma psiquiátrica com a proposta de criação de serviços de substituição ao modelo hospitalocêntrico, fazendo assim, parte das orientações da política pública de saúde do país (DELGADO, 2014).

Dentre as Políticas que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se a da Saúde Mental como uma das mais complexas, ousadas e desafiadoras políticas já implementadas no país. A partir da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2001, a saúde mental compreende o processo saúde/doença envolto em aspectos culturais, onde a pessoa, inserida num contexto histórico, social e político (re)significa e dá sentido à sua vida por meio de sua existência-sofrimento. Desta forma, os direitos das pessoas com transtornos psíquicos são, então, assegurados constitucionalmente e por legislação específica e, passa a ser direito do usuário, formas de assistência e tratamentos que estimulem seu protagonismo e autonomia pessoal, onde os hospitais psiquiátricos progressivamente têm deixado de constituir a base do sistema assistencial, cedendo esse espaço para os serviços de base comunitária (BRASIL, 2001).

A aprovação da Lei nº 10.216, em abril de 2001 e a consolidação da rede comunitária e territorial dos serviços de saúde mental através da Portaria nº 336, de fevereiro de 2002 consolidam a quarta fase da reforma psiquiátrica brasileira. Nessa perspectiva, observa-se que os direitos humanos dos usuários de saúde mental são considerados como os pressupostos orientadores para abordar as demandas oriundas dos próprios usuários. Também se observa que a produção de saúde está ligada a afirmação dos sujeitos em seus direitos, suas escolhas, ou seja, sua autonomia. Essa abordagem vai ao encontro dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, que preveem a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a equidade e a integralidade no atendimento.

A partir dessa perspectiva, a compreensão do ser humano solicita um olhar além da ótica diagnóstica, tão presente na psiquiatria clássica, que reduz o indivíduo a um quadro de sinais e

sintomas a serem reprimidos pelo uso da psicofarmacologia e inserção em atividades grupais. Tem-se que a partir da reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental, as internações psiquiátricas devem ocorrer somente quando todos os dispositivos extra hospitalares forem acessados e se mostrarem insuficientes, desconstruindo o modelo puramente hospitalocêntrico para a construção do modelo biopsicossocial. Contudo, se houver a necessidade de internação psiquiátrica, a legislação traz em seu parágrafo segundo que esta deverá ser estruturada de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, também vedando a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

Assim, o trabalho em saúde mental na dinâmica do Sistema Único de Saúde dá-se por meio da construção de estratégias que considerem todos os elementos da vida do usuário, de forma a evitar a reprodução do controle e do isolamento. Ocorre através da escuta qualificada e da produção de vínculo por meio das tecnologias leves, com a intenção de analisar todos os pontos complexos dos campos relacional e existencial do usuário, que levam a produção do sofrimento. Esse diálogo se dá nos territórios social e existencial dos mesmos, e para ser transformador implica a articulação, o agenciamento de novos recursos e novos atores, no sentido de modificar as cenas que produzem o sofrimento, a ausência de valor, a exclusão (KINKER, 2014).

2.4 As internações em saúde mental no contexto da Atenção Psicossocial⁵

No Brasil e no mundo, a história da psiquiatria está impregnada de histórias de isolamento e asilamento das pessoas em sofrimento mental. Esses indivíduos eram retirados do convívio social e familiar, num modelo assistencial hospitalocêntrico. Essas práticas, como visto anteriormente, mesmo que com o objetivo inicial de tratamento, trazem em sua matriz cultural a violência contra os direitos humanos e a retirada total de sua autonomia, fazendo com que as pessoas percam "o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem" (FOUCAULT, 2017a). Porém no final da década de 70 o cenário da Saúde Mental no Brasil começou a mudar, através de denúncias às formas de tratamento e irregularidades nos hospitais psiquiátricos, repercutindo em vários setores da

⁵ Está com as iniciais em maiúsculo para simbolizar a nova perspectiva das internações psiquiátricas, como último dispositivo que deve ser acessado para o tratamento, quando todos os demais serviços se mostraram insuficientes para suprir as necessidades de saúde dos usuários.

saúde, com o apoio de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) (AMARANTE, 2014).

A RPB se desenvolveu no contexto das reformas psiquiátricas de outros países, firmado na concepção contra hegemônica ao modelo baseado nos princípios da psiquiatria clássica; principalmente na Italiana, que em 1978 aprovou a Lei 180, que reorganizou o modelo assistencial às pessoas em sofrimento psíquico, denominada Lei Basaglia, seu precursor, construindo um novo cenário assistencial e político. Nesse sentido, coloca-se em discussão a instituição Hospital Psiquiátrico, já que historicamente o saber psiquiátrico está inserido/enraizado/cimentado dentro desse ambiente, e a relação existente entre tratamento e custódia produz abortos sociais em vez de nascimentos (AMARANTE, 2014; ROTELLI, 2014).

As transformações decorrentes da reforma psiquiátrica têm como uma de suas propostas uma mudança cultural no que diz respeito à relação da sociedade com a loucura, motivando o processo de desinstitucionalização (MÜLLER, MALUF, 2016). Para Amarante (2016), o percurso da Reforma Psiquiátrica não foi apenas uma reestruturação do modelo assistencial, e sim um permanente movimento de inovação de conceitos, princípios e atores envolvidos.

Com o desenvolvimento do novo modelo organizacional, a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, transforma a prática em política pública instituída no país, com a ideia da redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de dispositivos de saúde de base comunitária, onde ocorre o viver das pessoas. Os serviços substitutivos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que materializam os ideais da RPB garantindo acesso, acolhimento e tratamento dignos a pessoa com sofrimento mental, na comunidade onde está inserido, além dos Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT), Equipes de Consultório na Rua, Unidades de Acolhimento, entre outros (PINHO, HERNÁNDEZ E KANTORSKI, 2010; COSTA et al, 2011).

Os direitos das pessoas com transtornos psíquicos são, então, assegurados constitucionalmente e por Lei específica e passa a ser direito do usuário de Saúde Mental, formas de assistência e tratamentos que estimulem seu protagonismo e autonomia pessoal (BRASIL, 2014). Com base na Política Pública de Saúde Mental e com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, reestruturando a atenção à Saúde Mental, os hospitais psiquiátricos progressivamente têm deixado de constituir a base do sistema assistencial, cedendo esse espaço para a rede de Serviços de Atenção Psicossocial, focada nos usuários e suas necessidades.

Esse processo de transformação preconizou a presença e o fortalecimento da participação da família do usuário da saúde mental no cotidiano dos serviços substitutivos, repercutindo diretamente na reinserção social da pessoa em sofrimento, bem como possibilita um novo olhar sobre seus direitos e sua autonomia. Nesse sentido, a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos o controle sobre as internações e a organização de uma rede hierarquizada, observa-se maior permanência diária dos usuários em casa, em convívio com seus familiares como uma conquista relevante do processo de desinstitucionalização (KEBBE, et al. 2014; DUARTE, et al, 2018).

A inserção da família como uma das responsáveis legais pelo cuidado ao usuário, conforme princípios da RPB e da PNSM, traz em si também a necessidade de assistência e suporte psicossocial aos familiares, pois no cotidiano partilhado com a pessoa com transtorno mental, as famílias enfrentam problemas, dificuldades ou eventos adversos que podem afetá-las significativamente. Assim, entende-se que, além de aliados no processo de tratamento, os familiares também necessitam de cuidados (CONSTANTINIDIS, ANDRADE, 2015).

Embora o modelo assistencial em saúde mental tenha se redirecionado na perspectiva de uma Rede de Atenção Psicossocial pautada em referenciais humanistas de liberdade, a internação ainda se faz necessária em determinados momentos da vida do indivíduo. Desta forma, se houver a necessidade de internação, a legislação traz em seu parágrafo segundo que esta deverá ser estruturada de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros, também vedando a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

Ressalta-se que o diagnóstico do transtorno mental em si não é o fator que determina ou não a necessidade da internação, mas sim o quadro de gravidade que a pessoa apresenta em decorrência das demandas terapêuticas ultrapassarem a possibilidade de ofertas produtoras de saúde nos serviços extra hospitalares. Nesse sentido, a mudança na forma de produzir cuidado vem se consolidando como um processo social complexo, preconizado pela desinstitucionalização, que traz em seu íntimo os ideais da Reforma: o cuidado inclusivo, que visa à autonomia e à corresponsabilização da família e da sociedade para a reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico, devolvendo-lhe a capacidade de contraturalizar as decisões que dizem respeito ao seu viver (BRISCHILIARI, et al, 2014; CARDOSO, GALERA, 2009; FIRMO, JORGE, 2015).

Para que esse modelo revolucionário de atenção à saúde possa adquirir caráter exitoso, é necessário pensar a micropolítica de gestão dos processos de trabalho que se cristaliza no

cotidiano dos dispositivos de saúde, incluindo o cotidiano das UIP em Hospitais Gerais. A produção do cuidado em saúde agrega as dimensões pessoais, familiares, profissionais, organizacionais e sistêmicas, e nela se vislumbra a utilização de recursos, vínculos e estratégias de tratamento em consonância com a proposta de humanização das práticas e das políticas de saúde do país (BRISCHILIARI, et al, 2014; CARDOSO, GALERA, 2009; FIRMO, JORGE, 2015).

Contudo, no contexto das internações psiquiátricas, tem-se que as instituições hospitalares ainda são hegemônicas, tanto pela quantidade quanto pelo aporte financeiro nelas investido, pelos entes federados. Assim, o hospital, fechado em sua rotina, acaba muitas vezes por se desarticular com os demais serviços que compõem a RAPS, dificultando o trabalho interdisciplinar e a formação continuada dos profissionais, o que não contribui para uma assistência humana de qualidade no campo da saúde mental. Desta forma, observa-se que o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental não necessariamente evidencia a consolidação de novas posturas profissionais frente ao indivíduo em sofrimento psíquico, algo que pode influenciar no tratamento durante o processo de internação (BRASIL, 2001; BORBA, et al, 2015).

Nessa perspectiva, a internação psiquiátrica, ainda é entendida como um recurso terapêutico bastante utilizado no contexto da Saúde Mental brasileira, para Campos (2001), a internação produz uma quebra de vínculo do usuário com o serviço substitutivo, o que culmina em fragilidade e exposição ao risco de novas internações. Portanto, é preciso reforçar o papel dos CAPS, como ponto estratégico no acompanhamento do usuário de Saúde Mental, proporcionando ao usuário tratamento digno e evitando as internações psiquiátricas.

3º MOVIMENTO: ADAGIO MOLTO E CANTABILE

A pesquisa caracteriza-se como um trabalho cíclico com ritmo espiralado que tem início com uma pergunta e finaliza com um produto que dá origem a outros questionamentos, se tornando algo provisório, já que as realidades do vivido se modificam na mesma intensidade que modificam as pessoas, num ciclo que sempre se abre para novas indagações. Nessa perspectiva, apresenta-se neste capítulo o percurso metodológico que coloca a pergunta norteadora da pesquisa “qual a percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais da 4º Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) sobre a internação psiquiátrica?” no centro da investigação (MINAYO, 2010).

O ciclo de pesquisa se constrói em etapas, tendo início na elaboração de um projeto de estudo e demais procedimentos para a entrada no campo onde ocorrerá a pesquisa, chamada de fase exploratória. O seguimento ocorre com a entrada do pesquisador no campo com a intenção de tornar prático (coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada) aquilo que foi construído na primeira etapa, essa fase chama-se trabalho de campo. A análise e tratamento documental, etapa final da pesquisa, subdivide-se em ordenação, classificação e análise dos dados, e pretende compreendê-los e interpretá-los, para então articulá-los com todo o embasamento teórico que fundamentou o projeto (MINAYO, 2010).

Compreende-se por pesquisa social, os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO 2014).

3.1 FASE EXPLORATÓRIA

Conforme apresentado anteriormente, a fase exploratória é considerada a etapa inicial para o desenvolvimento da pesquisa e compreende a construção do projeto e os procedimentos para a entrada no campo a ser analisado. Nessa perspectiva, será apresentado: o tipo de pesquisa; cenário de estudo; participantes da pesquisa; e, estratégias de entrada no campo.

3.1.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, não havendo quantificação de valores e as trocas simbólicas não se submetem à prova de fatos (SILVEIRA e CÓRDOVA, 2009). Essa abordagem é a que melhor se propõe a responder os objetivos deste estudo, que teve como objetivo geral a busca pela compreensão da internação psiquiátrica, considerando as percepções dos trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais pertencentes à região da 4ªCRS.

Segundo Gil (2008, p.27) as pesquisas exploratórias têm como objetivo “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” e que objetiva proporcionar uma visão geral acerca de um fato (GIL, 2010). Já as pesquisas descritivas têm o objetivo de apresentar as características de determinada população, fenômenos ou fatos obtidos da própria realidade que se deseja estudar (GIL, 2008; GIL, 2010). As metodologias de pesquisa qualitativa são as entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

Cabe destacar que este estudo tem por objetivo “compreender a percepção da equipe multiprofissional das UIP sobre a internação psiquiátrica”. Nesse sentido, mesmo não se tratando de uma pesquisa fenomenológica, utilizou-se, para a leitura e compreensão dos significados das falas para posterior categorização e discussão, a abordagem de percepção trazida por Merleau-Ponty, já que a Atenção Psicossocial, assim como todos os campos da vida, está embebida de vivências que ocorrem por meio da intersubjetividade, da experiência corporal vivida dentro de um campo fenomenal. A utilização da perspectiva fenomenológica, mesmo que de forma ousada, se justifica pelo fato de que os significados atribuídos pelos trabalhadores das UIP acerca da internação psiquiátrica só podem ser descritos do ponto de vista de quem os vive (MERLEAU-PONTY, 2011).

A percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo não é um objeto do qual possuo comigo a lei da constituição; ele é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas

as minhas percepções explícitas. A verdade não “habita” apenas o “homem interior”, ou, antes, não existe homem interior, o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece (MERLEAU-PONTY, 2001, p. 6).

Na perspectiva de que a abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, atitudes e aprofundamento das relações, buscando a compreensão dos fenômenos que permeiam o viver das pessoas, deve-se reconhecer que o mundo perspicaz e incomum da Atenção Psicossocial forma uma dimensão complexa que requer conhecimentos e sentimentos integrados por meio de uma abordagem dialógica e subjetiva, que seja capaz de trazer à luz as percepções dos grupos de trabalhadores sobre um tema tão delicado quanto a internação psiquiátrica.

3.1.2 Cenário da Pesquisa

O Estado do Rio Grande do Sul atualmente é dividido em 30 regiões de saúde, sendo estas assessoradas pelas 19 coordenadorias regionais de saúde. Esta forma de gestão está sancionada na Resolução CIB/RS 555/12, que altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR; e no Decreto N° 7.508 de 28/06/2011, que regulamenta a Lei n o 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

O local para a realização da pesquisa foram as unidades psiquiátricas dos hospitais gerais referência em saúde mental da área de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Esta Instituição tem sede localizada no município de Santa Maria, no centro geográfico do estado do Rio Grande do Sul, e assessora 32 municípios divididos entre as Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios. A população total das regiões, segundo o Censo 2010, a população é de 541.247. Quanto à caracterização das mesmas, a Verdes Campos (Região 1) tem como sede o município de Santa Maria, com maior contingente populacional (63,2%) apresentando-se como polo educacional e de serviços de saúde de média e alta complexidade. A população urbana da região é de 81,7% e a rural é de 18,3%. Já a Região Entre Rios (Região 2) possui 74,1% de população urbana e 25,9% de população rural (IBGE, 2010). Tem como sede o município de Santiago, com 39,7% da população e que concentra a maioria dos serviços de saúde da região (SES/RS, 2016).

Os 21 municípios que fazem parte da Região 1 (Verdes Campos) são: Santa Maria, Quevedos, Júlio de Castilhos, Pinhal Grande, Toropi, São Martinho da Serra, Nova Palma, São Pedro do Sul, Itaara, Ivorá, Faxinal do Soturno, Dona Francisca, Silveira Martins, São João Polêsine, Agudo, Dilermando Aguiar, Restinga Seca, Paraíso do Sul, Formigueiro, São Sepé e Vila Nova do Sul. Os 11 municípios que integram a Região 2 (Entre Rios) são: Santiago, Itacurubi, Unistalda, Capão do Cipó, São Francisco de Assis, Nova Esperança do Sul, Jaguari, Jari, Mata, São Vicente do Sul e Cacequi.

Dentre estes municípios, 5 cediam hospitais referências em saúde mental na 4ª CRS que possuem unidades psiquiátricas para estabilização e/ou desintoxicação, sendo eles:

Santa Maria: Unidade de Saúde Mental Madre Madalena da Casa de Saúde (24 leitos) e Unidade Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria (30 leitos);

Cacequi: Hospital Instituto de Saúde e Educação Vida (12 leitos);

Nova Palma: Hospital Nossa Senhora da Piedade: SERAISM – Serviço Regional de Atenção Integral à Saúde Mental (16 leitos);

Santiago: Hospital de Caridade Santiago (10 leitos);

São Francisco de Assis: Hospital Santo Antônio (14 leitos).

Atualmente, a Unidade Madre Madalena localizada no Hospital Casa de Saúde não está recebendo usuários para internação, visto que teve a ala masculina interditada em março de 2018 e o restante da unidade interditados em setembro de 2019, pela Vigilância Sanitária da 4ª CRS, por falta de estruturas apropriadas para utilização. No total, a área de abrangência da 4ª CRS conta com 106 leitos em saúde mental, divididos nas unidades psiquiátricas entre os 6 hospitais supracitados. Desse universo, três instituições hospitalares aceitaram fazer parte deste estudo, sendo uma delas caracterizada como hospital de Porte Especial, pois possui 403 leitos para internação, e as outras duas instituições são classificadas como hospital de Porte Médio, pois apresentam 104 e 62 leitos para internação.

3.1.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes convidados para a pesquisa foram os trabalhadores das Unidades de Internação Psiquiátrica (UIP) das três instituições hospitalares que aceitaram fazer parte do estudo. Inicialmente, realizou-se uma aproximação junto aos coordenadores das UIP para a apresentação do projeto de pesquisa e para reconhecimento do quadro de profissionais integrantes das unidades no período de coleta de dados.

Como critérios de inclusão para a coleta de dados estabeleceu-se: ser profissional de nível superior, incluindo residentes uni e multiprofissionais em saúde das áreas da saúde mental e psiquiatria e estar atuando nas UIP das instituições hospitalares que aceitaram fazer parte do estudo. E, como critérios de exclusão, elegeu-se: afastamento das atividades por motivo de férias, atestados ou licenças no período da coleta de dados.

O total de profissionais integrantes das UIP eram 49, desses, 19 responderam aos critérios de inclusão e exclusão e aceitaram participar do estudo, obtendo-se uma representação de cada núcleo profissional que compõem as equipes multiprofissionais. O número total de participantes foi de 19 profissionais entre homens e mulheres, e a finalização da coleta ocorreu por redundância de informações. Quanto a amostragem em pesquisas qualitativas, deve-se sempre ter em mente que pesquisas qualitativas e quantitativas se complementam, mas são de natureza diversa. Uma trata da magnitude dos fenômenos, a outra, da sua intensidade. Uma busca aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade, a outra, as singularidades e os significados. Ou seja, trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017).

3.1.4 Estratégias de entrada em campo

A aproximação ao campo de pesquisa já vinha sendo construída, pois nesse período a pesquisadora era residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) alocada nos campos de gestão da saúde mental, atuando tanto na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria quanto na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Os campos de atuação da residência multiprofissional possibilitaram uma vivência significativa em todas as UIP citadas anteriormente e mais especificamente aquelas que fizeram parte do estudo, e também uma aproximação com os profissionais em função dos encontros do Grupo Condutor de Saúde Mental e também dos encontros do Grupo de Trabalho sobre Internação, ambos realizados na 4ª CRS. Esses espaços possibilitaram trocas de ideias e sentimentos entre os profissionais que atuam na assistência e na gestão e facilitaram o acesso às unidades de internação psiquiátrica pela formação de vínculo e confiança.

3.2 TRABALHO DE CAMPO

O Trabalho de Campo é a fase central da pesquisa e permite a aproximação do pesquisador ao contexto no qual os atores sociais estão inseridos, sendo a interação essencial para se alcançar o objetivo do estudo (MINAYO, 2014). Neste tópico serão abordados os métodos utilizados para a coleta de dados: a observação simples (assistemática) e a entrevista com os participantes do estudo. A coleta de dados ocorreu de junho a agosto de 2017.

3.2.1 Observação Assistemática

Também conhecida como observação casual ou simples, caracteriza-se por ser realizada de forma livre e sem um planejamento prévio. Se constitui elemento fundamental para a pesquisa e pode ser utilizada como uma etapa para complementar outros procedimentos investigativos (GIL, 2010). As observações foram realizadas antes das entrevistas com os profissionais das UIP e as impressões sobre o que foi observado foram anotadas em diário de campo.

3.2.2 Entrevista Semiestruturada

Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada individual, escolhida por combinar perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado pode discorrer sobre o tema em questão, sem limitar-se à indagação formulada. É considerada uma potente fonte de informações baseadas no diálogo com a pessoa entrevistada e busca a reflexão da realidade onde está inserida (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas no período de junho a agosto de 2017, individualmente, face a face com o participante, com agendamento prévio de horário. As entrevistas ocorreram nas dependências das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais, conforme opção dos participantes, com intenção de deixá-los confortáveis e tranquilos pelo ambiente familiar e pela privacidade. As entrevistas não tiveram delimitação de tempo e aconteceram dentro da disponibilidade de cada profissional.

Vale ressaltar que antes do início da conversa, a pesquisadora solicitou autorização para efetuar a gravação das entrevistas, sendo transcritas, posteriormente na íntegra. As entrevistas tiveram início com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como os profissionais entrevistados faziam parte dos Grupos de Trabalho desenvolvidos pela Política de Saúde Mental da 4^aCRS, não houve necessidade de uma conversa inicial para “quebrar o gelo” pois já havia um entrosamento entre a pesquisadora e os participantes do estudo. Após

este primeiro momento, foi lançado o seguinte questionamento: na sua percepção, como ocorre o processo de internação na unidade psiquiátrica? Na sequência, foram realizadas as demais perguntas que possibilitassem discorrer sobre o objeto central da pesquisa.

