

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

**COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES E USUÁRIOS**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**

**Rafael Pasche da Silveira**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2017**

**COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES E USUÁRIOS**

**por**

**Rafael Pasche da Silveira**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de  
**Especialista em Saúde Mental**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra**  
**Coorientadora: Enf<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Daiana Foggiato de Siqueira**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2017**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde  
Mental no Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho de Conclusão de Residência

**COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES E USUÁRIOS**

elaborado por  
**Rafael Pasche da Silveira**

como requisito parcial para obtenção do título de  
**Especialista em Saúde Mental**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

**Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, Dra (UFSM)**  
(Examinadora)

**Amanda de Lemos Mello, Ma. (UFSM)**  
(Examinadora)

**Adão Ademir da Silva, Ms. (UFSM)**  
(Examinador Suplente)

**Santa Maria, 21 de fevereiro de 2017.**

## **RESUMO**

Trabalho de Conclusão de Residência  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental  
no Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES E USUÁRIOS**

AUTOR: RAFAEL PASCHE DA SILVEIRA  
ORIENTADOR: MARLENE GOMES TERRA  
COORIENTADOR: DAIANA FOGGIATO DE SIQUEIRA  
Data e local da defesa: 21 de fevereiro de 2017, Santa Maria/RS.

O estudo teve por objetivo a conhecer a percepção do compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial por meio da percepção de trabalhadores e usuários. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, como cenário tem-se a Unidade de Internação Psicossocial (UIP) de um Hospital Universitário e um Centro de Atenção Psicossocial CAPS, ambos localizados em Santa Maria, Rio Grande do Sul. Os sujeitos entrevistados foram 8 profissionais que atuam na UIP ou no CAPS e 10 usuários encaminhados ao CAPS após internação no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016. A coleta dos dados ocorreu entre junho e agosto de 2016, esta ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com dados dos participantes e questões norteadoras. Após a análise das falas dos participantes, emergiram duas categorias: desafios para o compartilhamento do cuidado e possibilidades para o compartilhamento do cuidado. Por meio desta pesquisa pôde-se conhecer a percepção de profissionais e usuários acerca do compartilhamento do cuidado. Observa-se a importância na elaboração do processo de alta para que o usuário compreenda o momento vivenciado com clareza sobre o encaminhamento ao CAPS e os desafios e possibilidades no compartilhamento do cuidado, onde interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade são fundamentais.

**Palavras-chave:** "Saúde Mental". "Cuidado", "integralidade".

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Categorias que emergiram a partir da análise dos depoimentos.... 13

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PNH	Política Nacional de Humanização
UIP	Unidade de Internação Psicossocial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A –	Normas da Revista em que o manuscrito será submetido .....	24
Anexo B -	Aprovação do Comitê de Ética.....	26

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3 RESULTADOS .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Desafios para o compartilhamento do cuidado.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Possibilidades para o compartilhamento do cuidado .....</b>	<b>15</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>23</b>



## INTRODUÇÃO

A proposta da Reforma Psiquiátrica busca estratégias para diminuir as internações psiquiátricas e suas ações são voltadas à atenção ao usuário<sup>(1)</sup>. Dentre as propostas, tem-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual é um serviço de atenção primária e de portas abertas, um ambiente constituído de trabalhadores de diferentes núcleos e que oferece cuidados de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, consultas médicas e serviço social. Além dos atendimentos específicos existem diferentes oficinas e grupos, constituídos por meio das demandas dos usuários<sup>(1)</sup>. Esse é o principal serviço de saúde mental de base territorial, tornando-se, assim, fundamental no compartilhamento de cuidado pautado na intersetorialidade<sup>(2)</sup>.

A assistência aos usuários, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), pode ser constituída a partir da organização em redes de saúde mental, por meio do cuidado compartilhado. Constitui-se na produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho coletivo para melhorar o trabalho em saúde. Assim, o compartilhamento do cuidado busca uma maior efetividade através da autonomia dos sujeitos envolvidos, fortalecendo responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar<sup>(3)</sup>.