3.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL

Após a produção de dados, o material foi organizado para análise dos dados a partir da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo. Dois níveis de interpretação devem ser realizados para operacionalizar a análise. O primeiro momento interpretativo, denominado de **campo das determinações fundamentais**, é realizado na Fase Exploratória e trata do marco teórico-fundamental para a análise. Já em relação ao segundo momento interpretativo, o **encontro com os fatos empíricos**, é o encontro dos sentidos, projeções e interpretações nas falas dos participantes (MINAYO, 2014).

Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas: *ordenação dos dados*, *classificação dos dados* e a *análise* propriamente dita (MINAYO, 2014). Essa operacionalização tem por objetivo a busca de uma significação cultural própria do grupo estudado e a sua vinculação com círculos maiores que se comunicam com a realidade.

A ordenação de dados compreendeu o momento em que foram transcritas e organizadas as informações dos participantes e as observações descritas no diário de campo, onde se buscou ter uma visão do conjunto e apreender as particularidades do material. Após essa etapa de organização, iniciou-se o contato com o material de campo por meio de leituras horizontais (superficiais) e pequenas anotações sobre as impressões da pesquisadora com a intenção de buscar elementos de coerência das informações.

Após a primeira leitura, leituras posteriores foram realizadas onde pode-se construir estruturas de análise mental mais sólidas, para reflexão e discussão. Quando houve a sensação de uma apreensão cada vez maior das unidades de significado e da postura de cada participante perante o tema abordado, enfim inicia-se a leitura transversal, que concretizou-se com os recortes das entrevistas e das pequenas anotações do diário de campo realizadas pela pesquisadora. Nesse período de intensa imersão na dimensão das ideias e significações, foram surgindo as semelhanças e conexões entre as falas. Destaca-se que esse é o momento de maior produção perspicaz da ciência, porque é o momento da real descoberta dos significados sobre o tema abordado.

Para melhor compreensão e fluidez da leitura, não houve supressão de palavras no corpo do texto, a fim de manter no imaginário da pesquisadora as posturas dos profissionais durante

as entrevistas. Na sequência, houve intenso envolvimento com as informações e a partir de então, a pesquisadora realizou sinais com marcadores de cores diferentes até o surgimento das primeiras convergências contidas nos conteúdos. Após este esforço buscou-se maior coesão e objetividade, realizando agrupamento das falas com um número menor de unidades de sentido, para compreender e interpretar as percepções dos profissionais das UIP sobre a internação psiquiátrica, com maior relevância e representatividade.

Nessa perspectiva, após sucessivas categorizações, houve, enfim, o momento em que as falas foram reagrupadas em torno de categorias centrais, concentrando-se em uma lógica unificadora. Após a intensa inflexão do material, a Análise dos dados se deu por meio de inferências e interpretações a partir das teorias acerca do tema abordado. Para que a Análise e posterior discussão das categorias centrais ocorresse, primeiro houve a reflexão das ideias explícitas e implícitas dos trechos das falas; buscou-se os sentidos mais amplos introjados sutilmente no interior das ideias; para então nascer o diálogo com as informações provenientes de outros estudos (MINAYO, 2014).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Destaca-se que esse estudo é fruto do projeto guarda-chuva intitulado “Adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica: percepção da equipe multiprofissional” desenvolvido durante a Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Marlene Gomes Terra. Por tratar-se de um estudo amplo de espectro regional, a totalidade dos dados produzidos não foi utilizada no período da residência, desta forma, a pesquisadora responsável, orientadora do projeto e coorientadora deste estudo emitiu declaração permitindo que tais dados fossem analisados.

O caminho percorrido para a apreciação ética da pesquisa teve início com a realização de contato com todas as Instituições Hospitalares que possuem unidades de internação psiquiátrica para solicitar autorização para a realização da pesquisa. Do universo de 6 hospitais na região, três aceitaram, por meio de declarações onde se colocaram como favoráveis à realização do estudo.

Após, foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde e na Plataforma Brasil obtendo Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UFSM) sob o N° 2.054.343/2017 e Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) N° 67800417.5.0000.5346, em 09/05/2017.

A entrada em campo para a realização da pesquisa, aconteceu somente após a aprovação do CEP/UFSM considerando fundamental a condução ética, durante todo o processo desta pesquisa na qual foram observados os princípios da Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a).

Conforme exposto anteriormente, a observação simples e a realização das entrevistas com os participantes, somente foram iniciadas após a leitura do TCLE (APÊNDICE A), onde a pesquisadora apresentou a justificativa e os objetivos da pesquisa, se comprometendo em preservar a privacidade e as informações coletadas, garantindo, desta forma, o anonimato. Após a análise e concordância com o conteúdo exposto no TCLE, foi solicitado a assinatura do participante nas duas vias do documento, para que uma fique em sua posse e a outra em posse da pesquisadora. Além do TCLE, o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B) foi entregue aos participantes, no intuito de assumir o compromisso ético que assegura que as informações serão mantidas em arquivo confidencial, sob responsabilidade da pesquisadora responsável pelo estudo, por 5 anos, na sala 1445 do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSM).

Para que os princípios éticos acima citados sejam garantidos, os participantes da pesquisa foram identificados pela letra 'P', de participante, seguido de um número arábico (P01, P02, P03...), não correspondendo a sua ordem de participação na pesquisa. Como trata-se de um estudo que tem por objetivo a compreensão da equipe multiprofissional das UIP sobre a internação psiquiátrica, além da letra e do número arábico, também utilizou-se o núcleo profissional dos participantes para identificar os diferentes conceitos e percepções que permeiam as profissões que integram a equipe. Como a pesquisa ocorreu com instituições hospitalares presentes nas duas regiões de saúde de abrangência da 4ªCRS, estas foram identificadas pela sigla UIP (Unidade de Internação Psiquiátrica), seguida de número arábico (UIP 01, UIP 02 e UIP 03) para que se possa visualizar as diferentes realidades e características regionais pertinentes a internação psiquiátrica.

Foi esclarecido aos participantes que estes teriam acesso as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa, em qualquer etapa, para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento da participação na pesquisa, respeitando a sua autonomia. Também foi esclarecido que a não participação no estudo não afetaria no seu trabalho desenvolvido junto às instituições hospitalares.

Quanto aos benefícios da participação na pesquisa, tem-se que são de forma indireta aos participantes, pois dizem respeito às melhorias da qualidade das práticas profissionais dentro

das unidades de internação psiquiátrica. Também, foi informado aos participantes que não haveriam custos ou benefícios financeiros pela participação na pesquisa.

Quanto aos possíveis riscos, haveria a possibilidade da mobilização de sentimentos, de cansaço ou fadiga no decorrer da entrevista pelo fato do profissional falar de dificuldades que decorrem dos seus fatos cotidianos no processo de trabalho, bem como o fato de vir a desencadear constrangimento por ser observado. No entanto, caso acontecesse, a pesquisadora interromperia a entrevista ou a observação para que seja atenuado este momento, e, além disto, poderia orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da escolha do participante.

Ao final da pesquisa, foi elaborado a Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFSM e na sequência, serão encaminhados artigos para publicação em Revistas de âmbito nacional, internacional, bem como trabalhos científicos para serem apresentados em eventos da área da Saúde e da Enfermagem. Ressalta-se que, após a conclusão deste estudo, o relatório final será apresentado às equipes participantes da pesquisa, enfatizando o compromisso ético, político e social da pesquisa em saúde.

4º MOVIMENTO - 1ª PARTE: ALLEGRO ASSAI

Quanto à caracterização dos participantes de pesquisa, observou-se que da amostra de dezenove profissionais entrevistados, seis eram psicólogos, cinco enfermeiros, três assistentes sociais, dois médicos, um educador físico, um nutricionista e um terapeuta ocupacional. Os participantes apresentaram uma média de idade de 31,8 anos e de tempo de experiência profissional na área de abrangência da Saúde Mental de 49,3 meses, ou seja, trabalham há aproximadamente quatro anos na área.

Quanto a experiência profissional dos participantes, nas referidas Unidades de Internação Psiquiátrica, observou-se uma média de 34,8 meses, aproximadamente dois anos e dez meses de trabalho desenvolvido nas instituições *locus* da pesquisa. No que se refere ao nível de instrução dos participantes, apenas um profissional possui especialização completa na área da Saúde Mental. Sendo que oito profissionais estão em busca de formação profissional na área específica da Saúde Mental, por meio da Residência Uni e Multiprofissional em Saúde, nas áreas de Saúde Mental e Psiquiatria.

A partir da Análise Temática proposta por Minayo (2014), foi possível a formação de duas categorias de análise, sendo elas: no enredo das redes: percepções acerca da produção de redes em saúde mental na região central do Estado do Rio Grande do Sul; e, a realidade refletida no espelho: o cuidado ofertado ao usuário durante a internação psiquiátrica a partir das percepções da equipe multiprofissional.

4.1 NO ENREDO DAS REDES: PERCEPÇÕES ACERCA DA PRODUÇÃO DE REDES EM SAÚDE MENTAL NA REGIÃO CENTRAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Os temas que permeiam essa categoria/movimento surgiram das percepções dos trabalhadores das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais pertencentes às regiões de saúde que compõem a 4ª CRS frente às características da RAPS Regional, as formas de acesso dos usuários às unidades de internação psiquiátrica e as características e funções desempenhadas pelas UIP na RAPS.

4.1.1 O ponto sem nó: as características da Rede de Atenção Psicossocial e o desafio do trabalho coletivo

Quando questionados sobre o tema, os trabalhadores entrevistados trouxeram em suas falas inúmeras reflexões acerca da fragilidade e da insuficiência dos pontos de atenção extra hospitalares que compõem a Rede de Atenção Psicossocial:

A gente estabiliza o paciente aqui, mas chega lá fora e não tem atendimento na rede do município. [...] chega nos demais serviços da rede e o paciente não consegue nem receituário (P03 - Assistente Social - UIP 02).

Aqui no município a gente poderia fazer muito mais pelos usuários da saúde mental, mas a gente se sente muito limitado pela questão da falta de cobertura da ESF, falta de CAPS, centro de convivência, residencial terapêutico (P06 - Psicóloga - UIP 01).

A rede não dá conta. A cidade deveria ter outros dispositivos de saúde mental, principalmente para transtornos (P07 - Enfermeira - UIP 01).

Aqui no município é complicado, porque além dos CAPS o que tem a mais? O ambulatório de saúde mental fechou. Aí tem serviços das Universidades, mas tem filas enormes para atendimento. Os próprios CAPS estão com filas enormes, por exemplo, tem uma usuária que eu fiquei sabendo que vai ser acolhida só na segunda-feira, e ela teve alta há dois meses! (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).

Talvez os CAPS não estejam bem estruturados, [...] nem tem o mínimo de profissionais para formar a equipe. A Rede Básica de Saúde está precária de profissionais, de estrutura, mas principalmente de profissionais e isso reflete em nós aqui na unidade, pois não tem como manter o paciente estabilizado fora do hospital (P12 - Enfermeiro - UIP 01).

[...] não há opções para que esse usuário acesse outros serviços. As filas de espera são enormes, desumanas, e isso faz com que os usuários fiquem desassistidos (P17 - Assistente Social - UIP 02).

Outra característica trazida pelos trabalhadores é o distanciamento das unidades de internação psiquiátrica com os demais serviços da RAPS, bem como a existência de relações personificadas e não institucionais para formação de redes e a dificuldade de integração das equipes de saúde dos serviços extra hospitalares com as equipes de saúde das UIP, corroborando com as percepções sobre a fragilidade da rede e fragmentação do cuidado:

Eu percebo ela (unidade de internação psiquiátrica) um pouco isolada dos demais, um pouco fragmentada, não sei se é porque parece algo mais hospitalar, parece que tem um distanciamento muito grande do resto dos outros serviços. Tem profissional aqui que não gosta quando algum profissional do CAPS vem visitar os pacientes, então pra mim, isso é uma coisa muito sem noção...porque que eles não gostam que outros serviços, que são colegas deles, venham visitar as pacientes aqui? Ou não tentam participar de outras coisas, não sei, não é uma luta compartilhada, não sei. Parece que não tem diálogo, não tem conversa, não tem nem interesse em saber o que o pessoal de lá (CAPS) tá fazendo com o usuário que veio pra cá e que vai pra lá depois (P13 - Psicóloga - UIP 01).

E nós debatemos muito da criação de redes com determinadas pessoas nos serviços, mas isso não é o correto, porque tem que ser algo institucional e não pessoal, pois

quando determinado profissional não estiver mais atuando no serviço, quem vai fazer essa rede com os demais serviços? (P17 - Assistente Social - UIP 02).

Ao longo das últimas décadas ocorre o intenso movimento de desfragmentação do cuidado em saúde com o pressuposto de que não há um equipamento (serviço) ou uma equipe considerados autossuficientes na produção do cuidado. Devido à alta complexidade que permeiam os temas da vida das pessoas, as redes se tornam uma prerrogativa ao trabalho voltado para o cuidado em saúde (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014). A atenção psicossocial propõe uma alteração na forma de entender os problemas em saúde, desta forma, em uma rede de cuidado se destaca a complementaridade entre os diferentes serviços para possibilitar a continuidade do acompanhamento por meio do acesso a intervenções diferentes em diferentes momentos (BERMUDEZ, SIQUEIRA-BATISTA, 2017).

Salienta-se que a ideia de rede contemplada nesse estudo traz a perspectiva rizomática, inspirada no conceito de rizoma utilizado por Deleuze e Guattari para demonstrar as características existentes nas redes do mundo da vida e que servem como inspiração para os casos da saúde (DELEUZE, GUATTARI, 2011). Esse modelo tem em sua essência a ideia de multiplicidade, onde qualquer elemento pode afetar ou incidir em qualquer outro elemento, não havendo um ponto principal ou primeiro ou ideia de subordinação hierárquica. Nessa lógica é possível refletir que o rizoma carece de centro, não havendo rigidez teórica ou dualidade, uma vez que qualquer elemento pode “ramificar-se” e criar novos pontos, novas horizontalidades e pontos de fuga.

Percebe-se, contudo, que o conceito de rede trazido pelos participantes opera em duas perspectivas que se tornam paradoxais e convergentes no mesmo momento: a primeira seria a da existência de uma rede composta pelos serviços de base comunitária, onde o hospital não está inserido, como podemos verificar nas falas “*A gente estabiliza o paciente aqui, mas chega lá fora e não tem atendimento na rede do município*” (P03 - Assistente Social - UIP 02); “*A rede não dá conta. A cidade deveria ter outros dispositivos de saúde mental, principalmente para transtornos*” (P07 - Enfermeira - UIP 01). Enquanto que a segunda trabalha na própria perspectiva de dificuldade de “encontros” entre os profissionais dos diferentes pontos, manifestando que as relações existentes estão mais ancoradas nas pessoas do que nas instituições. Observa-se que são pontos paradoxais de convergência, pois ao mesmo tempo que não há a percepção, por parte de alguns dos profissionais entrevistados, de que a unidade de internação pertence a rede de saúde, também há a percepção de que as relações são dificultadas devido a essa ruptura.

Todavia, cabe destacar que apesar de todos os desafios e fragilidades encontrados nas falas dos participantes, há a percepção que valida a existência de pontos de conexão que

permeiam o itinerário terapêutico do usuário na RAPS. É preciso, portanto, reconhecer a existência de um tipo de rede sem modelo e que não parte de uma estrutura, pois ela se constrói em ato, com base no trabalho vivo de cada trabalhador envolvido no cuidado. Em cada novo contato com trabalhadores de outros serviços, novas possibilidades de rede são formadas.

Analisa-se que a fragilidade e a insuficiência dos equipamentos de saúde que compõem a RAPS foi ancorada nas percepções dos trabalhadores entrevistados quanto a falta de cobertura e de estrutura, inclusive de recursos humanos, da Atenção Básica, dos CAPS, bem como a ausência de outros dispositivos em saúde mental como centros de convivência e residenciais terapêuticos, o que leva a desassistência em saúde das pessoas que fazem ou deveriam fazer uso desses serviços. As próprias filas de espera para acolhimento nos CAPS foram trazidas como sendo um ponto nevrálgico para a fragilidade, mas não inexistência da rede. Observa-se que todas as vulnerabilidades apontadas pelos profissionais das unidades de internação estão ligadas aos serviços de base comunitária, mas em nenhum momento as situações relacionadas ao próprio ambiente hospitalar foram trazidas como produtoras de barreiras para o fortalecimento do trabalho em rede, o que corrobora com o que foi levantado anteriormente quanto ao conceito de rede trazido pelos trabalhadores, onde o hospital não está inserido.

Desta forma, considera-se que o trabalho em saúde envolve subjetividades, demandas, conflitos e territórios, partindo da relação dos trabalhadores entre si e deles com os usuários na busca da produção do cuidado (BERMUDEZ, SIQUEIRA-BATISTA, 2017). Contudo, deve-se refletir que as possibilidades de encontros e construções de redes horizontais que não partem de estruturas anteriormente estabelecidas devem estar fortalecidas na prática diária dos profissionais para que os velhos métodos de gerir o cuidado, que ainda estão impregnados na formação profissional, não se fortaleçam (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

No contexto das características da Rede de Atenção Psicossocial da região, a judicialização da saúde mental, segundo as percepções dos participantes da pesquisa, foi pautada como um fator limitante para o desenvolvimento do trabalho em rede:

Eu considero que a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial interfere na própria judicialização, e não falo apenas nos serviços da área da saúde, mas estou me referindo a uma rede multifacetada, com ações de todas as secretarias do município, para que esses usuários tenham condições de exercer de forma plena a sua cidadania. [...] nós recebemos muitos pacientes via ordem judicial, e isso infelizmente é comum, pois a saúde mental está judicializada aqui no município e na região (P17 - Assistente Social - UIP 02).

Não temos que questionar o judiciário, porque o usuário já vem designado para a internação, mesmo que ele passe por um processo de avaliação antes de internar, esse

é um passo simbólico, pois nenhum profissional quer se indispor contra um juiz (P18 - Psicóloga - UIP 02).

O que ocorre muito são as ordens judiciais para a internação, e nessas situações nós não temos nem como avaliar se esse usuário precisa ou não dessa internação[...] Nós temos que simplesmente aceitar (P19 - Psicóloga - UIP 02).

A judicialização da saúde ao ser compreendida como uma práxis limitadora torna-se o elemento ou o próprio processo de construção de um cenário que não potencializa a consolidação do trabalho em rede e do cuidado em liberdade preconizado pela legislação em saúde mental brasileira. Contudo, ao refletir sobre as falas dos profissionais, surgem alguns questionamentos com relação ao “caminhar” dessa realidade, pois não sabemos se a judicialização surge como fator que fragiliza a rede, ou se a fragilidade da rede leva à judicialização.

Acredita-se que, na conjuntura atual, o motivo pelo qual deu início essa relação não possa mais ser desvelado em função das inúmeras variáveis que compõem esse cenário, que vai além do trabalho em rede e das relações interprofissionais. Esse cenário também atinge os gestores municipais, regionais, estaduais e nacionais quanto aos investimentos nos equipamentos, não apenas da saúde, mas também de outros setores como a assistência social e a educação, nos recursos humanos para compor tais equipamentos e no próprio processo de fortalecimento do trabalho em rede intersetorial, ratificando as percepções trazidas anteriormente pelos participantes quanto a falta de recursos, de cobertura e estrutura dos serviços.

O processo de imposição do acesso dos usuários às unidades de internação, conforme observa-se nas falas dos participantes da pesquisa, traz em seu contexto a limitação do exercício profissional dos trabalhadores, não só das unidades de internação psiquiátrica como também dos demais pontos da rede e corroborando com a ideia de fragilização e fragmentação do cuidado. Desta forma, pode-se refletir que a limitação do trabalho profissional é consequência da judicialização da saúde, são situações que se complementam. Primeiro, como um aspecto cultural cristalizado no imaginário popular de que a internação ainda é a resposta correta para qualquer comportamento transgressor na sociedade, visto que a internação judicializada está muito mais ligada a ato punitivo do que recuperador.

Com base na obra de Foucault (2016), pode-se observar que a internação judicializada como ato “punitivo” advém da ideia de docilização do corpo, da biopolítica, no sentido da capacidade de submeter o corpo humano a processos empíricos para controle e correção. Quanto à práxis profissional limitada, como consequência e causa, pois a falta de investimentos

nos serviços de saúde por parte dos gestores também limita as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, pode-se refletir sobre a hipótese de que, “aos olhos do setor judiciário e da sociedade como um todo”, o uso de tecnologias leves (em que é ancorado grande parte do trabalho assistencial em saúde mental, principalmente em serviços de base comunitária) não produz os resultados socialmente esperados de “cura” das enfermidades.

Analisa-se que tais elementos estão imersos na cultura higienista de que para os excluídos, dá-se a exclusão, para os diferentes, dá-se a indiferença. Tal premissa encontra-se ancorada na perspectiva do produtivismo capitalista, cada vez mais presente na sociedade atual como uma onda opressora, com a ideia de que não há necessidade de investimentos onde não há produção de capital. Tal concepção é absolutamente o inverso do ideal social que parte do pressuposto que nenhum homem, independentemente de suas possibilidades e limitações, está ou pode viver de forma isolada, trazido pela Reforma Psiquiátrica e pelos trabalhadores da saúde mental (FOUCAULT, 2016; HEYWOOD, 2010).

Como meios para superação dos desafios trazidos anteriormente que caracterizam a Rede de Atenção Psicossocial da região pertencente à 4ªCRS, os trabalhadores entrevistados trouxeram em suas falas que a estabilidade das equipes de saúde, a integralidade do cuidado, o ato de repensar a política de saúde mental e a aproximação das equipes de saúde dos diferentes serviços da RAPS são pontos estratégicos para a consolidação do trabalho em rede.

A gente só tem o CAPS II, que é uma equipe que sempre está reduzida, não tá completa, não é uma equipe estável em primeiro lugar. É bem interessante ter uma equipe estável para conhecer esse usuário, para criar vínculo (P07 - Enfermeira - UIP 01).

[...] se tivesse um cuidado mais integral ao paciente e à família, como é preconizado, não precisaria de outras internações (P06 - Psicóloga - UIP 01).

Então eu entendo que a saúde mental tem que ser refletida, repensada, reorganizada de uma forma maior, em uma outra instância, para que a gente possa colocar isso (repensar o sistema) em prática (P05 - Psicóloga - UIP 02).