A PNH tem procurado consolidar as Redes de Atenção à Saúde Mental pautadas nos princípios da intersetorialidade, integralidade do cuidado e interdisciplinaridade. Dessa forma a intersetorialidade é a articulação entre os serviços de saúde e a sociedade. A integralidade diz respeito à garantia do direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, desde ações assistenciais até atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. E, tem-se a interdisciplinaridade como uma superação de pensamentos simplistas sobre os processos de saúde e doença, exigindo assim uma intensa interação entre especialidades<sup>(3-5)</sup>.

Dessa forma, o compartilhamento do cuidado pautado nesses princípios pode ser compreendido como uma estratégia para a redução da fragmentação do cuidado a partir das conexões existentes dentro de uma rede de saúde. Também, possibilita às equipes integrar os diferentes saberes e transcender a assistência para além das doenças<sup>(6)</sup>. Os trabalhadores e gestores, desse modo, possuem um papel

fundamental na construção de um serviço de saúde mental que permita o desenvolvimento do cuidado compartilhado<sup>(7)</sup>.

Conhecendo o contexto de mudança no cuidado de saúde mental por meio da história e os serviços que atuam na rede de cuidado de um município no estado do Rio Grande do Sul, questiona-se: como ocorre o compartilhamento do cuidado ao usuário egresso de uma unidade de internação psiquiátrica com encaminhamento a um Centro de Atenção Psicossocial? Justifica-se a relevância deste estudo, frente à vivência de residentes multiprofissionais inseridos em uma Unidade de Internação Psicossocial (UIP) de um Hospital de Ensino.

Nesse local, observou-se a reinternação de usuários em um curto prazo de tempo, corroborando com estudos que apontam para o fenômeno intitulado “porta giratória”. Esse fenômeno ocorre a partir da admissão e readmissão frequente dos usuários em unidades de internação psicossociais, sendo um ponto preocupante e que reflete falhas no cuidado compartilhado<sup>(8-9-10)</sup>. Frente a isso, tem-se como objetivo: compreender a percepção de trabalhadores e usuários acerca do compartilhamento do cuidado ao usuário egresso de uma Unidade de Internação Psicossocial com encaminhamento a um Centro de Atenção Psicossocial.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, a qual valoriza a vivência das relações e os significados que os indivíduos atribuem a determinados fenômenos<sup>(11)</sup>. Teve-se como cenário dois serviços da rede de saúde mental de um município no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, os quais atendem pessoas com transtorno mental. Esses serviços foram a Unidade de Internação Psicossocial (UIP) de um Hospital de Ensino de grande porte e um CAPS II. Esse último, é um dos quatro existentes no município, sendo o único que atende transtornos psiquiátricos à população adulta.

Os participantes da pesquisa foram usuários egressos da UIP com encaminhamento ao CAPS e trabalhadores da saúde de ambos os serviços. Quanto aos usuários, foram convidados aqueles encaminhados ao CAPS no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, a partir da consulta dos registros de alta hospitalar da UIP. Assim, teve-se como critério de inclusão: homens e/ou mulheres

egressos da UIP do referido hospital que receberam encaminhamento para o CAPS, com tratamento regular ou irregular no serviço. E, como critério de exclusão: os usuários que estivessem sob o efeito de alguma medicação no momento da entrevista ou que estivessem com dificuldade de comunicação. O convite ocorreu a partir de um contato prévio via telefone ou encontro no CAPS.

Em relação aos trabalhadores de saúde, foram convidados aqueles que atuam na UIP, que participam da alta dos usuários e os trabalhadores do CAPS, que realizam o acolhimento dos usuários egressos da referida unidade. Os critérios de inclusão foram: trabalhadores da área da saúde de nível médio e superior, que atuam permanentemente nos referidos serviços (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Técnicos de Enfermagem) e os residentes dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde (Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social). E, como critério de exclusão: trabalhadores em licença de qualquer natureza ou em período férias no período da coleta de dados. Assim, o *corpus* do estudo foi composto por oito trabalhadores do hospital universitário, sete trabalhadores do CAPS, e dez usuários que passaram por uma internação psiquiátrica e foram encaminhados ao CAPS.