Acho que seria mais interessante se conversassem mais, se fizessem mais altas assistidas, em vez de só ficar “te mandei”; “recebeu”, tudo pelo telefone. Acho muito interessante quando o CAPS vem aqui ver como é que os usuários estão aqui (P13 - Psicóloga - UIP 01).

Observa-se nas falas dos trabalhadores intensos sentimentos de mudança, de necessidade de melhorias e de reflexões acerca da saúde mental. No entanto, analisa-se que tais sentimentos acabam, por vezes, impedindo-os de perceber as potencialidades da rede existente, da rede viva e ativa, que se dá por conexões rizomáticas frente as inúmeras possibilidades da vida que se refletem nos processos de cuidado em saúde.

A partir dos aspectos presentes nas falas, evidencia-se a importância da estabilização das equipes de saúde nos serviços de atenção psicossocial, bem como a aproximação entre os trabalhadores para criação de vínculo com os usuários e cuidado compartilhado. Tal perspectiva pode ser articulada às portarias nº 4.279/2010 e 3.088/2011 que acenam para a promoção de uma integração sistêmica de ações e serviços de saúde nos territórios vivos, com respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, o combate a estigmas e preconceitos por meio de uma atenção humanizada (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Em contrapartida, é notório que os processos para implementar políticas e demais aparatos estruturais e normativos não é linear, mas um jogo conflitivo, que envolve diversos atores, concepções, contextos e interesses. Nessa lógica heterogênea e indicativa de mecanismos dinâmicos há um elemento nuclear que é a necessidade de ações governamentais que conformem com as necessidades sociais básicas da população. Portanto, tais fragilidades apontadas pelos trabalhadores devem ser pensadas como desafios para a gestão em saúde, nas três esferas de governo (COSTA, RONZANI, COLUGNATI, 2017).

4.1.2 Nas “portas de entrada” há uma porta que se entra? As formas de acesso dos usuários às unidades de internação psiquiátrica

Quando questionados a respeito das formas de acesso dos usuários as unidades de internação psiquiátrica, os participantes da pesquisa trouxeram em suas falas que o acesso às unidades é realizado por meio de referência de outros dispositivos da saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), por meio de ordem judicial e Central de Leitos do Estado:

Normalmente a gente recebe sujeitos encaminhados da UPA para a unidade, pois aqui no hospital não tem mais o pronto socorro psiquiátrico. Então para ser internado aqui tem que ser encaminhado de outro serviço (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).

O processo de internação ocorre da seguinte maneira. O contato é feito de médico pra médico. Então o médico de fora liga diretamente pra gente, a gente discute o caso por telefone, se precisar ser feita alguma orientação é feita, e aí o paciente é enviado para avaliação psiquiátrica nas dependências do pronto socorro clínico nosso aqui (P11 - Médico - UIP 01).

Ele interna pelo contato com o médico/consultor de plantão que dá suporte ao Pronto Socorro Geral. Aí um médico lá de um município X quer internar um paciente, encaminha o paciente (P12 - Enfermeiro - UIP 01).

O passo a passo seria o usuário passar pelo ambulatório de saúde mental, passar pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e depois ele passar pelo ambulatório aqui

embaixo, aí o médico plantonista decide se ele sobe pra cá e fica internado (P13 - Psicólogo - UIP 01).

Para ocorrer a internação, antes é necessário realizar um contato telefônico com a equipe para passar o caso e colocar o nome do usuário na lista de espera, até que surja um leito para essa internação (P14 - Educador Físico - UIP 03).

A gente recebe a ligação dos serviços da rede, põe o paciente na lista de espera, independente se sou eu ou qualquer outro profissional da equipe...no momento da ligação pedimos todas as informações possíveis sobre o paciente, conforme a nossa ficha de inclusão na lista de espera, e depois conforme libera os leitos e surge as vagas, a gente vai chamando conforme o lugar na lista...aí o paciente é chamado para a internação (P15 - Psicólogo - UIP 03).

Para os usuários internarem na unidade, primeiro eles devem vir encaminhados da atenção primária ou atenção especializada, CAPS, por exemplo, ou pela Unidade de Pronto Atendimento – UPA, ou pela Central de Leitos do Estado (P16 - Enfermeiro - UIP 02).

*O acesso dos usuários à unidade de internação pode ocorrer por ordem judicial, e isso nos remete ao Juizado de Infância e Juventude (JIJ). Também recebemos usuários via encaminhamento dos Centros de Atenção Psicossocial do município, nesses casos os profissionais dos serviços entram em contato com o setor responsável pela regulação de leitos aqui do hospital e colocam os pacientes na lista de espera para os leitos. Também há a possibilidade do usuário internar por meio da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), **que está sendo um dos acessos com maior números de usuários em fila de espera para a internação** (P17 - Assistente Social - UIP 02).*

Para o usuário acessar a unidade de internação, quando é por via judicial, geralmente os familiares encaminham o pedido via defensoria pública e então esse paciente é trazido para uma avaliação na UPA e interna na unidade (P18 - Psicóloga - UIP 02). Um dos principais meios de acesso à unidade é por meio da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), quando o paciente chega na UPA ele é avaliado pelos médicos residentes daqui da unidade, as vezes a equipe multiprofissional também avalia os pacientes, casos os médicos não estejam na unidade...e então se há leito disponível o usuário já realiza a internação imediatamente (P19 - Psicóloga - UIP 02).

Ao analisar os trechos supracitados, observa-se que há algo em comum que se fez presente nas falas dos profissionais dos três hospitais que aceitaram participar deste estudo, que é a necessidade de existir, impreterivelmente, um encaminhamento, um contato telefônico ou um documento de referência para que o usuário possa acessar as UIP. No entanto existem alguns pontos que se diferenciam entre as instituições hospitalares quanto a forma de acesso dos usuários à UIP. O primeiro deles parte do indicativo de que, em uma das instituições, o encaminhamento para a internação ocorre sempre entre os profissionais médicos (conforme as falas dos participantes 11 e 12). Enquanto que em outra instituição (falas dos participantes 14 e 15) o contato para a solicitação de internação é realizado com qualquer profissional da equipe de saúde da unidade, mostrando, desta forma, que não há uma padronização regional para acesso a esse dispositivo.

Outra percepção trazida por um dos profissionais entrevistados (P13) seria a de que o usuário precisaria ser avaliado na UPA, depois no ambulatório de saúde mental localizado nas dependências de uma das instituições hospitalares para, somente então, o profissional médico decidir se esse usuário contempla os critérios para acessar a unidade de internação. Tal fluxo mostra a burocratização do acesso à saúde e uma falha na integração/comunicação entre as equipes dos diferentes dispositivos, expondo o indivíduo a um itinerário demasiado cansativo e consolidando o modelo hegemônico e médico centrado, o qual devemos e precisamos superar.

A internação por meio de ordem judicial também foi percebida como uma das formas de acesso as unidades, sendo os pedidos encaminhados pelos familiares dos usuários para a defensoria pública. Em quase todas as falas dos profissionais observa-se que para o usuário acessar a UIP deve ser avaliado clinicamente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) antes de proceder a internação psiquiátrica. Em contrapartida, tem-se a discordância com a necessidade de avaliação do usuário na Unidade de Pronto Atendimento (UPA):

A UPA não é o local que tenha que receber paciente psiquiátrico, até porque não é um local preparado para isso porque muitas vezes o paciente vai ficar, três, quatro dias ali internado, sendo que ele está em surto. Isso é um erro, como eu te disse. Não poderia ocorrer pelo fato de que a UPA não é um pronto-socorro psiquiátrico, mas acaba se tornando um, devido à bagunça que está a saúde mental do município (P03 - Assistente Social - UIP 02).

Segundo a fala do participante, a UPA não seria um local apropriado para receber um usuário da saúde mental pois não está devidamente equipada para acolher esse indivíduo pelos dias que antecedem a internação. Ainda traz em sua reflexão que a UPA não é um pronto socorro psiquiátrico, deixando nas “entrelinhas” a ideia de que para o atendimento do usuário da saúde mental há a necessidade de uma equipe especializada, e nesse cenário percebe-se uma contradição com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A contradição está em que o discurso da saúde mental traz como foco a humanização do tratamento no processo de “gerenciamento” da loucura numa perspectiva multicausal (biopsicossocial), sendo introduzida a noção de que o cuidado ofertado apenas em serviços especializados em saúde mental tem o potencial de produzir efeito adverso ao terapêutico proposto (VECHI, 2004). Por este motivo, a proposta da Reforma traz como centro a inserção de outros dispositivos de saúde que operam na lógica generalista, não apenas para fortalecer o trabalho em rede, mas também para desmistificar o cuidado em saúde mental, para aproximar os corações das pessoas e ampliar as possibilidades de cuidado humanizado.

Nessa perspectiva, segundo a Portaria Nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, a atenção de urgência e emergência formada pelo SAMU, Sala de Estabilização e UPA 24 horas, faz parte da RAPS. Ainda, segundo a mesma Portaria, os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e deverão atuar em conjunto com os CAPS em situações que necessitem de internação para articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011). Outro ponto nevrálgico quanto as formas de acesso as unidades de internação psiquiátrica é a inversão do acesso à Rede de Atenção Psicossocial:

Mas a nossa dificuldade, é porque os pacientes estão vindo aqui, muitas vezes, como a primeira alternativa. E o que a gente acha que pode, no decorrer da vida, ser algo mais traumático, marcante, que não necessariamente teria que ser a primeira forma de atendimento, de suporte (P05 - Psicóloga - UIP 02).

[...] quando tu conversa com os usuários que é a primeira internação, tu vê que eles nunca acessaram nenhum outro serviço aqui no município. Então parece que para aquele usuário que é a primeira internação, foi o primeiro recurso utilizado com ele. Então parece que o primeiro acesso a um serviço de saúde mental é pela via da internação e depois tu faz o inverso, depois tu encaminha para atenção básica, depois tu encaminha pro caps. [...] que tinha que ser ao contrário (P13 - Psicóloga - UIP 01).

[...] internar o paciente é a solução... para depois ser feita a tentativa do usuário se tratar no CAPS. Então há uma inversão de valores, a internação psiquiátrica, que deveria ser o último recurso, após todas as tentativas de tratamento comunitário serem feitas, acaba sendo a primeira tentativa, a primeira opção e isso me preocupa enquanto profissional (P15 - Psicóloga - UIP 03).

Ao mesmo tempo que eu observo que a internação priva o usuário de muitas situações, eu também observo que está se tornando muito mais manicomial a forma como o usuário acessa os serviços de saúde no território, do que a própria internação em si. Também observo a dificuldade de vincular um usuário da Atenção Básica aos CAPS do município, e é muito mais fácil vincular um usuário que está saindo da internação psiquiátrica do que um usuário da Atenção Básica, pois alguns dos CAPS do município só acolhem os usuários pós internação. E isso torna manicomial o acesso desses usuários, muitos querem primeiro internar para poder ter acesso ao CAPS, e isso é uma grande contradição e um retrocesso[...] a internação acaba sendo, muitas vezes, o primeiro dispositivo a ser acessado pelo usuário, e então começa a lógica manicomial do tratamento (P17 - Assistente Social - UIP 02).

Quando indagados sobre o tema em questão, os trabalhadores trouxeram em suas falas algumas percepções quanto o acesso aos dispositivos que compõem a RAPS na ótica da internação psiquiátrica. Vale ressaltar que as três instituições hospitalares que aceitaram fazer parte deste estudo recebem, para internação, usuários de todos os 32 municípios que fazem

parte das regiões de saúde de abrangência da 4ª CRS, e dessa forma os profissionais vivenciam a realidade de cada município a partir das trocas com os usuários durante o período de internamento.

As falas apontam para um cenário regional, no mínimo instigante, onde o tratamento em saúde mental está tendo vias de acesso “equivocadas” no que tange ao fluxo poliárquico estabelecido pela perspectiva das redes de atenção à saúde, mais precisamente à Rede de Atenção Psicossocial e a legislação brasileira de saúde mental. Conforme descritas nas percepções das participantes (P05, P13 e P15), nos casos de primeira internação do usuário, a própria internação foi o primeiro recurso/dispositivo acionado, para somente então, esse indivíduo ser referenciado e acolhido em serviço de saúde de base territorial.

Na mesma perspectiva, o trecho “[...] *é muito mais fácil vincular um usuário que está saindo da internação psiquiátrica do que um usuário da Atenção Básica, pois alguns dos CAPS do município só acolhem os usuários pós internação*” (P17 - Assistente Social - UIP 02) desvela situações que vão ao encontro dos desafios da RAPS regional trazidos na subcategoria anterior. Também demonstra o processo de “remanicomialização” do cuidado em saúde mental, iniciado há alguns anos com propostas neoliberais e conservadoras que provocaram mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para cumprir acordos políticos. Tal situação se reflete na falta de reajuste do repasse financeiro para os CAPS, desde 2011, o que intensifica a precarização dos equipamentos e gera dificuldades operacionais no cotidiano desses serviços (GUIMARÃES; ROSA; 2019). Observa-se que além da inversão do acesso à RAPS, os trabalhadores também trouxeram o fenômeno da porta giratória, caracterizado pelos altos índices de reinternações nas unidades.

E após sair daqui, muitos deles voltam... alguns voltam mais resistentes e outros mais confiantes[...] (P04 - Nutricionista - UIP 03).

A gente recebe um adolescente...a gente faz o encaminhamento, contata a rede, ele sai em alta. Daí dez dias depois ele está aqui de novo (P05 - Psicóloga - UIP 02).

O que tem ocorrido muito é reinternação, tem pacientes que tem recorrido a internação de forma muito frequente. Nos últimos dois ou três anos nós temos notado que o mesmo usuário tem internado inúmeras vezes, e isso é um problema! (P12 - Enfermeiro - UIP 01).

A partir das falas, salienta-se que o alto índice de reinternação (porta giratória ou “*revolving door*”) é um fenômeno complexo e multicausal. Os profissionais perceberam que as reinternações podem ter significados diferentes para cada usuário, deixando alguns mais resistentes enquanto outros se tornam mais confiantes. Também emergiu o fato de existir, em

uma das instituições participantes, alto índice de reinternação entre os adolescentes e a preocupação com o fato de como os usuários estão recorrendo de forma frequente à internação.

Mas para além de tais considerações, o que se deve questionar são os motivos pelos quais os usuários estão sendo levados a recorrer à internação. Um estudo publicado em 2012 apresenta que a expansão da rede de saúde mental impactou no fenômeno da porta giratória, demonstrando redução tanto no quantitativo de reinternações psiquiátricas quanto na demanda de atendimentos de urgência (RAMOS; GUIMARÃES; 2013). Dessa forma, o fenômeno da porta giratória trazido neste estudo pode ser reflexo dos desafios enfrentados pela RAPS Regional, como a falta de cobertura e de estrutura, inclusive de recursos humanos, da Atenção Primária em Saúde, dos CAPS, bem como a ausência de outros dispositivos em saúde mental conforme aponta a subcategoria anterior.

Quando questionados sobre os encaminhamentos realizados após a alta hospitalar do usuário, os trabalhadores demonstraram preocupação e interesse na continuidade do tratamento e expuseram alguns fluxos efetuados pela equipe de saúde assistencial.

*Todos que tiverem alta pela equipe, a gente tem toda a segunda-feira uma reunião de equipe onde a gente se reúne e decide as altas. Uma alta não é decidida só pelo médico. É decidida por toda a equipe. Se eu achar, por exemplo, que o paciente não está pronto para a alta, eu sou respeitada pelo médico, pelo psicólogo. Todos nós podemos decidir não em uma alta. Nesse período tu faz um trabalho com ele, uma organização, um pós-alta, passando para a família e para ele que isso aqui não é um tratamento, que ele vai ter que dar continuidade lá fora. **O correto seria uma Comunidade Terapêutica no caso da questão do uso de drogas, ou se não, a volta para o CAPS** (P03 - Assistente Social - UIP 02).*

*Toda a segunda de manhã nós temos a reunião de equipe onde a gente fala sobre todos os pacientes, sobre como estão aderindo e como está o tratamento deles. **E já pensando em atividades, em articular com alguma comunidade terapêutica ou de acordo com as necessidades dele** (P05 - Psicóloga - UIP 02).*

***Normalmente a gente encaminha para o CAPS quando o paciente tem a real necessidade. E realmente eu fiquei pensando agora que tu perguntaste, para onde que a gente encaminha? Para onde essas pessoas vão? Se elas não vão pra CAPS, se não vão para algum serviço da universidade, vão para onde? A gente não tem serviço de residencial terapêutico para os usuários que necessitam, a gente não tem locais de cultura mais acessíveis aqui** (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).*

*Após a alta, o usuário **já sai encaminhado para o tratamento em liberdade** ou para uma clínica fechada ou para uma comunidade terapêutica (P16 - Enfermeiro - UIP 02).*

Destaca-se que aqui serão discutidos apenas os fluxos que as equipes estabelecem para o pós alta do usuário internado, sendo que as abordagens para a preparação do procedimento de alta hospitalar será um dos temas analisados na próxima categoria. Nessa perspectiva, observa-

se que em uma das unidades de internação há uma reunião semanal de equipe para discutir os encaminhamentos para o pós alta do usuário. Já os profissionais das outras instituições não citaram esse momento como fazendo parte da rotina da unidade.

Outro ponto importante a ser destacado é a Comunidade Terapêutica sendo citada como uma referência correta para dar sequência ao tratamento do usuário. A partir da Portaria Nº 131/2012, há a inserção das Comunidades Terapêuticas (CT) na Rede de Atenção Psicossocial como componente substitutivo que não atende às exigências para ser considerado um serviço de saúde, pois atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental. Ainda em 2016 as CT se reafirmam como estabelecimentos de saúde por meio da Portaria SAS/MS Nº 1.482/2016, onde há a autorização para serem financiadas por recursos do Sistema Único de Saúde criando um cenário perverso entre os setores público e privado, onde as CT ficariam encarregadas de um “público mais seletivo” que apresentaria maior possibilidade de êxito nos resultados, o que sinalizaria maior eficiência dos serviços não governamentais e contribuiria para o desmonte da máquina pública, inclusive na visão da sociedade civil (GUIMARÃES, ROSA, 2019; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Essa referência já internalizada na práxis de alguns profissionais expressa o momento histórico no qual estamos inseridos, envolvendo Estado, fundo público, participação e proteção social, cidadania e democracia. Contudo há um jogo de interesses expresso na materialidade legal, institucional e política e deve ser considerado como momento oportuno para a reflexão consciente e a possível modificação de realidades e fazeres em saúde embasados e fortalecidos na igualdade social. Nessa perspectiva, ainda a falta de informações da equipe assistencial que “recebe” o usuário após a alta para com a equipe da unidade de internação também emergiu como dificuldade para efetivação dos fluxos entre os serviços.

Gostaria de salientar que nosso maior problema, enquanto equipe, é receber retorno sobre os casos dos pacientes que internaram aqui na unidade. Nós mandamos a ficha de contrarreferência, mas depois da alta, os serviços de referência não entram em contato com a gente para nos passar algumas informações, fica sempre essa lacuna no nosso tratamento (P15 - Psicóloga - UIP 03)

Em contrapartida, um estudo realizado em 2015 mostra resultados que apontam para um maior processo de referenciamento de usuários na rede em detrimento da contrarreferência (COSTA, et. al.; 2015). Nesse sentido, a fala da participante demonstra uma falha na comunicação entre os diferentes dispositivos que compõem a RAPS Regional, indo novamente ao encontro dos desafios e fragilidades trazidos na subcategoria anterior e ao desencontro dos resultados de pesquisas anteriores, que demonstram uma lógica de encaminhamentos para a

atenção especializada e não o contrário (ZAMBENEDETTI, PERRONE, 2008; COSTA, et al, 2013). No entanto, deve-se considerar, também, que tal cenário foi exposto apenas pelos trabalhadores de uma das instituições participantes da pesquisa, e que para melhor compreensão da realidade regional pode-se aprofundar esse tema em pesquisa posterior.

Contudo, deve-se refletir que, mesmo diante de inúmeras dificuldades no ambiente de trabalho como falta de recursos humanos e de infraestrutura trazidos anteriormente, pode-se observar neste estudo, que os serviços de saúde mental não se consolidam na lógica piramidal por meio dos procedimentos de referência e contrarreferência. Porém, devem apresentar e utilizar de outras possibilidades de acesso aos serviços para se adequar à demanda apresentada, para a quebra da perspectiva verticalizada do sistema de saúde (QUINDERÉ, JORGE E FRANCO, 2014). Segundo as falas dos profissionais, observa-se uma dialética forte quanto aos fluxos de encaminhamentos na alta do usuário, e o grande questionamento é como pode-se tirar potência dessas falas que trazem, ao mesmo tempo, o passado e o presente. Há uma percepção mista que traz à luz “velhos” conceitos ainda estão presentes na práxis ou no “automatismo” profissional.

4.1.3 Um dispositivo na rede: a unidade de internação psiquiátrica na Rede de Atenção Psicossocial

Quando questionados sobre o papel/função da unidade de internação na RAPS, os trabalhadores entrevistados trouxeram em suas falas que uma das funções que a UIP desempenha é a de ofertar suporte/apoio, tanto aos usuários quanto aos demais dispositivos que compõem a RAPS.

Olha, esse tal papel eu acredito que é o de dar suporte...esse suporte vai dar uma qualidade de vida para o usuário (P04 - Nutricionista - UIP 03).

O papel da unidade é de poder estabilizar esse paciente que chega em surto, desorganizado, psicótico...eu entendo como um apoio porque como é alta complexidade, então é realmente quando não se tem mais alternativas para tratar com o usuário (P06 - Psicóloga - UIP 01).

Eu penso que o papel da unidade seria dar um suporte para aqueles casos mais graves, que acabam fugindo da capacidade de resolução de outros serviços (P08 - Enfermeiro - UIP 01).

Percebe-se que a ideia de suporte trazida pelos profissionais entrevistados desvela-se no sentido de que a unidade de internação psiquiátrica ampara os usuários em situações mais

graves que excedem à capacidade resolutive dos demais dispositivos da rede. Nesse sentido, tais percepções vão ao encontro dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos usuários da saúde mental em seu processo de reabilitação (JÚNIOR, et al, 2016a).