A produção dos dados ocorreu no período de junho a agosto de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas com um gravador digital e posteriormente transcritas. Os participantes foram selecionados de forma aleatória, por meio de sorteio. As entrevistas tiveram duração de dez a trinta minutos, sendo realizadas em salas de atendimento dos referidos serviços, que possibilitassem privacidade aos participantes. Referente às perguntas iniciais das entrevistas, essas foram: aos trabalhadores da UIP: “como você realiza o encaminhamento do usuário egresso da unidade psiquiátrica para o CAPS?” E, aos trabalhadores do CAPS: “como é realizado o acolhimento no CAPS do usuário que recebeu alta da unidade de internação psiquiátrica?”. E, aos usuários: “como foi para você receber alta hospitalar e ser encaminhado ao CAPS?” A coleta encerrou quando houve a saturação dos dados, ou seja, as informações começaram a repetir-se<sup>(12)</sup>.

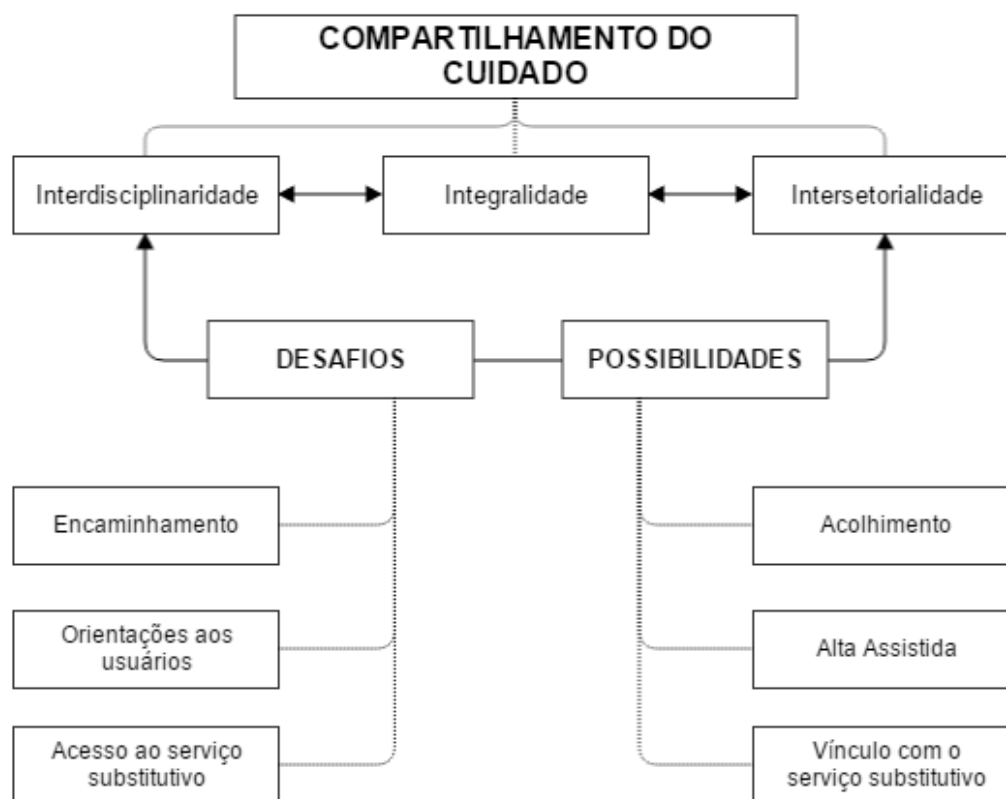
Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática seguindo a Proposta Operativa de Minayo (2014), que se caracteriza por dois níveis de interpretação. O primeiro, momento interpretativo, consiste no contexto histórico do

grupo social em questão. O segundo momento interpretativo, refere-se no ponto de partida e de chegada da pesquisa, representa a convergência com os fatos empíricos, é o momento em que se encontra nos relatos dos informantes o sentido e as interpretações. Para operacionalizar esse segundo momento foram seguidos os passos: ordenação dos dados; leitura horizontal e exaustiva dos textos; análise final e relatório, o qual finaliza a apresentação dos resultados da pesquisa.