Um dos pontos estratégicos e de maior potência no processo de reforma psiquiátrica é a construção de uma política de saúde mental de base comunitária, com os CAPS inseridos nos territórios que ocorrem o “viver” das pessoas, sendo a internação apenas um ponto estratégico de referência para os casos onde não é mais possível o “manejo” das situações e condições de vida dos usuários em seus territórios, se caracterizando como um dispositivo de passagem, conforme mostra a fala do participante.

Ela deve ser utilizada nos casos de extrema necessidade, depois que todas as outras tentativas de tratamento foram oferecidas. É um dispositivo de passagem, e é isso que as pessoas tem que entender (P17 - Assistente Social - UIP 02).

Em contrapartida, observa-se nas falas de alguns participantes da pesquisa outras percepções quanto ao papel desempenhado pela unidade de internação psiquiátrica na rede de atenção psicossocial.

Eu acredito que deveria ser o de prestar um cuidado rápido e de última instância, e não como estratégia ou medida de proteção social, que é o que por vezes acontece aqui. Quando o paciente não tem pra onde ir, e aí a internação acaba sendo uma estratégia para abrigo desse paciente...a unidade de internação faz parte da RAPS, mas não deve ser usada como medida protetiva, pois nós temos usuários aqui dentro, que mesmo com alta clínica, ainda estão internados, porque não tem para onde ir, porque não tem família (P10 - Assistente Social - UIP 01).

[...]então tem pacientes que ficam internados aqui porque eles não tem para onde ir, ele interna, os familiares desaparecem e até que o Estado arrume um lar terapêutico, um curador pro paciente, o paciente vai ficando e isso não é incomum, isso é um problema social grave! Porque a função da unidade não é essa, paciente não mora aqui, isso aqui não é um manicômio, isso é uma unidade de pacientes agudos (P11 - Médico - UIP 01).

O foco da internação psiquiátrica é estabilizar o paciente agudo, tirar o paciente do surto e dar encaminhamento. Só que tem situações que isso não acontece, pois o paciente está de alta, mas a família ou a própria rede não tem condições de receber o paciente e ele fica, as vezes, mais de 30 dias internado, depois que a alta foi concedida (P12 - Enfermeiro - UIP 01).

Nas internações compulsórias nós observamos que na maioria das vezes, elas são feitas muito mais por questões sociais do que de saúde[...] há muito mais situações de vulnerabilidade social do que propriamente de um transtorno mental, e isso a internação psiquiátrica não consegue dar conta, porque não é esse o objetivo dela (P18 - Psicóloga - UIP 02).

Segundo as falas dos trabalhadores, a unidade de internação psiquiátrica ainda é utilizada como medida de proteção social ou estratégia de abrigo para muitos usuários. Salienta-se que tais percepções emergiram dos participantes das três instituições que aceitaram fazer parte deste estudo, demonstrando que essa situação perpassa uma realidade local e se amplia para uma condição regional. Observa-se que a falta de amparo social e familiar, principalmente nos casos de internação compulsória, para muitos usuários ainda se faz presente, desvelando o estigma culturalmente instituído em nossa sociedade, onde não há um espaço para aqueles que não “produzem” capital, e se há, são espaços previamente estabelecidos que não geram “desgaste” social.

Todos os profissionais percebem que a UIP pertence à RAPS, e que a internação deveria ocorrer como último recurso de tratamento e de forma mais breve possível, conforme a legislação nacional vigente pautada na Reforma Psiquiátrica Brasileira do cuidado em liberdade, no entanto, muitos casos encaminhados para a internação poderiam ser resolvidos no território, tanto na APS quanto nos CAPS.

A unidade não deveria ser utilizada para algumas internações que poderiam ser resolvidas na Atenção Básica, nos CAPS ou em outros serviços, mas muitas vezes acabam vindo para cá, até por uma questão de carência social, alguma questão mais nesse sentido (P08 - Enfermeiro - UIP 01).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde Mental reforça que a atenção aos usuários em crise deve ser articulada com outros dispositivos estratégicos, como a própria APS. Desta forma, deve ofertar modalidades de serviços que consigam garantir um cuidado integral em saúde mental à população em seu território (JÚNIOR, et al, 2016a). Outro ponto que deve ser discutido, que foi trazido por trabalhadores de instituições hospitalares que recebem usuários de substâncias psicoativas, é a ocorrência da internação psiquiátrica mesmo quando o indivíduo está sem fazer uso de nenhuma substância.

Nós também recebemos pacientes que estão sem fazer uso de nenhuma substância há meses, e mesmo assim internam na unidade (P15 - Psicóloga - UIP 03).

Quanto aos aspectos da política de saúde mental na unidade de internação psiquiátrica e na instituição hospitalar, os participantes trouxeram em suas falas inúmeras características conectadas ao campo político e de gestão em saúde que se refletem dentro do hospital.

A gente é um pouco limitado por ser um espaço fechado, as atividades são limitadas, espaço e material (P03 - Assistente Social - UIP 02).

A gente tem uma certa limitação para fazer algumas atividades, por ser uma unidade fechada a gente tem restrição de espaço, de atividades externas que não tem como serem feitas (P08 - Enfermeiro - UIP 01).

Falta recursos materiais para a realização das oficinas...inclusive muitos materiais para as oficinas são comprados com o dinheiro dos próprios profissionais (P18 - Psicóloga - UIP 02).

Eu observo que a estrutura da unidade de internação ainda é muito precária, por exemplo, quando um adolescente interna para desintoxicação, ele precisa ficar aqui por no mínimo 21 dias, porém ele poderia ser estimulado a fazer outras coisas que levem ele a reinserção social e familiar, restabelecer uma rotina, enfim, coisas que ele goste de fazer fora da internação...e isso não é feito, justamente porque a estrutura da unidade não nos possibilita a isso (P19 - Psicóloga - UIP 02).

Identifica-se que a estrutura física inadequada e a falta de recursos materiais para realização de oficinas dificulta a implementação de atividades por parte dos profissionais. Como consequência, tal situação traz impacto negativo no que tange ao tratamento ofertado ao usuário durante o processo de internação já que limita as atividades profissionais previstas pela PNSM, como grupos e oficinas terapêuticas para reinserção social e geração de renda.

Corroborando nessa discussão, um estudo que trata das características da política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico apontou os mesmos problemas como a falta de investimentos do poder público, escassez de recursos materiais e estrutura física inadequada, demonstrando que essa pode ser uma lacuna deixada pelo movimento de reforma (JÚNIOR, et al, 2016a).

Eu cheguei aqui e me assustei com as grades, eu me assustei com o branco, me assustei com os uniformes! Acho que tem coisas que tem que mudar aqui dentro (P13 - Psicóloga - UIP 01).

A estrutura no hospital não é muito boa, por ser um hospital muito antigo (P18 - Psicóloga - UIP 02).

A fala dos profissionais remete à falta de manutenção e reparos. Ao chegar nas unidades para realização das entrevistas observa-se uma estrutura precária ainda presente, levando à existência de um cotidiano sem expectativas, onde resquícios da lógica manicomial ainda podem ser identificados. Desvelam-se como locais onde a Reforma Psiquiátrica não chegou, pelo menos não em sua plenitude. Reafirma essa condição um estudo que buscou o sentido para o cuidado em saúde mental na RAPS, demonstrando que, em proporções diferentes, as mudanças solicitadas e aclamadas pelos reformistas não se deram completamente no ambiente hospitalar e o modo de assistir os usuários em sofrimento mental, dentro dos hospitais, ainda não foi totalmente transformado (FIDELIS, 2018).

Outro ponto que vale ser trazido à luz da discussão, é a forma como é realizado o manejo com os usuários das unidades de internação psiquiátrica por parte de profissionais que não fazem parte da equipe assistencial da UIP.

Em algumas situações de surto, nós chamamos os seguranças do hospital para realizarem o manejo com o usuário, no entanto nós começamos a observar um manejo muito violento e agressivo e que era comum à maioria dos profissionais, depois dessa constatação, nós da residência, organizamos um projeto para trabalhar com essa demanda (P17 - Assistente Social - UIP 02).

Observa-se, segundo as falas, uma postura afrontosa por parte de alguns trabalhadores que são responsáveis pela segurança da instituição com relação aos usuários da UIP, demonstrando falhas na qualificação desses profissionais na perspectiva dos princípios doutrinários e organizativos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental.

A atuação profissional contextualizada na PNSM requer a atenção e promoção de práticas em saúde mental para garantir a desinstitucionalização, o resgate da cidadania das pessoas portadoras de sofrimento mental, mas para além, ela amplia e possibilita uma mudança social e cultural, onde há espaço para produção de vida para todas as pessoas (JÚNIOR, et al, 2016). Nessa perspectiva, vale enaltecer a percepção dos profissionais da equipe assistencial da UIP sobre tal situação e a disponibilidade em organizar um projeto institucional para modificar essa realidade, demonstrando uma tentativa de romper com a fragmentação da assistência e a rigidez dos serviços.

4.2 A REALIDADE REFLETIDA NO ESPELHO: O CUIDADO AO USUÁRIO A PARTIR DAS PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Essa categoria/movimento emergiu a partir das percepções dos trabalhadores das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais pertencentes às regiões de saúde de abrangência da 4ª CRS frente a concepção de equipe multiprofissional; a clínica na internação psiquiátrica; preparação para a alta do usuário; e, participação da família do usuário durante o período de internação na UIP.

4.2.1 A equipe multiprofissional na unidade de internação psiquiátrica: perspectivas e desafios do cuidado em saúde

A partir da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar passou a ter grande destaque no cenário brasileiro, visto que com o conceito ampliado de saúde, onde não se limita apenas na ausência de doenças, as demais profissões que compõem a área se tornam indispensáveis para o cuidado ampliado e integral do usuário. Assim, é absolutamente impossível refletir que apenas algumas categorias profissionais exerçam, com toda a eficiência necessária, o conjunto completo, amplo e complexo das ações em saúde (PINHO, 2006. CALDAS, et.al, 2019).

Para que se possa cuidar é preciso entender quais são os significados atribuídos para aquela condição a qual se deseja acompanhar. O cuidado a usuários de saúde mental traz uma amplitude de significados e desta forma, saber como essa equipe se observa em meio ao processo de cuidado é fundamental para compreendermos o modo esse como usuário será reconhecido dentro da unidade de internação, diante da percepção dos profissionais.

A gente vai atender o usuário com toda a equipe multidisciplinar. Tem psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, enfermeiro. Toda a equipe vai atender (P03 - Assistente Social - UIP 02).

A gente trabalha na perspectiva multiprofissional. Aqui a gente tem enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, médico. Então todo o tratamento a gente tenta que seja o mais multiprofissional possível (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).

Eles recebem alimentação balanceada pelo nutricionista, eles fazem atividades físicas comigo, fazem oficina de horta (P14 - Educador Físico - UIP 03).

Os profissionais que fazem parte da equipe são os técnicos de enfermagem, o enfermeiro coordenador da unidade, o psicólogo e o assistente social, que tem uma carga horária de 20hs semanal apenas, o médico psiquiatra responsável, os médicos residentes em psiquiatria e a equipe multiprofissional da residência em saúde mental, que são assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional (P17 - Assistente Social - UIP 02).

Tem a equipe de enfermagem. Tem um enfermeiro na unidade, que é o enfermeiro chefe, coordenador da unidade. Tem os técnicos de enfermagem que ofertam os cuidados básicos aos pacientes como higiene, medicação e realizam um manejo mais objetivo. Tem a equipe médica que inclui um psiquiatra da unidade, e dois residentes em psiquiatria. Tem a equipe multiprofissional da residência em saúde mental que são 6 profissionais, incluindo 2 psicólogos, 2 assistentes sociais e 2 terapeutas ocupacionais, entre R1 e R2...e tem uma psicóloga e uma assistente social do hospital (P18 - Psicóloga - UIP 02).

Nessa perspectiva, quando questionados sobre a percepção do trabalho em equipe multiprofissional dentro da unidade de internação psiquiátrica, alguns dos trabalhadores apenas citaram as categorias profissionais que compõem a equipe assistencial da UIP, ou trouxeram exemplos de atividades que cada núcleo profissional desempenha na unidade. O trabalho em

equipe multiprofissional é a melhor forma para atender as demandas dos usuários dos serviços de saúde, em especial da saúde mental, visto que a complexidade dos casos permeia as questões biológicas, sociais, psicológicas e culturais das pessoas e requer preparo das equipes de saúde. Os conhecimentos e habilidades específicos de diversos profissionais da saúde, compondo uma equipe multiprofissional, parece ser a melhor alternativa para a estruturação da atenção à saúde (PINHO, 2006; CALDAS, et al, 2019). É um importante recurso para atingir a dimensão da integralidade como prática de cuidado em saúde que, além de contribuir na organização do trabalho nos serviços, busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (MATTOS, 2001).

No entanto, o trabalho em equipe não se limita ao ato de estar junto ou de passar informações entre os profissionais, é necessário que haja uma cultura de integração e de colaboração que permeie as relações interpessoais de modo a garantir uma complementaridade entre todas as áreas. No entanto, fatores como dominância de um discurso particular, que resulta na exclusão de outro e falta de confiança interprofissional, resultante de relações de poder entre as profissões, impactam negativamente a estruturação da equipe (PINHO, 2006; CALDAS, et.al, 2019).

Nesse contexto, observa-se nas falas dos participantes da pesquisa, que há uma separação entre as equipes, e há uma dimensão pré-estabelecida do que compete a cada equipe desempenhar quanto ao cuidado prestado: à equipe de enfermagem compete a administração de medicamentos e o apoio ao autocuidado, à equipe médica o tratamento clínico e medicamentoso e à equipe multiprofissional compete o gerenciamento dos casos, como se verifica na fala da participante P10. Em momento algum os profissionais se percebem como integrantes de uma mesma equipe, que prestam o mesmo cuidado ao usuário com direcionamentos pertinentes a cada núcleo profissional, mas que se complementam e se entrelaçam no grande campo da saúde mental. Vale ressaltar que tais percepções emergiram nas falas dos trabalhadores, incluindo os residentes em saúde uni e multiprofissionais, das 3 instituições hospitalares que aceitaram fazer parte deste estudo, demonstrando ser um conceito de equipe muito mais atrelado à formação profissional do que, necessariamente, ao ambiente de trabalho em si.

Aqui é formado pela equipe de enfermagem, por uma equipe multiprofissional e pela equipe médica. Os médicos fazem o cuidado voltado para a parte clínica, com ajustes medicamentosos, com reavaliação diagnóstica. A equipe de enfermagem fica responsável pelo cuidado aos usuários, ministram a medicação, as vezes o paciente está um pouco desorganizado e está com o autocuidado prejudicado e então precisa muito dessa vigilância e cuidado de enfermagem. E a equipe multiprofissional fica responsável pelo gerenciamento dos casos (P10 - Assistente Social - UIP 01).

Olha o tratamento do usuário tem várias frentes. Ele recebe um tratamento medicamentoso que é a parte psiquiátrica, ele recebe um tratamento psicoterápico pela equipe da psicologia, ele recebe um tratamento de terapia ocupacional pelo pessoal da TO e ele tem toda uma assessoria do Serviço Social (P11 - Médico - UIP 01).

A unidade oferece tratamento medicamentoso, cuidados básicos de enfermagem, como banho, higienização, alimentação...tem as oficinas de horta, de música, o pessoal da residência multiprofissional dá um suporte muito bom para a equipe, com a realização de oficinas (P12- Enfermeiro - UIP 01).

Durante a internação ele recebe avaliação psiquiátrica e psicológica toda a semana. Aqui na unidade eles realizam atividades em grupo, existe um cronograma na unidade inclusive...aí tem as atividades que a nutricionista faz, as que o educador físico faz, tem o grupo de horta, tem o grupo de passeio/caminhada (P15 - Psicóloga - UIP 03).

Há o acompanhamento médico, no caso os médicos residentes se dividem para acompanhar os pacientes. Há o acompanhamento da equipe multiprofissional da residência, também tem uma psicóloga e uma assistente social que são funcionárias do hospital e que fazem uma carga horária de 20hs semanais. Também tem a equipe de enfermagem, formada pelo enfermeiro que é coordenador da unidade e pelos técnicos de enfermagem (P19 - Psicóloga - UIP 02).

Para a superação do modelo manicomial, ainda presente na cultura social de nossa civilização, é necessário o investimento em formações profissionais que integrem pessoas, conceitos e práticas pautadas na aproximação e na troca de saberes por meio de tecnologias leves. O trabalho em saúde alicerçado nas tecnologias leves promove um espaço em que o usuário é também produtor de saúde, protagonista de seus cuidados e gerador de sua própria autonomia. Porém essa perspectiva se torna limitante se as equipes ainda operam na lógica separatista/hegemônica, pois a partir da percepção que os profissionais têm sobre a equipe na qual estão inseridos, é o que refletirá no modo como se constrói o cuidado em saúde (MERHY, FRANCO, 2003; SOUZA, MIRANDA, 2017).

Nessa perspectiva, com a intenção de reorientação na formação dos profissionais em saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) traz a possibilidade e o desafio de recompor as práticas de formação e atenção a partir da Residência em Área Profissional da Saúde, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, com exceção da categoria médica. Esta modalidade de formação busca proporcionar a transformação das práticas na área da saúde de acordo com a realidade, a partir do trabalho multiprofissional e com cooperação intersetorial (BRASIL, 2018; MELLO, 2016).

A integração ensino-serviço, pautada pela Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) visa a ampliação da qualidade da atenção à saúde, com vistas a uma formação profissional pautada nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Também exerce a

função de reorientar as práticas presentes nos próprios dispositivos, por meio da construção de espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes à produção de novos sentidos em cenários reais (FINKLER, CAETANO, RAMOS, 2011; MELLO, 2016). Desta forma, verifica-se que em duas UIP participantes da pesquisa há o trabalho com a RMS, permitindo o envolvimento dos profissionais em formação com os trabalhadores do serviço, integrando o saber científico, teórico e prático. No entanto, a inserção dos residentes nas realidades práticas dos serviços públicos de saúde deve ser cuidadosa, para se alcançar a superação do modelo hegemônico e não fortalecê-lo, tornando-se um desafio, pois verifica-se que a subjetividade produzida pelo modelo hegemônico está presente na fala dos profissionais de diversas categorias, e não apenas no discurso médico, demonstrando que esse quesito deve ser trabalhado com os indivíduos desde a formação profissional acadêmica.

4.2.2 Pintor ou pintura? Criador ou criatura? O cuidado ofertado ao usuário na internação psiquiátrica na perspectiva dos profissionais

Nessa subcategoria de análise retrata-se uma dimensão fundamental na produção do cuidado, a subjetividade. A produção subjetiva do cuidado, pautado em três dimensões, desejo, formação de redes e trabalho vivo, permeia o fazer profissional a partir dos significados das experiências das pessoas (FRANCO, 2006; MERHY, 2002).

A dimensão do desejo, representa a energia vibracional que impulsiona o indivíduo para o movimento íntimo na produção de mundo, na produção de vida, e por consequência, na produção de saúde, partindo de um ponto que não é estático e está em constante adaptação. O agir no campo da saúde se movimenta a partir da energia desejante dos trabalhadores e usuários, e esse desejo se vincula às subjetividades de cada pessoa, sendo, portanto, singular. O querer realiza, no campo da vida prática, aquilo que se inscreve como significado em cada contato humano, nas experiências familiares que cada pessoa carrega dentro de si. Não há como atribuir valor ao desejo, pois ele opera conforme a bagagem histórica e sensorial das pessoas, e também as suas reinvenções. Nesse sentido, se há uma subjetividade inscrita no ideário biomédico, o desejo atua produzindo um cuidado centrado neste paradigma. Por outro lado, se esta subjetividade tem seu território ancorado em um novo pensar em saúde, a produção do cuidado dar-se-á nessa perspectiva (FRANCO, 2006; DELEUZE, GUATTARI, 2014).

A segunda dimensão da produção subjetiva do cuidado, traz a formação de rede produzida em ato, pelos próprios trabalhadores e usuários, a qual não tem uma regulação pré estabelecida e se contextualiza nas relações de trabalho. A rede rizomática apresenta grande

capacidade de regeneração e desvio, quando interrompida por algum obstáculo (DELEUZE, GUATTARI, 2011). É, por si só, uma rede maleável, capaz de produzir novas significações, desconstruir antigos conceitos e reinventar novos, a partir do viver das pessoas e do movimento cíclico ofertado pela própria natureza. As redes disparam, por meio da ação dos desejos das pessoas, a dimensão subjetiva do cuidado (FRANCO, 2006).

A terceira dimensão corresponde ao trabalho vivo, que atua como uma plataforma por onde as outras duas dimensões transitam. É justamente porque o trabalho em saúde acontece em ato, e por isso está vivo, que as múltiplas possibilidades de cuidado acontecem (MERHY, 2002).

Associado aos aspectos da micropolítica, citados anteriormente, vale analisar os aspectos relacionados aos movimentos realizados no âmbito da macro política, os quais têm o protagonismo dos trabalhadores, usuários e suas famílias. No contexto social, cabe salientar que a participação dos trabalhadores/usuários/famílias aproxima e fortalece a rede assistencial e social para a discussão do cuidado psicossocial. A partir do conceito de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade, verifica-se que tal processo implica na participação dos atores sociais na definição de suas escolhas e, também, na obrigatoriedade de estabelecimento de compromissos com outros sujeitos (CAMPOS, 2000; VASCONCELOS, et.al, 2016).

Na tentativa de efetivar os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, que propõe o fomento de concepções e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, et al, 2019). Sob a ótica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautada em referenciais humanistas de liberdade, igualdade e fraternidade, o acolhimento, como ato político que busca promover modificação do processo de trabalho em saúde, é o fundamento mais importante tanto para a superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, que ainda nos assombra, quanto para a desconstrução do estigma que leva ao distanciamento social das pessoas com algum sofrimento psíquico.

O entendimento do profissional que atua na saúde mental sobre o acolhimento auxilia na organização do serviço e no fortalecimento da RAPS. Nesse sentido, quando questionados sobre o tema, os profissionais trouxeram em suas falas a forma como o indivíduo é recepcionado na unidade de internação.

Quando o usuário chega aqui...a gente tá tentando colocar um acolhimento no horário da chegada, porque não tem acolhimento aqui...não é feita uma recepção mais organizada, é algo bem perturbador...porque sobe a pessoa, que geralmente está

bastante fragilizada, sobe o familiar e é feito uma “papelada”, e ele já dá de cara com todos os usuários ali olhando pra ele. Então a gente tá tentando colocar uma espécie de acolhimento quando o paciente subir (P13 - Psicóloga - UIP 01).

*Quando ele chega na unidade é realizada uma entrevista/acolhimento por mim, quando eu não estou na unidade essa entrevista é realizada pelos técnicos de enfermagem que estão de plantão, pois **temos um roteiro para realização desse acolhimento. Além da entrevista com o paciente, a gente também faz uma entrevista com os familiares.** Depois dessa recepção, o paciente é levado até o leito onde ele vai ficar e o monitor (que é outro paciente que está há mais tempo internado) separa todas as roupas do usuário, **faz uma marcação e também uma revista no paciente, principalmente no que diz respeito as roupas, porque depois elas são encaminhadas para a lavanderia do hospital para serem higienizadas** (P15 - Psicóloga - UIP 03).*

*Quando esse usuário chega na unidade, então é realizado um acolhimento, geralmente os técnicos de enfermagem realizam esse acolhimento, **onde é feita algumas perguntas para o usuário, como se já realizou tratamento em algum outro serviço de saúde mental da rede, se tem ideação suicida, abuso de drogas enfim, faz um levantamento geral.** Após então nós apresentamos a unidade para o paciente, as rotinas e as regras de convivência, e ele segue o tratamento de forma convencional (P19 - Psicóloga - UIP 02).*

A percepção trazida pelos profissionais participantes do estudo considera o acolhimento como o contato vivenciado nos equipamentos de saúde no momento da chegada do usuário na UIP e não como uma postura de trabalho que proporciona reflexão crítica ao vivido no cotidiano dos serviços. Destaca-se que as falas representam as 03 instituições que participaram da pesquisa, demonstrando ser essa uma percepção de característica regional.

A chegada do usuário na UIP está condicionada a realização de entrevista (P15 e P19), sendo que em um dos serviços, a entrevista também é realizada com os familiares da pessoa. Enquanto espaço de escuta, observa-se que esse tipo de recepção/acolhimento pode oferecer um bom ambiente a pessoa em sofrimento psíquico e auxilia no processo terapêutico (OLIVEIRA, et al, 2019). Contudo, todas as falas expõem a burocratização que ainda existe no momento da internação, como “faz a papelada”, “monitor faz revista no usuário”, “passamos para o usuário as rotinas e regras de convivência”, porém, apenas em uma delas há o relato de desconforto com tal situação.

Verifica-se, em alguns trechos das falas, elementos que remetem à impessoalidade tais como a existência de um roteiro pré-estabelecido para a entrevista com o usuário e também a realização de perguntas quanto ao abuso de substâncias psicoativas ou ideação/planejamento suicida. Salienta-se que a existência de um roteiro pré-estabelecido para as entrevistas ajuda o profissional a lembrar dos pontos que devem ser considerados importantes, porém esse momento não deve restringir-se a um “jogo” de perguntas e respostas (fechadas) e sim um momento de troca de potencialidades e não para impor limitações. Os questionamentos quanto

ao abuso de substância e ideação suicida deveriam ser efetuados ao longo dos dias de internação, já que se trata de assunto delicado para a pessoa que está em sofrimento, e essa abordagem poderia dificultar a formação de vínculo com a equipe assistencial (OLIVEIRA, et al, 2019; MOREIRA, VIEIRA, 2018).

Utilizando o conceito de acolhimento trabalhado pelo Ministério da Saúde em seus materiais de apoio aos profissionais e à população, onde o ato ou efeito de acolher significa uma atitude de inclusão, expressa, em suas várias definições, como uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de” (BRASIL, 2010a). O acolhimento conceitua-se mais em uma postura ética e estética das relações do que em um protocolo a ser seguido na chegada do usuário à unidade de internação.

Corroborando com estes aspectos, o acolhimento, enquanto postura relacional, proporciona a formação de vínculo entre as pessoas envolvidas no cuidar, tanto o profissional quanto o usuário que está em sofrimento, formando uma relação de trocas e de confiança, indo ao encontro, não apenas dos princípios da Reforma Psiquiátrica mas também da Política Nacional de Humanização. Nessa perspectiva, os participantes da pesquisa trouxeram em suas falas, as percepções do vivido quanto a formação de vínculo com o usuário durante a internação psiquiátrica.

*O usuário chega e a gente se divide no profissional de referência, que é uma coisa que eu não concordo, **porque o profissional de referência aqui é pelo número que já está, não é por vinculação ou essas outras coisas assim!** É realmente por números, quem tá com menos pacientes vai pegando... (P13 - Psicóloga - UIP 01).*

Algo que nós debatemos muito aqui na unidade, é que nós deveríamos trabalhar com profissional de referência, pois desta forma nós conseguiríamos resolver mais a demanda do trabalho de uma forma mais integral para o usuário. E isso nós ainda não conseguimos implantar devido a necessidade de ter todo um trabalho profundo com a equipe da unidade, porque muitas vezes nós trabalhamos com a equipe reduzida (P17 - Assistente Social - UIP 02).

A existência de um profissional de referência para o usuário durante a internação, se apresenta como uma importante estratégia para viabilizar a criação de vínculo e atender as demandas do mesmo de forma integral. A finalidade desse dispositivo é o estreitamento da relação entre os profissionais e usuários e a interlocução com as redes que integram o viver das pessoas. Desta forma, garante a continuidade do cuidado em saúde de acordo com o modelo de atenção psicossocial, emergindo aspectos antes desconsiderados, como o subjetivo, o social e o familiar (CAMPOS, 1999; FURTADO, MIRANDA, 2006).

Nesse sentido, o vínculo remete-se a uma relação que passa pela responsabilização e compromisso, e traz em si a ideia do usuário como uma pessoa autônoma e capaz de tomar decisões a respeito de sua saúde e produção do cuidado (OLIVEIRA, 2019). No entanto, em uma das unidades a existência do profissional de referência não se dá pela vinculação do trabalhador com a pessoa internada, e sim pelo número de usuários sob os cuidados do profissional, conforme observa-se na fala da participante P13, citada anteriormente. Já na outra unidade de internação psiquiátrica ainda não há o trabalho com o profissional de referência, todavia existe a percepção de que essa é uma prática assistencial importante para a consolidação do modelo psicossocial e, que a implementação da mesma exige um profundo trabalho com a equipe.

No campo da saúde mental, o vínculo entre o profissional e a pessoa em sofrimento psíquico é uma das ferramentas mais importantes de intervenção no trabalho, sendo primordial no desenvolvimento do processo terapêutico (FRAGA, 1997; SILVA, COSTA, 2010). Nessa perspectiva, ainda observa-se desafios a serem superados, visto que a Reforma Psiquiátrica e a PNSM exige dos trabalhadores uma intensa e complexa renovação de saberes, para que sua práxis esteja embasada por novas terapêuticas ao lidarem com a loucura e o indivíduo em sofrimento (JÚNIOR, et al, 2016).

O papel do PR nos serviços de saúde mental, consiste em aproximar-se do usuário e assisti-lo de modo singular, contatando a família e os serviços da rede psicossocial para compreender o contexto familiar e social. Além disso, visa a continuidade do tratamento com a inclusão dos aspectos subjetivos da pessoa assistida. Considera-se que o PR pode ser entendido como um dos dispositivos estratégicos para o trabalho em saúde mental, que tem como finalidade o estreitamento do vínculo entre os profissionais e usuários, a interdisciplinaridade e a articulação com as redes familiares, sociais, culturais, educacionais, entre outras (CUNHA, et al, 2017).

Assim, verifica-se que a mola propulsora para consolidação do modelo de atenção psicossocial é a mudança no modo de trabalho desenvolvido pelos profissionais, a respeito do profissional de referência, instituído para atender as atuais práxis e aos princípios éticos da Reforma Psiquiátrica, implica em reinvenção na maneira de ser e de agir dos trabalhadores no cuidado com o outro. O profissional de referência constitui uma aproximação entre o trabalhador a certo número de usuários, ocasionando uma assistência humanizada por meio de um plano terapêutico singular, contato com a família e a avaliação das metas traçadas no PTS (BRASIL, 2004; FURTADO, MIRANDA, 2006; SILVA, COSTA, RONZANI, COLUGNATI, 2017).

No plano macroestrutural da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as mudanças no modelo assistencial provocaram redefinições das práticas de saúde mental, propondo novas concepções sobre os modos de cuidar em saúde. Nesse contexto, o Plano Terapêutico Singular (PTS) é uma potência teórico-conceitual e técnico-assistencial para romper com as ações normativas e aproximar-se de um processo social complexo que abrange a reflexão de conceitos fundamentais para o cuidado psicossocial (VASCONCELOS, et al, 2016).

*O PTS abre margem para uma discussão entre a equipe. Pois, por mais que a gente tente fazer discussão de estudos de caso e tudo mais, eu acredito que essa discussão ainda fica concentrada em apenas alguns núcleos profissionais. Acho que ainda falta um pouco de entendimento sobre o que cada núcleo faz. **E também porque eu acho que o PTS dá uma maior autonomia para o sujeito fazer parte do tratamento** (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).*

A fala do profissional quanto ao Plano Terapêutico Singular (PTS) demonstra a percepção sobre o processo de trabalho em saúde, como eixo estruturante da produção do cuidado centrado no trabalho vivo. Pode-se dizer que essa percepção materializa a potência do PTS como um dispositivo para a ampliação da autonomia do usuário, do cuidado em saúde e da interação entre os profissionais da equipe que assiste a pessoa durante a internação. Busca uma mudança do trabalho como um todo e demonstra a importância da participação da totalidade das pessoas, mas principalmente do usuário, já que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade (MERHY, 2002).

Contudo, ainda observa-se certa fragilidade quanto ao desenvolvimento do PTS em si, talvez pelo seu caráter de projeto/plano e também ao significado que o profissional atribui a este dispositivo revolucionário em saúde, conforme as falas:

*Tudo é feito dentro de um Plano Terapêutico Singular para aquele paciente, **tentando ajustar da melhor forma possível para o usuário** (P08 - Enfermeiro - UIP 01).*

*A construção do PTS, muito tem que ver o que o sujeito está trazendo [...] claro, o diagnóstico não deve ser deixado de lado nunca. **Eu acredito que tudo deve ser considerado na construção do PTS, com certeza também a opinião daquela pessoa.** A gente não entende muito bem ainda como fazer. Já foi discutido em reunião de equipe a questão do PTS, mas eu não sei se é porque é uma internação que dizem que logo a pessoa está tendo alta, mas tem gente que fica dois meses aqui dentro (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).*

Verifica-se que mesmo os profissionais tendo a percepção da importância do PTS, principalmente para o desenvolvimento da autonomia da pessoa internada, quando questionados sobre como deve ocorrer a realização do mesmo na unidade, os profissionais trouxeram em suas falas uma ideia limitada quanto a participação ativa do usuário. Na fala do

participante P08, pode-se observar a percepção de que tudo é feito para o usuário, mas não com o usuário, o que perpassa um senso de passividade do mesmo na construção do seu próprio processo de cuidado. Enquanto que na fala do participante P09, fica evidente que a opinião do usuário deve ser considerada para a construção de seu Plano Terapêutico Singular, no entanto, a percepção quanto a importância do diagnóstico é ainda mais intensa.

Essas falas demonstram que o foco histórico do cuidado pautado na presença da doença ainda não foi totalmente superado nos serviços de saúde mental, mesmo com a existência de um novo lugar social para a loucura, a partir do arcabouço teórico-conceitual, jurídico-político e sociocultural trazido pela Reforma Psiquiátrica, onde a afirmação de direitos de cidadania e construção de possibilidades sociais superam a identificação do diagnóstico psiquiátrico ou psicológico (BRASIL, 2009; AMARANTE, TORRE, 2017). Corroborando com tais afirmações, segundo a profissional participante do estudo, o que ocorre são discussões entre a equipe e a realização de contatos com as redes sociais e assistenciais de apoio ao usuário, porém um plano com a participação ativa do mesmo para a tomada de decisão em saúde ainda não é realizado na UIP.

A gente procura o usuário...conversa, conversa com o médico para ver qual é o quadro, e aí a gente começa a traçar um plano...mas não é um Plano Terapêutico, não é um PTS que acontece aqui dentro, a gente basicamente aciona a rede...se já acessou a rede, se não acessou...pra onde vai, contata familiar, um plano terapêutico com o paciente não é feito aqui (P13 - Psicóloga - UIP 01).

Em relato de experiência sobre o acompanhamento de indivíduos egressos de internação psiquiátrica, observou-se que um grande número de usuários eram encaminhados ao CAPS para dar início ao seu Plano Terapêutico Singular, demonstrando que a prática do PTS nas unidades de internação ainda não é uma realidade palpável (FEISTHER, et al, 2019).

A realização do projeto terapêutico singular se justifica pela ideia de que o diagnóstico de uma doença não pode determinar o tratamento de uma pessoa, pois parte de um princípio universalizante e generalizável para todos, o qual supõe uma regularidade que produz uma igualdade. Desse modo, é necessário compreender o que esse usuário apresenta de diferente, isto é, peculiaridades que somente nele se expressam, para, então, compreender sua singularidade (BRASIL, 2009; AMARANTE, TORRE, 2017; LOPES, MAZIERO, DE GRANDI, 2018).

Pode-se dizer, portanto, que quando ocorre o encontro do trabalhador com o usuário há, por parte do profissional, uma tomada de decisões influenciada pelo significado que ele atribui aos dispositivos e ao cuidado em saúde que estão ao seu dispor, e também ao próprio usuário.

Nesse sentido, é possível afirmar que o processo de trabalho é autogovernado pelo próprio trabalhador e as normas político-institucionais que regulam os serviços de saúde têm eficácia, desde que elas “habitem” os próprios trabalhadores. Caso contrário, na liberdade do trabalho vivo, este vai realizar aquilo que considera pertinente, definido pelo seu conhecimento e o mundo de significações que o conectam à ideia geral de produção do cuidado (MERHY, 2002; VASCONCELOS et al, 2016).

A partir da ideia de clínica ampliada, da valorização de diferentes abordagens com o objetivo de possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é transdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2009), tem-se que a realização de oficinas terapêuticas é essencial para o desenvolvimento de inúmeras possibilidades de consolidação do tratamento em saúde mental.

*Sei que eles tem oficinas de pintura, eu sei que fazem até objetos de madeira, eles tem bastante atividades ali dentro da unidade. **Creio que essas atividades favorecem o tratamento porque eles não ficam só dentro de um lugar recebendo medicação** (P02 - Médica - UIP 03).*

*A gente tem a oficina de cuidados, principalmente com as mulheres. As gurias auxiliam a fazer unha, maquiagem, para dar um pouco de autoestima para elas. **Tem os dias certos, tem atividades lúdicas, música, são feitas várias atividades ao longo da semana com eles.** Cinema, piquenique, a gente tenta buscar o máximo de atividades que possam se adequar aqui dentro, ao material que a gente tem (P03 - Assistente Social - UIP 02).*

*Todas as sextas-feiras à tarde nós temos o piquenique, que tem coisas mais gostosas, que não são da alimentação do hospital. Quanto as atividades mais lúdicas, **depende muito dos recursos que a gente vai ter.** Mas tem cinema, toda terça-feira à noite, tem a horta. Há pouco tempo conseguimos também introduzir o vídeo game (P05 - Psicóloga - UIP 02).*

*O trabalho realizado aqui procura **aproximar o máximo possível a pessoa do seu cotidiano, sem ser um momento de cissura na rotina** [...] onde a pessoa possa desenvolver outras habilidades que muitas vezes ela não sabia que tinha. Oficina de horta, a oficina da terapia ocupacional que está mais relacionada à arte, grupos terapêuticos com os psicólogos, karaokê que eles gostam bastante (P08 - Enfermeiro - UIP 01).*

As oficinas terapêuticas acontecem nas três unidades de internação psiquiátrica que aceitaram fazer parte deste estudo, demonstrando que as novas abordagens psicossociais fazem parte do cotidiano dos serviços na região. Segundo a fala dos profissionais, as oficinas reduzem a ociosidade dos usuários no período de internação e auxiliam para o despertar de princípios básicos de autocuidado, que tem como consequência a elevação da autoestima. As oficinas são caracterizadas pelo Ministério da Saúde (MS) como atividades grupais destinadas à socialização familiar e social dos usuários, à expressão de sentimentos e emoções, ao

desenvolvimento de habilidades, da autonomia e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2004; CALDAS, et al, 2019).

As falas fortalecem a concepção de que, num processo de ressocialização dos indivíduos com transtornos psíquicos, as oficinas terapêuticas são instrumentos indispensáveis, proporcionando-lhes não apenas aptidão para realizar atividades, mas, principalmente, por exercitá-los e por ajudá-los a colocar em prática seus desejos internos. Esse procedimento faz com que todos eles se sintam úteis na realização de suas atividades, conscientiza-os de suas capacidades e potencialidades, provoca interação com o meio social, ajuda na ressocialização de cada sujeito e possui um tratamento que conta com o auxílio de profissionais, medicamentos e participação nas atividades desenvolvidas dentro do serviço. Para que haja efetividade no processo de ressocialização nas ações das oficinas, é necessário que haja relações interpessoais entre profissionais, usuários e comunidade, embora o trabalho, por si só, já seja uma forma de ressocialização, visto que trata diretamente da comunicação e das inter-relações entre as pessoas que ocupam o serviço (IBIAPINA, et al, 2017).

Um dos profissionais entrevistados percebe a oficina terapêutica como uma aproximação do cotidiano da pessoa, para que não exista uma ruptura com a rotina de antes da internação, ou também para que o usuário desenvolva novas habilidades que possa lhe proporcionar maior autonomia social. As oficinas terapêuticas em saúde mental promovem a reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, fortalecimento tanto dos laços familiares quanto comunitários, desenvolvendo um trabalho de forma prioritária em espaços coletivos (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; CALDAS, et al, 2019).

Observa-se também que os profissionais buscam adequar as oficinas terapêuticas aos materiais que eles têm na unidade de internação. Corroborando com esse resultado, em estudo realizado, os profissionais mencionaram a falta de recursos financeiros para a realização de diversas oficinas. Nesse sentido, ainda visualiza-se que não há investimento suficiente para as atividades voltadas para a saúde mental. As oficinas terapêuticas estão direcionadas para indivíduos em sofrimento psíquico, configurando-se como uma peça chave para a ressocialização, de maneira a cumprir com a proposta psicossocial, que mantém enfoque no respeito às diferenças e à individualidade de cada participante, o que justifica a necessidade de investimentos robustos para seu fortalecimento e manutenção (IBIAPINA, et al, 2017).

*[...] temos uma oficina de jardinagem com uma profissional que realiza voluntariado aqui no hospital, ela cuida de todo jardim da frente do hospital, compra as mudas das plantas e árvores, aí ela leva os pacientes que estão internados para ajudar na organização do jardim. Também temos uma horta nos fundos do hospital, com árvores frutíferas, que eu ou o monitor supervisiona o grupo. **Quanto ao grupo da horta, eles***

mesmo plantam as verduras e legumes, cuidam da horta, colhem as hortaliças para o almoço deles, como alface, rúcula e além da horta eles também cuidam das árvores frutíferas, colhem as frutas para ajudar na alimentação e também para fazerem sucos. Na oficina da nutricionista, os pacientes confeccionam os seus próprios lanches (P15 - Psicóloga - UIP 03).

As oficinas de jardinagem, horta e atividades culinárias foram percebidas como espaços potentes para desenvolvimento de autonomia, economia sustentável, consciência ecológica e cuidado alimentar. Esses aspectos da vida, muitas vezes esquecidos ao longo do processo de cronicidade da condição de saúde, devem ser resgatados e problematizados junto aos usuários, para libertação das amarras psicológicas e sociais que os assolaram por anos. Esses espaços de contato com a natureza e produção de autocuidado passam a ser uma possibilidade para a criação e vivência, e para que o usuário seja livre para liberar suas emoções, (re)conhecendo gostos, sabores, para que de fato se sinta integrante de um todo, de uma sociedade, de uma civilização.

Nise da Silveira acreditava que as oficinas terapêuticas eram dispositivos que permitiam lidar com a “loucura” pelo viés da criatividade. A transformação de sua vida se daria pela emoção do vivido ao entrar em contato com os materiais, atividades e com o ambiente em si, como um espaço de produção de sentimentos (DIAS, 2018).

A gente também propõe oficinas para tentar resgatar questões sobre a subjetividade do paciente. Nós temos a oficina do terapeuta ocupacional que ele trabalha com arte, onde eles estão construindo um mural. Tem a oficina da horta, que muitos deles participam, nós também temos atividades comemorativas, como festa junina (P06 - Psicóloga - UIP 01).

As atividades artísticas desenvolvidas nas oficinas podem ser compreendidas como um meio para revitalização do indivíduo, atuando como um canal de significações onde o usuário permite dar vazão aos seus sentimentos por meio de desenhos, mosaicos, músicas e afins. A arte é o escopo, o ancoradouro e farol que orientará toda a produção, além de sustentar e articular a ordem do simbólico à realidade. Nessa perspectiva, as oficinas em saúde mental passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento das pessoas, não só dos usuários mas também dos profissionais, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso aos bens culturais (MENDONÇA, 2005; IBIAPINA, et al, 2017; DIAS, 2018; CALDAS, et al, 2019).

Um ponto que deve ser destacado é o fato de que em duas das unidades de internação as oficinas terapêuticas não são padronizadas e seguem um cronograma aberto, sendo organizadas de acordo com as demandas dos usuários internados, semanalmente. Indo ao

encontro de um atendimento humanizado e reparador de socialização. Observa-se uma preocupação, por parte dos profissionais, de que os usuários se sintam “bem” durante esse período, que não se caracterize como um trauma vivido e mais como uma experiência enriquecedora para a produção de vida.

A gente tem os dias específicos para cada atividade, mas dependendo da turma a gente não consegue pôr em prática as atividades tal qual está no cronograma, por vários motivos, inclusive pelo próprio clima, se está chovendo eles não saem para o grupo da caminhada, por exemplo. Então vamos realizando algumas pequenas alterações para que eles não deixem de fazer atividades e também se sintam à vontade na unidade, durante o período de internação (P15 - Psicóloga - UIP 03)

[...] são diversas oficinas, e não são padronizadas, nós não seguimos um cronograma fechado. Nós vamos observando as necessidades dos usuários e vamos organizando as atividades para que essas demandas sejam contempladas. Mas, vale ressaltar que as oficinas são ofertadas diariamente (P16 - Enfermeiro - UIP 02).

As oficinas terapêuticas compreendidas como espaços que propiciam aos participantes dos serviços de saúde mental meios de buscar suas potencialidades, valorizam os aspectos saudáveis da vida. Nesse sentido, devem ser repensadas pela equipe a todo tempo, sendo dinâmicas, com postura reformista e cronograma aberto, pois mudam os usuários e, por consequência, mudam suas demandas e subjetividades. Assim, a realização do Plano Terapêutico Singular (PTS) auxilia para a produção de ações que estimulam a expressividade, o aprendizado e o potencial de cada usuário (MENDONÇA, 2005; VASCONCELOS, et al, 2016; IBIAPINA, et al, 2017; DIAS, 2018; CALDAS, et al, 2019).

Em contrapartida, se verifica que em uma das UIP são os usuários que se adaptam ao cronograma de atividades, não havendo modificações para atender às necessidades dos mesmos. Na perspectiva da dimensão técnico-assistencial da saúde mental, verifica-se que ainda há resquícios do modelo hegemônico nas subjetividades dos profissionais, como a valorização do tratamento medicamentoso com foco na residência médica.

Eles participam de várias oficinas, se eles quiserem, as que têm... se eles não participarem de nada também não tem problema...é bastante ocioso aqui, então é como se o tratamento fosse químico, basicamente. A clínica é mais centrada na residência médica (P13 - Psicóloga - UIP 01).

Segundo a fala dos participantes da pesquisa, observa-se que o tratamento medicamentoso ainda é bastante valorizado durante a internação psiquiátrica. Analisa-se que há a necessidade de rever as medicações utilizadas pelos usuários, bem como há o acompanhamento, por parte de toda a equipe, de como o usuário está reagindo a terapêutica

medicamentosa. Também percebe-se que a compreensão da necessidade e aceitação do tratamento por parte dos usuários está condicionada aos efeitos dos medicamentos.

Eles são avaliados pelo psiquiatra e pelo clínico geral. Eles são tratados com medicamentos psiquiátricos, tentando melhorar a parte da dependência, diversos medicamentos são utilizados (P02 - Médica - UIP 03).

O responsável pela parte médica do sujeito vai rever as medicações que ele já toma e poder organizar ou reorganizar as medicações. Ele é acompanhado diariamente por toda a equipe, a gente vai observando de que forma ele está reagindo à questão medicamentosa (P05 - Psicóloga - UIP 02).

A partir do momento em que eles começam a fazer uso da medicação, que a medicação começa a fazer efeito, algumas não fazem efeito ou demoram um pouquinho mais, eles começam a entender, a perceber que eles precisam ter um tratamento, de ter um acompanhamento de perto (P07 - Enfermeira - UIP 01).

O processo de medicalização através do qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, está vinculado a uma série de forças sociais e econômicas que determinam a prática médica. Ao mesmo tempo, há o risco de se interpretar o termo “medicalização” como um movimento da corporação médica, afastando-se de uma compreensão mais ampla que considere toda as dimensões de construção social, cultural, jurídica e assistencial que permeia o processo de medicalização na sociedade moderna. Nesse sentido, é preciso investir no processo de formação inicial e continuada dos médicos, assim como demais profissionais de saúde, para a superação de práticas de medicalização dos sofrimentos cotidianos (FREITAS, AMARANTE, 2015; BARBOSA, et al, 2017; FEISTHER, et al, 2019).

Diante da centralidade que o tratamento medicamentoso adquire no processo de atenção à saúde mental ainda na atualidade, e da persistência, em alguns contextos, de práticas de cuidado vinculadas ao modelo asilar hospitalocêntrico, faz-se necessário investir em novas formas de cuidado em saúde mental, na direção de uma clínica ampliada (BARBOSA, et al, 2017).

Nessa perspectiva, a fala da profissional contribui para a compreensão do processo saúde-sofrimento, uma vez que traz que a invenção de práticas de cuidado consoantes às proposições da Política Nacional de Saúde Mental deve ser o foco do tratamento ofertado pela equipe de saúde durante a internação psiquiátrica.

O que eu observo é que falta muito a questão do manejo de tecnologias leves, acolhimento, escuta qualificada. E o tratamento tem que seguir esse viés de tentar olhar para aquela pessoa de uma forma que ninguém mais estava olhando, pois a maioria dos usuários já chegam na unidade com uma carência afetiva muito grande, tanto da

família quanto do meio social, pois eles são reconhecidos como um “nada”. Então aqui nós tentamos desfocar do histórico que eles têm “lá fora” e tentamos focar um tratamento humanizado, onde eles se sintam “pessoas” novamente e que busquem forças para recomeçar sua história. Nós trabalhamos com motivação e desejo, principalmente com os pacientes que são usuários de substâncias psicoativas...tentamos motivar que ele dê outro sentido pra vida dele, que a substância não seja o único caminho acessível ao longo da vida (P18 - Psicóloga - UIP 02).

Considera-se um dispositivo positivo para consolidação das novas abordagens em saúde mental o estímulo às discussões em equipe sobre os diferentes aspectos que compõem a vida das pessoas em sofrimento psíquico, no que tange ao preconceito, estigma e dificuldades que essas pessoas enfrentam na sua rotina diária, o que na maioria das vezes é “invisível” aos olhos da comunidade e de profissionais. As produções científicas sobre a temáticas corroboram a afirmação de que é preciso investimento num cuidado que “reabilite” o uso de tecnologias leves, estimulando tudo o que há de potencial de vida e de autonomia. Por outro lado, é necessário denunciar o crescimento exacerbado de tecnologias duras, representadas pelos insumos da indústria farmacêutica (FREITAS, AMARANTE, 2015; IBIAPINA, et.al, 2017; FEISTHER, et al, 2019; CALDAS, et.al, 2019).

4.2.3 “Lá e de volta outra vez”⁶: a preparação do usuário e da família para a alta hospitalar

Segundo a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política Nacional de Saúde Mental, a internação psiquiátrica é atualmente indicada somente para os casos graves, após esgotados todos os recursos extra hospitalares para o tratamento do usuário. São consideradas graves, as situações em que há presença de sofrimento psíquico associado ao risco de autoagressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social, incapacidade grave de autocuidado (CARDOSO, GALERA, 2011).

O termo “alta”, no contexto geral de saúde, está fortemente relacionada à intervenção médica. Segundo o Dicionário de Termos Médicos (Polisuk, Goldenfeld. Pequeno Dicionário de Termos Médicos. 1998), dar alta ao usuário dos serviços de saúde significa considerar-lhe capaz de sair da enfermaria, curado e apto para viver fora do ambiente hospitalar. No entanto,

⁶ Esse termo é um singela homenagem ao escritor J.R.R. Tolkien, sobre o livro “The Hobbit” ou “There and Back Again”. Conta uma história de alta fantasia, onde jovens sonhadores saem para viver sua mais emocionante, perigosa e grandiosa aventura e retornam aos seus lares absolutamente diferentes do que quando saíram. E simboliza, no contexto deste estudo, a aventura ou desventura da internação em saúde mental e o retorno para seu lar, agora com outras experiências e novas possibilidades.

sabemos que na perspectiva da saúde mental, não trabalha-se com a ideia de cura, e sim com a ideia de estabilização de sinais e sintomas para reinserção social e familiar (SILVA, ALMEIDA, AMATO, 2019).

Nesse sentido, quando questionados sobre como ocorre a preparação do usuário para a alta da unidade de internação psiquiátrica, pode-se observar uma relativa variação de procedimentos no momento que antecede a alta, como as combinações realizadas com a pessoa internada e a psicoterapia individual.

Eu nunca acesso nenhum serviço sem combinar com o paciente antes, se ele quer, eu contrato antes, antes de ligar eu já contrato com o paciente, 'olha, tô pensando em ligar pro CAPS, o que tu acha do CAPS? Tu conhece o CAPS? Quer ir, não quer ir?' Vou trabalhando com o que eu consigo durante a internação, mas nunca mando assim sem a pessoa saber que daqui ela vai sair pra lá, assim (P13 - Psicóloga - UIP 01).

Nós organizamos a alta do paciente, e eu, como psicóloga, presto um último atendimento para ele. Durante a psicoterapia individual nós conversamos sobre a alta, sobre quais são as expectativas que ele tem, os planos e os objetivos para voltar com o convívio familiar e social (P15 - Psicóloga - UIP 03).

A preparação para a alta do usuário simboliza um dos momentos mais importantes e significativos do período de internação hospitalar, uma vez que representa o retorno para o convívio em sociedade e no seio familiar. Além disso, também representa o regresso para o meio “produtor” do sofrimento psíquico e isso exige uma ressignificação dos contextos para um novo aprendizado/vivência. Nesse sentido, observa-se nas falas das participantes P13 e P15, citadas anteriormente, uma preocupação para que o retornar do usuário para o contato social e familiar, incluindo a rede de serviços assistenciais como CAPS e APS, esteja repleta de novos significados e objetivos para formação de vínculo e continuidade do tratamento.

A duração de uma internação varia de acordo com a situação psiquiátrica, clínica e social de cada pessoa. Por vezes, a internação por um longo período de tempo gera desconforto e anseio retornar ao lar e por isso o planejamento da alta hospitalar é uma ferramenta indispensável para o cuidado integral, pois se busca o cuidado em domicílio (DELATORRE, SÁ, VALENTE, SILVINO, 2013).

Os usuários devem deixar a instituição hospitalar, conscientes de que a fase de manutenção do tratamento é tão importante quanto o processo de internação. Muitos saem confiantes, acreditando no sucesso do tratamento. Porém, o medo e ansiedade também estão presentes. Enquanto estão internados, eles não têm acesso ao álcool e de volta à sociedade precisarão de estratégias para lidar com o vício e evitar recaídas (MENDES, et al, 2018).

Compreende-se que o contato com os familiares antes da alta do usuário é um ponto estratégico para reinserção do mesmo no núcleo familiar e também para uma responsabilização e aproximação da família com a pessoa em sofrimento.

O paciente sai daqui sempre acompanhado do familiar, sempre, ele nunca sai sozinho, isso não existe! É conversado com a família, a gente faz uma reunião com os familiares do paciente, faz um sumário da alta, explicando o ocorrido ao longo da internação... "estava fora da realidade e agora tá conectado com a realidade"...como é que vai ser daqui pra frente, vamos planejar como vai ser em casa[...] (P11 - Médico - UIP 01).

Outro procedimento é um preparo do próprio paciente em relação à alta, dele e da família. A gente vê muita dificuldade para compreender o uso das medicações, os horários, quais são as medicações. Então o que a gente quer resgatar é um grupo voltado à medicação que trabalhe tanto com os usuários, quanto com os familiares, que é dar autonomia ao uso da medicação, ter uma conscientização do uso, deixar de reconhecer o medicamento só pela cor (P08 - Enfermeiro - UIP 01).

Também observa-se dificuldades de compreensão, por parte dos familiares, quanto ao uso das medicações prescritas para os usuários. Uma das estratégias para enfrentamento dessa dificuldade, segundo a fala do profissional P08, é o de resgatar um grupo que trabalhe com a medicação, para empoderamento tanto dos usuários quanto dos familiares sobre o uso de medicamentos. No processo da alta hospitalar ocorre a transferência do cuidado, que deve ser realizada por meio de orientações ao usuário e seu familiar/cuidador em relação à continuidade do tratamento, empoderando quanto à autonomia do indivíduo de modo a propiciar o autocuidado (MAIER, et al, 2017).

Conforme observado na subcategoria anterior, o profissional de referência é uma das ferramentas mais importantes para consolidação do modelo de atenção psicossocial por meio de uma abordagem sensível e humanizada. Nesse sentido, observa-se em uma das UIP, que mesmo não havendo profissional de referência, os trabalhadores que mais se vincularam com o usuário são os escolhidos para cooperar com o processo de alta hospitalar. Essa atitude vai ao encontro dos princípios éticos da Política Nacional de Saúde Mental e demonstra a sensibilidade dos profissionais atuantes no serviço.

E mesmo ainda não trabalhando com a lógica do profissional de referência, nós sempre elencamos os profissionais que mais se vincularam a esses usuários, para que eles possam trabalhar o processo de alta com o paciente e com a família (P17 - Assistente Social - UIP 02).

No campo da saúde mental, o vínculo entre o profissional e a pessoa em sofrimento psíquico é uma das ferramentas mais importantes de intervenção no trabalho, sendo primordial

no desenvolvimento do processo terapêutico. Nessa perspectiva, em estudo qualitativo realizado sobre a alta hospitalar e seus encaminhamentos, com relação ao papel do Profissional de Referência (PR), ou no caso o profissional que mais se vincula ao usuário, consiste que o mesmo deve buscar informações sobre o cuidado em saúde para atender as necessidades do usuário, estabelecendo vínculo com o indivíduo atendido e sua família, pois desta forma poderá fornecer orientações significativas para a continuidade do tratamento após a alta da UIP (CUNHA, et al, 2017; JÚNIOR, et al, 2016).

Observa-se na fala dos participantes de apenas uma das instituições hospitalares que aceitaram fazer parte do estudo, que a decisão de alta do usuário ocorre por toda a equipe multiprofissional, não sendo exclusivamente uma atitude/decisão do médico assistente.

*A gente tem toda a segunda-feira uma reunião de equipe onde a gente se reúne e decide as altas. **Uma alta não é decidida só pelo médico. É decidida por toda a equipe.** Se eu achar, por exemplo, que o paciente não está pronto para a alta, eu sou respeitada pelo médico, pelo psicólogo. Todos nós podemos decidir não em uma alta (P03 - Assistente Social - UIP 02).*

*Todas as altas da semana são discutidas em reunião de equipe, nas segundas-feiras. Então nós **discutimos caso por caso, desde a alta clínica até a alta social**, discutimos se o usuário tem interesse em acessar algum outro dispositivo (P17 - Assistente Social - UIP 02).*

*Na segunda-feira pela manhã nós temos reunião de equipe, com toda a equipe incluindo os médicos e residentes, onde são discutidos todos os casos dos usuários que estão internados. **E o que é muito interessante, é que na nossa reunião não há a hegemonia do médico decidir tudo “sozinho”**, na alta por exemplo, o médico avalia se o paciente está apto para receber alta médica/psiquiátrica, o psicólogo sobre a questão psicológica, o assistente social avalia se há condições do paciente obter alta social (P18 - Psicóloga - UIP 02).*

Nessa unidade de internação psiquiátrica, as altas hospitalares são discutidas em reunião semanal de equipe, demonstrando que há diálogo entre os diferentes núcleos que compõem a equipe multiprofissional. O mais interessante a ser discutido é a “ruptura” do paradigma hegemônico onde as decisões são tomadas pela equipe médica e que os demais trabalhadores apenas “acatam” suas orientações. Observa-se, no entanto, que nenhum dos enfermeiros trouxe esta fala e também não foram citados nas falas dos demais profissionais, demonstrando que alguns pontos do modelo manicomial foram superados, porém não todos, já que a capacidade de autocuidado é ferramenta primordial da práxis da enfermagem e deve ser levada em consideração para a decisão de alta.

As revisões de caso podem ser consideradas como um espaço no qual os profissionais dialogam para concretizar o trabalho interdisciplinar. Assim, busca-se a interação entre as

especificidades e, conseqüentemente, uma visão ampliada sobre o cuidado em saúde mental. Durante o período de reabilitação psicossocial, o planejamento e a estruturação do cuidado terapêutico deve ocorrer diante das necessidades do usuário, as quais vão além do aspecto puramente clínico, pois devem compreender o trabalho interdisciplinar, com vistas a abarcar aspectos voltados para a saúde e questões sociais de cada indivíduo, expandindo seu escopo de ação para além das conseqüências sintomáticas mais imediatas do transtorno psíquico (CUNHA, et al, 2017).

Para que o trabalho em equipe multidisciplinar seja efetivo, é preciso que seus membros colaborem entre si para que haja a complementariedade de todas as áreas. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde possam envolver-se em uma interação entre os integrantes da equipe e a articulação das ações terapêuticas. Assim, estes podem operar a mudança necessária no cuidado psicossocial, com vistas a planejar ações por meio de atitudes solidárias e acolhedoras, que considerem a singularidade e a corresponsabilização (CUNHA, et al, 2017; CALDAS, et al, 2019).

Outro procedimento realizado pela equipe da UIP para alta do usuário é a contrarreferência para o serviço territorial que o receberá para dar continuidade ao tratamento após a internação.

É entrado em contato com o CAPS de referência dessa paciente para fazer a contrarreferência (P01 - Enfermeira - UIP 03).

Na contrarreferência a gente vai colocar todas as informações da internação do paciente, quantas internações teve, como foi essa internação, que esse documento vai para a rede externa (P03 - Assistente Social - UIP 02).

A gente aciona a rede através da ficha de contrarreferência, que vem sendo utilizada e também a gente faz todo o contato por telefone e manda email. A gente procura fazer essa articulação. Aí sim, contato com o CAPS, com a UBS, com a ESF, com CRAS e CREAS, conforme o que for necessário (P06 - Psicóloga - UIP 01).

Ninguém sai daqui sem ser contrarreferenciado para algum serviço de saúde da rede. É realizado um contato prévio com o serviço que vai receber a pessoa e é repassado tudo o que a pessoa viveu aqui dentro, da melhor forma possível para que o profissional que vai atender já tenha conhecimento prévio do caso (P08 - Enfermeiro - UIP 01).

Quando o paciente interna a gente entra em contato com os serviços para comunicar da internação e para coletar mais dados sobre o histórico do paciente. No processo de alta, entramos novamente em contato com os serviços, comunicando da alta e já para deixar agendado um acolhimento no serviços, além da confecção de um documento de contrarreferência, socializando todo o tratamento realizado pelo paciente durante a internação (P10 - Assistente Social - UIP 01).

Daí a gente faz a ficha de contrarreferência, que a gente coloca todos os dados, todas as informações da internação e aí a gente manda para os serviços, manda por email

para os serviços, com todos os dados possíveis que a gente conseguiu colocar da pessoa e da internação (P13 - Psicóloga - UIP 01).

Nós fazemos uma ficha de contrarreferência que é enviada junto com o motorista ou com o familiar, bem como as receitas de medicamentos e demais documentos (P15 - Psicóloga - UIP 03).

A contrarreferência emergiu como prática institucional nos relatos dos trabalhadores das três instituições hospitalares que aceitaram fazer parte da pesquisa, demonstrando ser uma prática regional. Quanto as formas como se dá a contrarreferência para os serviços de base territorial, observam-se possibilidades que variam desde a construção de um documento até a ligação para a equipe assistente do dispositivo em que o usuário irá dar continuidade no seu tratamento. Verifica-se que todos os usuários são contrarreferenciados, o que mostra a preocupação da equipe com relação ao compartilhamento do cuidado. Na perspectiva da formação de redes em saúde mental, essas ações contribuem para a continuidade do tratamento de reabilitação psicossocial ao usuário egresso da internação psiquiátrica. (CUNHA, et al, 2017).

Na ficha de contrarreferência, cada profissional que teve contato com aquele usuário coloca um diagnóstico do núcleo, o tratamento que foi feito aqui na unidade, as atividades que aquela pessoa participou, como que aquela pessoa esteve aqui dentro, com quem ela teve mais vínculo, ao que ela aderiu mais, isso tudo é escrito na ficha e encaminhado para os serviços (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).

A gente tem um mecanismo de referência e contrarreferência que ambas as equipes, médica e multiprofissional, assinam o encaminhamento, explicando todos os procedimentos que foram realizados com o paciente durante o seu período de internação (P11 - Médico - UIP 01).

Em contrapartida, quando questionados sobre a organização do documento de contrarreferência, observa-se que ainda há certa fragmentação do cuidado, visto que cada trabalhador que entrou em contato com o usuário coloca um diagnóstico correspondente ao seu núcleo profissional, porém não há uma discussão em conjunto para elencar as prioridades e estabelecer metas terapêuticas para a continuidade do tratamento nos demais pontos da rede. Nesse sentido, a contrarreferência não passa de um resumo do período de internação do usuário e não aquilo que deveria ser: uma ação norteadora de práticas assistenciais construídas a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental. Destaca-se que as falas citadas anteriormente pertencem aos profissionais de apenas uma das unidades de internação psiquiátrica, na qual não ocorre a reunião de equipe semanal para a discussão dos casos de indicação de alta hospitalar.

O paciente sai daqui com uma contrarreferência, exceto os que fazem alta a pedido (P03 - Assistente Social - UIP 02)

Emergiu da fala de um dos participantes da pesquisa, que os usuários que realizam alta a pedido não são contrarreferenciados para os serviços de base comunitária. Analisa-se que esta ação, por parte da equipe, pode ser caracterizada como uma forma sutil de preconceito e verticalização do tratamento prestado ao indivíduo durante a internação, uma vez que a contrarreferência é uma configuração dos serviços de saúde na perspectiva do trabalho em rede, e configura-se como um dever da equipe e um direito do usuário.

O sistema de referência e contrarreferência deve ser organizado por fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral a todos usuários, independente de a alta hospitalar se dar por indicação da equipe de saúde ou a pedido do próprio usuário. Esse sistema prevê o atendimento em diferentes níveis de densidade tecnológica, visto que a complexidade dos casos em saúde permeiam todos os dispositivos de atenção, permitindo o encaminhamento resolutivo entre os serviços (COSTA et al, 2013; MAIER, et al, 2017).

No entanto, deve-se questionar se a forma como ocorre a contrarreferência aos demais dispositivos da rede fortalece o modelo piramidal de atenção em saúde, com fluxos ascendentes e descendentes que atende a uma lógica racionalizadora e distanciada do movimento que os usuários realizam ao utilizarem os serviços de saúde (JARDIM, et al, 2009).

Acompanhar o usuário no seu momento de alta hospitalar, na tentativa de assegurar a continuidade do seu tratamento nos serviços de base comunitária, emergiu como uma potência para superação do modelo triangular de atenção à saúde. A alta assistida, além de acolher melhor o usuário, fortalece a importância das relações horizontalizadas entre os profissionais dos diferentes serviços, contribuindo para a formação de redes.

Eu percebo a alta assistida como uma chave pra pessoa aderir a outro serviço lá fora, porque geralmente o usuário pouco conhece, e tem toda uma fragilidade em volta, no conhecimento do espaço e tal. Se tu consegues fazer uma vinculação boa aqui, eu acho que é pertinente tu acompanhar a pessoa num serviço que ela não conhece e que ela vai começar a ir. Foi o que eu fiz e eu achei bem bacana, fiz com o pessoal que foi pro CAPS,, aí fui junto no primeiro acolhimento, fui eu que apresentei o usuário para a profissional do CAPS, disse 'Essa é a fulana de tal, eu confio nela, tu pode confiar também!', essas coisas assim. Acho bem pertinente a alta assistida, para que o usuário tenha adesão ao serviço lá fora, ainda mais quando ele não conhece (P13 - Psicóloga - UIP 01).

O itinerário dos usuários dentro do sistema de saúde deve ser compreendido e facilitado pelo profissional da saúde, nesse sentido a comunicação é um fator indispensável, pois permite o elo entre serviços e favorece a população. Entende-se que rupturas na comunicação e no

sistema de referência e contrarreferência comprometem a continuidade do cuidado ao usuário no SUS (KANTORSKI, et al, 2017).

Segundo as novas abordagens para o cuidado em saúde mental, a alta assistida é uma estratégia para a consolidação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e visa promover a efetiva integração do usuário e da sua família à rede de atenção psicossocial, demonstrando maior segurança e apropriação com relação ao tratamento. Em relato de experiência sobre a alta assistida na UIP em um hospital escola da capital gaúcha, mostra que a comunicação efetiva com serviços da rede é primordial para consolidação do tratamento, se comparada à fragilidade do simples contrarreferenciamento. (SCHNEIDER, et al, 2016).

De forma conjunta, profissionais, família e usuário devem dialogar a respeito das ações prioritárias a serem realizadas, trabalhando com a lógica da corresponsabilidade, visando à distribuição das ações entre os envolvidos no processo. Dessa forma, também há o trabalho para a redução do número de reinternação, rompendo com o fenômeno da porta giratória, ainda presente nas UIP na região, conforme visto na categoria anterior (SCHNEIDER, et al, 2016).

Se tu não faz o PTS, eu penso que o pós alta também não vai dar certo...tu não conversou, tu não estabeleceu nenhum contrato, [...] nada que tu possa conhecer minimamente o paciente aqui dentro, tipo, tu vai encaminhar pro CAPS, tá e daí? Sabe, aí vai começar todo um outro trabalho que talvez a pessoa não acesse, não adere, volta pra cá, sabe! E tem muita gente que fica bastante tempo, que daria tempo de conversar, de perceber quais são as melhores estratégias para aquela pessoa, embora isso não seja muito levado em conta não! (P13 - Psicóloga - UIP 01).

Nesse sentido, compreende-se a importância da realização do PTS e de como esse dispositivo vai refletir na organização do serviço e nas atividades ofertadas aos usuários durante o período de internação. Analisa-se também a dualidade que a existência/inexistência do “plano terapêutico” impõe, uma vez que enquanto plano terapêutico, ele existe como uma programação idealizada mentalmente pela equipe/profissional de referência/usuário. Por outro lado, na sua execução, ele ultrapassa a referência de plano e passa a ser um ato, e simboliza a possível efetivação do trabalho refletido no vivido do terapêutico cotidiano. Desta forma, pode-se verificar que a forma como os profissionais estão produzindo para si a ideia de cuidado está refletindo no cuidado ofertado ao usuário (VASCONCELOS, et.al, 2016).

Assim, para além das atividades oferecidas durante a internação, o PTS vai refletir no trabalho de toda a rede assistencial, incluindo contratos que serão efetivados fora do ambiente hospitalar e que trarão benefícios, não só para os usuários, mas também para os trabalhadores.

4.2.4 Um laço de afeto, um ponto de apoio: a participação da família do usuário durante a internação psiquiátrica

A busca de reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico torna o trabalho com a família uma estratégia para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental do cuidado em liberdade. A sua presença durante o período de internação do usuário tende a estabelecer maior confiança com todos os membros da equipe em um ideário que busca inovação no modo de se produzir saúde por meio da integralidade do cuidado. Nesse sentido, observa-se que os profissionais das UIP percebem a importância da família para o tratamento e também realizam uma aproximação com os familiares, na tentativa de verificar quais motivos levaram o usuário a uma nova internação.

A gente sabe que a família é fundamental. A gente chama toda a família aqui, a gente tenta ver o que está acontecendo com aquele paciente, porque ele se desestabilizou, o que foi que falhou (P03 - Assistente Social - UIP 02).

Nós fazemos sempre um bom contato com a família, falamos sobre a importância do apoio familiar, do resgate do convívio familiar e social, do quanto isso é importante (P15 - Psicóloga - UIP 03).

*Uma coisa que a gente conversa com os familiares é de perceber **porque o paciente acaba reinternando, o que está acontecendo, de conversar com a família para não deixar chegar a tal ponto.** Porque muitos que reinternam, chegam emagrecidos, a gente observa que eles estão há muito tempo já sem tratamento ou fazendo uso irregular da medicação, eles chegam muito desorganizados. Então a gente tenta conversar com a família de que quando começar novamente a não tomar medicação ou a fazer uso inadequado da medicação, que procurem orientação. Muitas vezes eles estão vinculados ao Ambulatório de Saúde Mental, a um dos CAPS, na cidade eles estão vinculados à Rede, a maior parte deles, de estarem procurando um acesso para ver essa questão, de ver o que conseguem fazer, de não deixar no estado que muitas vezes os usuários chegam aqui (P07 - Enfermeira - UIP 01).*

Além de perceber a família como grande aliada no tratamento em saúde mental, é necessário observá-la como uma unidade que necessita de apoio e cuidado da equipe assistencial das unidades de internação. Nesse sentido, deve-se considerar a família como potencial usuária dos serviços, tendo em vista as dificuldades enfrentadas no cotidiano e a sobrecarga no acompanhamento do processo terapêutico. Ao mesmo tempo, a equipe deve instrumentalizá-la para compartilhar o cuidado de seu familiar, da forma mais humana e integral possível (DUARTE, CARVALHO, BRENTANO, 2018).

Uma alternativa para a aproximação dos familiares no período de internação, é o trabalho com grupos de apoio, segundo as falas dos profissionais entrevistados, torna-se

fundamental na perspectiva da atenção psicossocial, uma vez que se constitui como um espaço para a emergência de sentimentos quanto ao cuidado com o usuário em sofrimento e também como um espaço para a desconstrução de estigmas e preconceitos ainda presentes na cultura social.

Aí tem esse grupo com os familiares que é um espaço que os eles trazem questões particulares, como é que estão se sentindo, as dúvidas deles. A gente acha importante também esse contato com a família (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).

E eu escuto muito esse discurso no Grupo de Familiares aqui da unidade, e por isso nós tentamos desconstruir essa ideia de transtorno psiquiátrico, de pessoa “louca”, nós falamos de saúde mental (que todos nós temos), e mesmo assim é bem difícil devido ao forte preconceito (P18 - Psicóloga - UIP 02).

A família deve ser considerada um sistema cultural no que tange o cuidado em saúde, pois os elementos do processo saúde-doença que cercam seus membros está embebido de significados construídos social e historicamente por meio de interações interpessoais ao longo da vida. Tais significados irão refletir nas ações de saúde destinadas a seus integrantes, utilizando um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que são compartilhadas entre as gerações.

Nesse aspecto, o grupo de familiares é uma potência para a resignificação de conceitos e a consolidação do cuidado humanista em liberdade, como o elo para a reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico. Corroborando com os resultados, estudo realizado mostra que os familiares dos usuários internados reconhecem o grupo como um espaço de apoio mútuo e de fortalecimento a partir das experiências de outros familiares, reduzindo seus sentimentos de solidão (DUARTE, CARVALHO, BRENTANO, 2018).

Além da realização de grupos, outro ponto a ser destacado é o envolvimento da família durante o período de internação, o comprometimento com o tratamento e o sentimento de responsabilidade com relação ao familiar que está em sofrimento. Segundo as falas dos trabalhadores das UIP, o abandono do indivíduo por parte dos familiares é algo que dificulta o trabalho da equipe assistencial, outra dificuldade enfrentada por uma das UIP é a ausência dos familiares no momento da internação. Segundo a participante P15, essa ausência ocorre devido a distância entre os municípios de moradia dos usuários e o município sede da instituição hospitalar.

*A gente trabalha muito com a família. **A gente tem os casos de familiares de pacientes que vem aqui e abandonam.** Isso dificulta o nosso trabalho...a gente tenta chamar que venham aqui, a gente organiza reuniões (P03 - Assistente Social - UIP 02).*

A nossa maior dificuldade aqui na unidade é a grande ausência dos familiares no momento da internação, como a nossa unidade recebe pacientes tanto da Região Verdes

Campos quanto da Entre Rios, muitos municípios não trazem os familiares juntos com os pacientes no momento da internação e isso dificulta nosso trabalho no viés da integralidade. Nós temos muitos problemas com os familiares dos usuários, muitos deles “esquecem” os pacientes aqui na unidade, não ligam, não vem nos dias de visita e isso gera uma enorme ansiedade nos pacientes internados (P15 - Psicóloga - UIP 03).

Conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é de responsabilidade da família assumir o bem estar de seus membros, ocupando o centro do cuidado e proteção. Contudo, os entes federados devem assegurar condições mínimas para que a família possa desempenhar o papel de protetora central de seus integrantes (BRASIL, 2001).

Assim como nós temos casos de abandono aqui dentro durante a internação, onde o familiar interna e depois simplesmente não atende mais o telefone, nós temos também famílias super presentes, envolvidas realmente com esse sujeito que está internado, super participativas. São aquelas diversas realidades que a gente tem em meio ao dia a dia de cada um. Tem aqueles que se ausentam e se eximem das responsabilidades, e aqueles que realmente exercem suas funções de forma saudável e que estão presentes em todo o período da internação (P05 - Psicóloga - UIP 02).

[...] o horário de visita, infelizmente só ocorre nas quartas, sábados e domingos (P09 - Terapeuta Ocupacional - UIP 01).

Verifica-se nas falas dos profissionais, essa dualidade na relação da família com a pessoa em sofrimento, que assim como os profissionais encontram inúmeras dificuldades com familiares que abandonam os usuários na UIP, também há famílias que exercem suas responsabilidades de forma saudável e se colocam envolvidas em todo o período de internação. Também se observa que muitas questões do próprio cotidiano da UIP dificulta a presença do familiar nesse processo, como os próprios horários de visita. Em uma das unidades as visitas só ocorrem em três dias da semana, muitas vezes em horários que não se enquadram no cotidiano das famílias. Nesse sentido, é necessário um cuidado com relação à sobrecarga financeira das famílias, já que muitas vivem em situação econômica desfavorável e prever faltas para acompanhar e atender as necessidades do usuário dos serviços, como frequentar a UIP nos horários de visita, pode comprometer a fonte de rendimento familiar (ALVES, et al, 2018).

Outro ponto a ser discutido, é de muitas vezes o período de internação se tornar um alívio ou uma oportunidade para reorganização da rotina das famílias. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos à saúde mental de todos os membros da família para que a ressocialização e reinserção da pessoa em sofrimento no seio familiar esteja rodeada de sentimentos de coletividade, suporte e orientação. A sobrecarga familiar pode ser considerada objetiva, quando diz respeito ao impacto das modificações e limitações causadas pelo transtorno psíquico nos familiares. Já a sobrecarga subjetiva relaciona-se com o conjunto

de sentimentos decorrente da vivência psicológica e emocional de tais limitações (ALVES, et al, 2018; ELOIA, et al, 2018).

Muitas vezes a gente recebe esse paciente para o alívio do familiar, que já está bem sobrecarregado (P03 - Assistente Social - UIP 02).

As vezes a internação é necessária, e a gente tem que ter um cuidado também de observar não só o usuário, mas também a família, porque senão realmente ela fica muito sobrecarregada. A gente fala muito em convívio familiar, na comunidade, nos serviços, mas por vezes a família no cuidado às pessoas com transtornos mentais é muito sobrecarregada, e as vezes a internação também tem a função de possibilitar que essa família se reorganize enquanto o paciente está internado (P10 - Assistente Social - UIP 01).

A família pode descansar 21 dias enquanto o paciente está preso aqui, mas depois ele vai sair, ele vai voltar pra casa e muitas famílias querem que o usuário more aqui na unidade pra sempre. E por isso ocorre a maioria dos casos de reinternação por medida judicial, porque a família do paciente acredita que se ele passar internado pro resto da vida, ele vai melhorar (P18 - Psicóloga - UIP 02).

Nesse sentido, por muitas vezes os familiares podem estar emocionalmente vulneráveis, e o ato de cuidar pode tornar-se uma tarefa difícil de ser exercida, seja pela falta de apoio ou pelas exigências da própria pessoa em sofrimento. Nessas situações os profissionais de saúde não podem ficar indiferentes às sobrecargas objetiva e subjetiva das famílias, realizando intervenções educativas para fortalecer a relação terapêutica e a continuidade dos cuidados conforme preconiza a PNSM (ALVES, et al, 2018; ELOIA, et al, 2018). Em estudo realizado sobre a sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtorno mental, verificou-se que os cuidadores do sexo feminino apresentam maior sobrecarga objetiva, enquanto que os cuidadores se sentiam mais sobrecarregados quando seus familiares eram do sexo masculino (ELOIA, et al, 2018).

Ainda, esse mesmo estudo desvela que os cuidadores de familiares que estão internados em UIP apresentam maior sobrecarga, se comparado aos familiares de usuários dos CAPS. Também mostrou que os cuidadores de usuários da UIP assistem com maior frequência seus familiares nas atividades do cotidiano, principalmente em períodos de comportamentos problemáticos, impactando na rotina diária das famílias. Além de apresentarem mais atrasos ou ausências à compromissos e alterações nas rotinas dos serviços domésticos, atividades sociais e de lazer. Desta forma, torna-se relevante o apoio e a instrução dos profissionais de saúde para com esses familiares, no sentido de ajudá-los a identificar sinais que demonstrem ameaça de suicídio e qual postura a ser tomada (ELOIA, et al, 2018; REZENDE, et al, 2018).

4º MOVIMENTO - 2ª PARTE: ODE AN DIE FREUDE

“Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome”

- Clarice Lispector -

Finalizar algo é difícil. Difícil porque requer o entendimento absurdo de que nada realmente acaba, porque quando se descobre o novo, junto se descobre outras possibilidades. E a cada possibilidade pensada, um novo desfecho é possível, e a cada desfecho possível, outra possibilidade. Escrever, para além da inspiração, requer disciplina e coragem, requer envolvimento, submersão, coisas que só adquirimos no vivido, e por isso defendo que só temos o “direito” de escrever sobre o que conhecemos, sobre aquilo que vivemos, que lutamos! Nesta perspectiva, a escrita torna-se um ato de resistência, uma forma belíssima de se expressar para o mundo, de Ser, de reagir, de refletir, de pertencer.

Duas grandes paixões me acompanham nesta vida, a música e a palavra! E as uso da melhor forma que posso. As palavras presentes nestas páginas, talvez não sejam “doces”, mas são verdadeiras, porque vêm de meu coração e de minha história, porque transmitem meus sentimentos, minhas vivências, transmitem o meu lugar no mundo, a minha percepção como Ser no Mundo! E nesse sentido, não há pesquisa neutra, pesquisa que só “discute” os dados encontrados. O que ainda existe é o medo de exposição, é o medo de “erguer” a voz, o que existe é a institucionalização de pessoas que escrevem, mas que não se observam como pertencentes ao próprio meio que estudam, não se analisam como acionadoras de potências ou de limites. E esta postura não condiz com a Grande Reforma, essa postura não condiz com a Grande Revolução, essa postura não condiz com a LIBERDADE que tanto buscamos, que tanto clamamos, mas que não usufruímos, por medo.

O medo é um sentimento importante que nos faz refletir antes de nos lançar à ação. Porém ele não pode ser muralha que nos priva, ele tem que ser a mola que nos aciona. Quando o oprimido se ergue diante do opressor e enfrenta o seu medo, nascem as maiores e mais sinceras Revoluções da história. A psiquiatria no mundo nasceu pelo medo, o medo que foi introjetado no imaginário e no coração das pessoas. Pessoas foram institucionalizadas dentro e fora dos manicômios, as de dentro pela loucura, as de fora pela razão. E assim nasce a clínica que quer uniformizar as pessoas, tirar-lhes a faísca que as difere, o brilho nos olhos, o sorriso, a clínica que vai arrancar-lhes as roupas coloridas e os pensamentos “confusos” e, lhes ofertar a vida em laboratório, medicamentos, análise de comportamentos. E assim nos tornamos reféns

de nossas próprias “descobertas” e das falsas hipóteses de que existe uma poção universal que vai nos tornar exatamente iguais e socialmente aceitos.

Sob essas mesmas hipóteses, milhões foram e ainda são dizimados, senão pela clínica, pela injustiça social, pela desigualdade, pela barreira, pelo muro que separa o manicômio interior do exterior. E nós lutamos, nós tentamos escalar esse muro, tentamos aproximar nossas verdades, mas tentamos aproximar para uniformizar, e não para diferir. E caímos novamente em um ciclo social/cultural que nos permite regredir, regredir conquistas duramente alcançadas, regredir em direitos...

Ao responder a questão norteadora deste estudo “qual a percepção da equipe multiprofissional das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais gerais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) sobre a internação psiquiátrica?” pode-se perceber que os profissionais necessitam estar abertos para o compartilhamento e absorção de novas ideias, conceitos e práticas que permeiam os saberes da Atenção Psicossocial. Destaca-se que a questão norteadora possibilitou a abertura para uma ampla discussão que trata tanto da formação de redes em saúde mental quanto do cuidado realizado pela equipe durante a internação psiquiátrica a partir da percepção dos profissionais.

Num primeiro momento, os trabalhadores das unidades de internação psiquiátrica trouxeram as fragilidades e desafios percebidos para o trabalho em rede. Desafios que incluem falta de cobertura e de estrutura, inclusive de recursos humanos, da APS, dos CAPS, e a ausência de outros serviços em saúde mental como centros de convivência e residenciais terapêuticos. As filas de espera para acolhimento nos CAPS, o distanciamento da unidade de internação psiquiátrica dos demais dispositivos da rede, a judicialização da saúde mental e a inversão do acesso à RAPS na região, com a internação como a primeira alternativa para o tratamento, emergiram como pontos nevrálgicos para a consolidação do trabalho em rede.

Isso revelou, o que pode-se dizer, um processo de “remanicomialização” do cuidado em saúde mental. Esse “movimento” teve início, de forma sutil, há alguns anos com as propostas neoliberais e conservadoras dentro da área da saúde, que provocaram mudanças na gestão das políticas públicas, não apenas para cumprir “acordos políticos”, mas para ampliar espaço à iniciativa privada, cada vez mais presente nos serviços públicos, e que comprometem a efetivação de avanços duramente conquistados. Verifica-se que tal realidade vai ao encontro do atual momento político nacional, e se reflete na falta de reajustes do repasse financeiro para os dispositivos de base comunitária (como os CAPS), desde 2011, o que intensifica a precarização para o desmonte dos equipamentos que prestam serviços à comunidade, gerando dificuldades para operacionalizar o cotidiano desses serviços.

Observou-se a necessidade de ampliar o foco, a força coletiva, para o fortalecimento daquilo que é público, daquilo que é do povo e para o povo, não apenas no que tange ao cuidado prestado, mas também quanto à investimentos financeiros necessários para manter a qualidade dos serviços já existentes e também para a criação e ampliação de novos dispositivos. É lógico que a percepção dos profissionais sobre o trabalho desenvolvido reflete nas suas posturas diante do usuário, porém a falta de recursos, o desmonte progressivo, afetam significativamente o moral dos trabalhadores, os impede de observar suas próprias potências, ou as potências daqueles que estão ao entorno. Em nenhum momento os participantes discordaram da existência de uma rede trabalhada no contato entre as pessoas, mas em todos os momentos eles trouxeram as dificuldades de cada serviço e como isso traz um impacto negativo para as relações.

O próprio distanciamento da UIP dos demais dispositivos se apresenta como uma consequência das tensões políticas existentes em torno da construção das representações sociais da loucura, já que o hospital foi o berço que amparou a psiquiatria, e sua existência ainda significa um paradigma não superado. Pode-se analisar, pela vertente política, que a falta de investimentos nos serviços de base comunitária em saúde mental simboliza, não um retrocesso, mas a convicção de que o tratamento extra hospitalar não produz os mesmos “resultados” para a saúde da população.

Os resultados também desvelaram o cuidado ofertado ao usuário durante o período de internamento. Observou-se um cuidado dicotômico, que ainda transita entre a “velha” psiquiatria e a atenção psicossocial. Atividades belíssimas e inovadoras permeiam o fazer dos trabalhadores nas três UIP que aceitaram fazer parte do estudo, como as oficinas terapêuticas, que possibilitam a reinserção do usuário em atividades do cotidiano, como a oficina de horta e de confecção de alimentos, as oficinas de autocuidado e de cinema, que permitem o resgate do usuário para o cuidado de si e despertam confiança e autonomia.

Contudo, também verificou-se a existência de ações ainda embebidas de biopolítica psiquiátrica, como o forte investimento na terapia medicamentosa, que carrega consigo uma carga simbólica de docilidade corporal, de aceitação de injustiças sociais, o que inclui a própria internação, que, conforme as falas dos participantes da pesquisa, ainda é utilizada como medida de proteção social em inúmeras situações. Tais ações reforçam velhas representações populares de exclusão e, de que só é possível “suportar” conviver com a pessoa em sofrimento psíquico se esta estiver devidamente medicalizada.

Essa postura da equipe reflete no trabalho desenvolvido, nas barreiras laborais percebidas pelos próprios profissionais, como o trabalho com a clínica ampliada e compartilhada, ainda em amadurecimento nos três locais estudados. A própria percepção da

equipe multiprofissional, sobre o trabalho em equipe, fica comprometida quando velhos hábitos não são trazidos à luz das discussões no cotidiano dos serviços. Observou-se em uma das UIP a luta pela integração da equipe, pelo cuidado na perspectiva multiprofissional, pelas tomadas de decisões conjuntas, na perspectiva de campo e de núcleo. O que mostra um fortalecimento da atenção na vertente psicossocial, e representa um grande avanço dentro do ambiente hospitalar.

O cuidado à família do usuário se apresentou como um ponto importantíssimo do trabalho em saúde mental, e todos os profissionais trouxeram em suas falas o significado positivo do familiar cuidador estar presente e ser participativo durante o período de internação. Também se mostraram sensíveis às dificuldades vivenciadas pela família, como núcleo emancipador para a reinserção social do indivíduo em sofrimento, desvelando aspectos, antes desconsiderados pela psiquiatria.

Os resultados obtidos neste estudo, apesar de limitados, pela complexidade que permeia a Política de Saúde Mental não apenas na região, mas em todo o país, mostra que ocorrem inúmeros avanços no cotidiano das unidades de internação psiquiátrica. Avanços que devem ser fomentados no dia a dia de cada serviço, alimentados do interior dos profissionais, no (a)florescer de suas sensibilidades. Contudo, salienta-se que muitos dos desafios e dificuldades desveladas, estão ancoradas na própria formação dos trabalhadores, no *modus operandi* com que foram ensinados. Algo que causa estranheza em nossa sociedade, é que lutamos para a superação de inúmeros paradigmas, principalmente os que ainda assombram a saúde mental, contudo, não há “mudanças significativas” nos cursos de graduação, ainda é difícil o trabalho em equipe multiprofissional desde a academia, e isso tem consequências nos dispositivos de saúde. A mudança não é fácil e requer uma desconstrução social de representações impregnadas de saberes e poderes.

Quanto a RAPS Regional, conclui-se que há a necessidade emergente de investimentos na área, por parte dos entes federados, tanto nas unidades de internação psiquiátrica quanto nos dispositivos extra hospitalares, para que se faça a consolidação dos ideais da RPB e da PNSM. E isso inclui o investimento em recursos humanos para estabilização das equipes e consequente formação de vínculo com a comunidade assistida, bem como a implantação de novos serviços para o fortalecimento do trabalho em rede já existente.

Finalizando, convém destacar que o desenvolvimento desta pesquisa apresenta algumas limitações, como ser delimitado apenas nas UIP das duas regiões de saúde, trazendo aspectos da Rede de Atenção Psicossocial da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul e do cuidado ofertado ao usuário durante a internação psiquiátrica, a partir das percepções dos

profissionais de apenas um tipo de dispositivo de atenção à saúde mental, não incluindo os trabalhadores dos demais serviços e também as percepções dos próprios usuários desses equipamentos. Por isso não há pretensão de generalizar os resultados, contudo sua contribuição está ancorada no aprofundamento da temática estudada que permite visualizar um pouco da realidade da região na qual estamos inseridos, o que justifica a importância deste estudo e da análise utilizada.

Sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas com enfoque na RAPS Regional e no cuidado à pessoa em sofrimento com os profissionais de outros serviços e com os usuários, para que se possa compreender de forma mais ampla as complexidades e desafios existentes, com intuito de desenvolver uma práxis que opera na singularidade, no cuidado humanizado, na clínica ampliada, que permita uma assistência que transita nas necessidades das pessoas que fazem uso dos serviços, conforme os princípios do SUS, da PNSM e da PNH.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Ed. Martinari, 2011. 192p.
- ALVES, J. F. M.; ALMEIDA, A. L.; MATA, M. A. P.; PIMENTEL, M. H. Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [online]. Portugal, n.19, p.8-16. jun. 2018 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0197>>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- AMANCIO, V. R. A.; ELIA, L. Panorama histórico-político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 22-49, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69616>>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Loucura e diversidade cultural: Inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 763-74, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no brasil. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 1. ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. 202 p.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016. 136 p.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p.63-76, ago. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>>. Acesso em: 30 jun. 2019.
- BARBOSA, V. F. B.; et al. Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. **Extensio UFSC, Rev. Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 119-132, 2017.
- BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. da USP**, São Paulo, v. 45, n. spe. 2, p. 1780-1785, dez. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800025>>. Acesso em: 30 jun. 2019.
- BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. **Rev. Saúde soc. [online]**. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170298>>. Acesso em: 30 set. 2019.
- BORBA, L. O.; GUIMARÃES, A. N.; MAZZA, V. A.; MAFTUM, M. A. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Rev. Enfermagem Uerj**, v. 23, n. 1, p. 88-94, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a15.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acessado em 10 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acessado em 10 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L102016.htm> Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 30 jun. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 33.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (a)

BRASIL. Decreto-lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 jun. 2011.

Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
Acessado em 10 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 jan. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 12 dec. 2012. (a)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 62 p.

BRASIL. **Portaria Nº 1.482, de 25 de outubro de 2016.** Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 out. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html>. Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2018, 73 p.

BRITTO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** 2004. 214 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRISCHILIARI, A.; BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Concepção de familiares de pessoas com transtorno mental sobre os grupos de autoajuda. **Rev. Gaúcha**

Enferm., Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 29-35, set. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.41015>>. Acesso em: 10 dec. 2019.

CALDAS, C. C. et al. A importância da equipe multidisciplinar nas oficinas terapêuticas em saúde mental. **Rev. Científica da FAMINAS**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 53-60, 2019. Disponível em: <<http://200.202.212.131/index.php/RCFaminas/article/viewFile/434/365>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Rev. Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>. Acesso em: 18 jul 2019.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

CARPEAUX, O. M. **O livro de ouro da história da música: da idade média ao século XX**. Rio de Janeiro: Ed. Pocket Ouro, 2009. 572 p.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-167, mar. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100021>>. Acesso em: 19 set. 2019.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 87-94, mar. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100012>>. Acesso em: 19 set. 2019.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978. 329 p.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Rev. Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 333-342, fev. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.18652013>>. Acesso em: 10 dec. 2019.

COSTA, P. H. A.; LAPORT, T. J.; MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. esp, p. 110-121, dez. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277075002_A_Rede_Assistencial_sobre_Drogas_segundo_seus_proprios_atores>. Acesso em: 18 set. 2019.

COSTA, P. H. A.; MARTINS, L. F.; MEDEIROS, A. X.; SALGADO, J. A.; SILVA, W. M. D.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Rev. Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 245-252, jul./set. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030129>>. Acesso em: 18 set. 2019.

COSTA N. R.; SIQUEIRA, S. V.; UHR, D.; SILVA, P. F.; MOLINARO, A. A. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, dec. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300009>>. Acesso em 18 set. 2019.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Rev. Saúde soc. [online]**. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170188>>. Acesso em: 18 set. 2019.

CUNHA, F. A.; SIQUEIRA, D. F.; MELLO, A. L.; SILVEIRA, R. P.; TERRA, M. G. Encaminhamento e assistência à pessoa com transtorno mental: percepção de profissionais e usuários. **REUFMS, Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 4, p. 562-576, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26110/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019

DELATORRE, P. G.; SÁ, S. P. C.; VALENTE, G. S. C.; SILVINO, Z. R. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 7, n. esp., p. 7151-7159, dez. 2013.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011. 128 p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. 2. ed. 1ª reimpressão, São Paulo: Ed. 34, 2014. 560 p.

DELGADO, P.G.G. Reforma psiquiátrica. In: GRIGOLO, T.M; MORETTI-PIRES, R.O. (Orgs.) **Políticas de saúde mental e direitos humanos**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. p.10-28.

DIAS, J. D. S. Oficinas terapêuticas como estratégia reinserção psicossocial e produção de vínculo. **Pretextos, Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 129-145, jan./jun. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15933/>>. Acesso em: 28 out. 2019.

DUARTE, M. L. C.; CARVALHO, J.; BRENTANO, V. Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre, v. 39, n. esp., p. 1-7, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0115.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

DUARTE, M. L. C.; PEREIRA, L. P.; CARVALHO, J.; OLSCHOWSKY, A. Evaluation of families of crack users in relation to support groups. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 5,

p. 2184-2190. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0808>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

ELOIA, S. C.; et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3001-3011. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.18252016>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

FEISTHER, L. C., et al. Acompanhamento de egressos de internação psiquiátrica no Centro de Atenção Psicossocial Ponta do Coral. **Extensio UFSC, Rev. Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 16, n. 33, p. 24-34, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2019v16n33p24/40768>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FIDELIS, A. C. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 561-582, mai./ago. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00126>>. Acesso em: 20 out. 2019.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1053-1067, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop2011.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Rev. Saúde Soc.** [online], São Paulo, v. 24, n. 1, p. 217-231, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100017>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2006. 318 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2017, 431 p. (a)

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. 11. ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2017, 551 p. (b)

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. 3ª reimpressão. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2016, 302 p.

FRAGA, A. P. V. **Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental**. 1997. 136p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 1997.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco; 2006. p. 459-74.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015. 148 p.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano 9, n. 3, p. 508-524, set. 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *Rev. O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano 22, n. 44, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

HEYWOOD, A. **Ideologias políticas: do liberalismo ao fascismo**. 1. ed. São Paulo: Ed. Ática, 2010. 144 p.

IBIAPINA, A. R. S.; et al. Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental. *Esc. Anna Nery* [online]. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-8, jun. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0375>>. Acesso em: 10 out. 2019.

JARDIM, V. M. R.; CARTANA, M. H. F.; KANTORSKI, L. P.; QUEVEDO, A. L. A. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto contexto enferm.* [online]., Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 241-248, abr./jun. 2009. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200006>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

JÚNIOR, J. M. P.; SANTOS, R. C. A.; CLEMENTINO, F. S.; NASCIMENTO, E. G. C.; MIRANDA, F. A. N. Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 3, out. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072016003020015>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

JÚNIOR, J. M. P.; SANTOS, R. C. A.; CLEMENTINO, F. S.; OLIVEIRA, K. K. D.; MIRANDA, F. A. N. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160012>>. Acesso em: 10 dez. 2019. (a).

KANTORSKI, L. P.; et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Rev. Texto contexto enferm.** [online]. Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-10, ago. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>>. Acesso em: 8 nov. 2019.

KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B. R.; FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Rev. Saúde em debate** [online]. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, jul./set. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

KINKER, F. Ferramentas potentes da atenção psicossocial: as redes de apoio à autonomia e o trabalho no território. In: FRANCO, T.B; ZURBA, M.C. (Orgs.) **Atenção psicossocial e cuidado**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. p.12-45.

LOPES, C. A. N. M.; MAZIERO, B. R.; DE GRANDI, C. B. A inserção do profissional de referência e do projeto terapêutico singular em uma internação de saúde mental. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 485-500, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/2706/2260>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

MAIER, E. S.; MELLO, A. L.; SIQUEIRA, D. F.; TERRA, M. G. Instrumento para encaminhamento de usuários a serviços substitutivos de saúde mental: relato de experiência. **Rev. Sociais e Humanas CCSH/UFMS**, Santa Maria, v. 30, n. 3, p. 205-212, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/27595/pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MELLO, A. L. **Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente**. 2016. 124 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

MENDES, J. S.; et al. Significado do tratamento hospitalar de desintoxicação para pessoas com alcoolismo: retomando a vida. **Rev. Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53410>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MENDONÇA, T. C. P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol cienc prof.**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 626-635, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000400011>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 4. ed. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2011, 662 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Ed. Hucitec; 2002.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010. 108 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.

Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

MOREIRA, K. B.; VIEIRA, C. A. L. Acolhimentos às pessoas em sofrimento psíquico: desafio à reforma psiquiátrica. **Sanare, Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 17, n. 1, p. 102-109, jan./jun. 2018. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1228>>. Acesso em: 30 nov. 2019.

MÜLLER A. P.; MALUF, S.W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 251-270, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100014>>. Acesso em: 28 set. 2018.

OLIVEIRA, A. B.; et al. Acolhimento na rede de atenção psicossocial: revisão integrativa da literatura. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* v. 13, n. 45, sup. 1, p. 318-332, 2019. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1844>>. Acesso em 10 jan. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, ciências, saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>>. Acesso em: 28 set. 2018.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipes de saúde: limites e possibilidades de trabalho eficaz. **Rev. Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2019.

PINHO, L. B. D.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Rev. Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6824/5733>>. Acesso em: 20 Fev. 2020.

PINTO, T. O. Som e música: questões de uma antropologia sonora. **Rev. Antropol**: Revista de Antropologia da USP, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 221-286, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-77012001000100007>>. Acesso em: 20 fev, 2020.

POLISUK, J.; GOLDENFELD, S. **Pequeno Dicionário de Termos Médicos**. 4. ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 1998.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Rev. Physis [online]**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>>. Acesso em: 30 set. 2019.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. **REME Re. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 17, n.2, p. 434-439, abr./jun. 2013. Disponível em: <DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130033>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Porto Alegre, 2016. 228 p.

REZENDE, N. F. F.; MOLL, M. F.; VENTURA, C. A. A.; PIRES, F. C. Sobrecarga em acompanhantes de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 22, n. esp., p 1-7, mai. 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33248>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de trieste. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 1. ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. 202 p.

SCHNEIDER, L. L.; et al. Alta assistida: exercitando o processo de apoio matricial em saúde mental. In: 36ª SEMANA CIENTÍFICA HCPA: CIÊNCIA E COMUNIDADE, 2016, Porto Alegre/RS. **Anais...** Porto Alegre/RS: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2016. p. 319.

SILVA, E. A. **Dores dos cuidadores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia – GO**. 2007. 165p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília – UnB.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, V. 13, n. 4, p. 635-647, dezembro 2010.

SILVA, L. L. P.; ALMEIDA, A. B.; AMATO, T. C. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 819-835, jul./set. 2019. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SILVEIRA, D.T; CÓRDOVA, F.P. A Pesquisa Científica. In: GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. (Orgs.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOUZA, T. S.; MIRANDA, M. B. S. **Horticultura como tecnologia em saúde mental**. 2017. 20 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção Básica)-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brotas, 2017.

VASCONCELOS, M. G. F.; et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>>. Acesso em: 10 out. 2019.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Rev. Estud. psicol. [online]**, Natal, v. 9, n. 3, p. 489-495, set./dez. 2004. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300011>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Rev. Physis**

[online]. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005>>. Acesso em: 10 out. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM
SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica: percepção da equipe multiprofissional

Pesquisadora responsável: Enf^ª Esp. Patrícia Mattos Almeida.

Pesquisadora orientadora: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Contato: (55) 3220-802

E-mail: martesm@hotmail.com.br, patriciamattosalmeida@gmail.com

Local da realização da pesquisa: hospitais com leitos de internação psiquiátrica da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde.

Participantes envolvidos: profissionais das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais com leitos de internação psiquiátrica da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde.

DATA: ___/___/_____

Prezado(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar e responder a entrevista é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

- **objetivo:** Compreender a percepção da equipe multiprofissional dos hospitais da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde frente a adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica.

- **Procedimentos:** sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista (conversa), individual, gravada em gravador digital em que o pesquisador fará algumas perguntas. Caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização da entrevista será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração da entrevista será conforme você desejar. A entrevista será realizada em uma sala da unidade psiquiátrica do hospital onde você atua, previamente reservada ou em algum local da sua escolha. O que você falar será digitado (transcrito) e será guardado por cinco anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade Profa. Dra. Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa) na sala 1445, localizada na Avenida Roraima, n^o: 1000 no 4^o andar do prédio 26, Centro de Ciências da Saúde (CCS) Bairro: Cidade Universitária, Camobi, CEP: 97105-900, UF: RS - Município: Santa Maria. Após este período, os dados (transcrições) serão destruídos. Somente os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso à gravação a qual será destruída logo após a sua digitação (transcrição). Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável, comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para o serviço onde você atua.

- **Benefícios:** para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde mental, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

- **Riscos:** você, a princípio, não sofrerá risco físico, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, concluiremos a entrevista.

- **Sigilo:** ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados por meio de artigos científicos, publicações em eventos da área, bem como divulgação dos resultados aos profissionais e gestores dos serviços. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será através da letra 'P', que é a inicial da palavra profissionais seguida de um número (P1, P2, P3...).

Este documento foi desenvolvido respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, revisado.

É importante salientar, caso você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com as autoras da pesquisa, por meio do e-mail e telefone fornecidos.

Eu, _____ estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando em posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora orientadora Prof.^a Dr.^a Marlene Gomes Terra

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM
SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da pesquisa: Adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica: percepção da equipe multiprofissional

Pesquisadoras responsáveis: Enf^a Esp. Patrícia Mattos Almeida.

Pesquisadora orientadora: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

Contato: (55) 3220-802; **E-mail:** martesm@hotmail.com.br, patriciamattosalmeida@gmail.com

Local da realização da pesquisa: hospitais com leitos de internação psiquiátrica da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde.

Participantes envolvidos: profissionais das unidades de internação psiquiátrica dos hospitais com leitos de internação psiquiátrica da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio da entrevista individual semiestruturada com profissionais das unidades psiquiátricas dos hospitais da 4^a CRS. Para tanto, será utilizado como cenário uma sala disponibilizada, na unidade, pelos profissionais do serviço. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e para compor um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo confidencial no computador por um período de 05 anos sob a responsabilidade da Dr^a Marlene Gomes Terra, na sala 1445, do prédio 26 do CCS, da UFSM. Após este período, os dados serão destruídos.

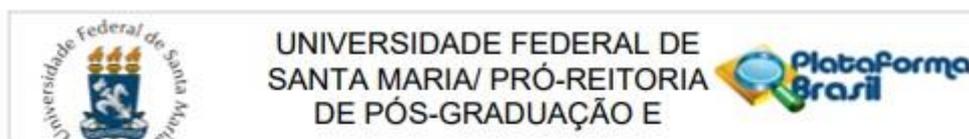
Santa Maria,de.....de 2017.

Assinatura da pesquisadora responsável Patrícia Mattos Almeida

Assinatura da pesquisadora orientadora Prof.^a Dr^a Marlene Gomes Terra

ANEXOS

Anexo A – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO DO USUÁRIO AO TRATAMENTO DURANTE A INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Marlene Gomes Terra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67800417.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.054.343

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica: percepção da equipe multiprofissional" e se vincula ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

No resumo do projeto o seguinte texto: "A Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a aprovação da Lei nº 10.216, trouxe um novo modelo de atenção à saúde às pessoas portadoras de transtornos mentais, provenientes ou não do uso de substâncias psicoativas. Nessa perspectiva, as internações psiquiátricas somente deverão ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares, disponíveis na rede assistencial. Contudo, a internação psiquiátrica ainda é entendida como um recurso terapêutico no contexto da saúde mental brasileira, sendo utilizada, muitas vezes, como a tentativa inicial para o tratamento do usuário de saúde mental. Desta forma, produzindo a quebra do vínculo desse usuário com os serviços substitutivos. Este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa em saúde, com o objetivo de compreender a percepção da equipe multiprofissional dos hospitais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde frente a adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica e as características dessas internações. A coleta dos dados dar-se-á por

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

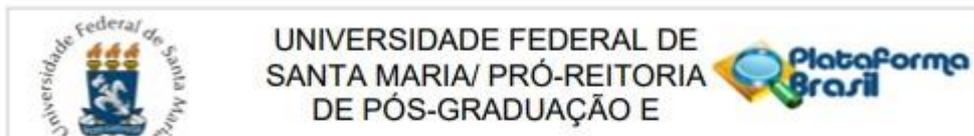
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.054.343

meio de entrevista semiestruturada, com consentimento prévio dos participantes da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando a individualidade e mantendo a confidencialidade, conforme Resolução nº 466/12."

O projeto apresenta revisão bibliográfica inicial, cronograma, orçamento e roteiro de entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

Na p. 8 do projeto consta que o objetivo geral é "compreender a percepção da equipe multiprofissional dos hospitais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde frente a adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica e as características dessas internações."

Os objetivos específicos são:

- Aprender a percepção da equipe multiprofissional dos hospitais da 4ª CRS frente a Lei da Reforma Psiquiátrica;
- conhecer a percepção da equipe multiprofissional dos hospitais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde frente a adesão do usuário ao tratamento durante a internação psiquiátrica;
- construir um fluxo para a internação psiquiátrica a partir dos resultados obtidos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

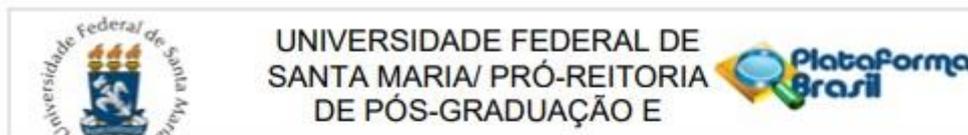
consta a seguinte descrição para riscos e benefícios:

"- Benefícios: para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde mental, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

- Riscos: você, a princípio, não sofrerá risco físico, mas poderá sentir algum desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam causar sofrimento. Caso isto venha acontecer, a entrevista será interrompida e o participante confortado e acalmado. Podendo a pesquisadora também orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja de sua preferência. E, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, sem nenhuma punição."

Considerando-se as características do projeto, a descrição apresentada pode ser considerada

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.054.343.

suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

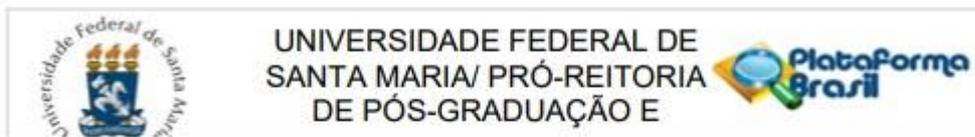
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_905194.pdf	29/04/2017 09:45:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCR.pdf	29/04/2017 09:44:30	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	TConfidencialidade.pdf	29/04/2017 09:43:16	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	SIE_2.pdf	22/04/2017 09:09:29	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	SIE_1.pdf	22/04/2017 09:08:57	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HUSM.pdf	22/04/2017 09:07:28	Marlene Gomes Terra	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.054.343

Outros	PARECER_AUTORIZACAO_CASA_DE SAUDE.pdf	19/04/2017 17:36:42	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	ANTONIO_autorizacao.PDF	19/04/2017 17:33:40	Marlene Gomes Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/04/2017 17:31:24	Marlene Gomes Terra	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.PDF	19/04/2017 17:30:38	Marlene Gomes Terra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com