Durante a pesquisa foram respeitados os aspectos éticos sobre pesquisa que envolve seres humanos. Houve a garantia do sigilo e anonimato dos sujeitos que participaram da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Confidencialidade por meio dos pesquisadores. Para manter o sigilo dos entrevistados, os trabalhadores e usuários foram respectivamente identificados pelas letras T (trabalhadores) e U (usuários) seguidas pelo número correspondente à ordem das entrevistas. Deste modo, os trabalhadores foram designados de T1 a T15 e os usuários de U1 a U10. O protocolo do projeto de pesquisa foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer Nº 1.538.373 e CAAE Nº 55534116.4.0000.5346. Seguiu-se, assim, os aspectos éticos da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(13)</sup>.

## **Resultados**

A partir da análise dos depoimentos foram construídas duas categorias: desafios para o compartilhamento do cuidado e possibilidades para o compartilhamento do cuidado (FIGURA 1).



Fonte: elaborada pelos autores. Santa Maria, RS, 2017.

### **Desafios para o compartilhamento do cuidado**

Percebe-se que nem todos os trabalhadores participam do encaminhamento do usuário na alta hospitalar para os serviços substitutivos na rede de saúde mental. Para tanto, os que realizam o encaminhamento, esse acontece por meio de ofícios contendo explicações gerais sobre o usuário.

*Na verdade, nós não chegamos a realizar esse encaminhamento. Não chegamos a ter esse contato com a rede. [T5]*

*Eu estava no hospital lá e a doutora me chamou e me deu alta. [U2]*

*É um documento, não chega a ser uma referência e contra referência. Mas é via um ofício, um documento, explicando a patologia, as medicações em uso e solicitando o acompanhamento médico lá [...] Os pacientes perdem as folhas, às vezes. [T7]*

*Eu vim aqui e falei que estava internado, mostrei o papel da alta pra eles [U3].*

Alguns trabalhadores acreditam que não é suficiente o encaminhamento por meio de um ofício e procuram fazer o contato via telefone. No entanto, os usuários

apontam que não recebem orientações referentes ao serviço substitutivo na sua alta hospitalar.

*Quando eu estou acompanhando o usuário e fica acordado que ele vai para o CAPS, se tem alguma situação social ou alguma situação familiar, eu entro em contato com a assistente social do CAPS para passar o que já foi feito e o que eu acho importante continuar acompanhando, via contato telefônico[...] e, às vezes, quando eu acho necessário, importante... a gente manda por escrito um documento, mas normalmente é por telefone. [T4]*

*Temos uma crítica teórica sobre a burocratização do sistema de encaminhamentos, onde você só dá um papel e diz para o paciente ir para tal lugar em tal endereço. Isso torna o contato mais formalizado, não tão eficiente segundo as críticas que a gente vê. A gente tenta resolver isso através de um contato mais pessoal, mais profissional de referência. [T6]*

*Não! Não recebi nada, eu só pensava que poderia ser bom para mim vir para um serviço assim. [U7]*

*Não me lembro de nenhuma orientação. Eles me orientaram aqui no CAPS mesmo. [U10]*

Os trabalhadores relatam sobre como os serviços deveriam desenvolver a atenção à saúde mental, sendo que para esses, o sucesso do tratamento dos usuários está diretamente ligado à rede que dá suporte. Para tanto, reconhecem as fragilidades que os serviços estão expostos referentes ao acesso no serviço substitutivo.

*Isso é questão de intersetorialidade, que é o que a gente quer, que os serviços estejam se comunicando, saber o que o outro já fez, saber quem está acompanhando [...] Eu normalmente consigo me comunicar com o CAPS, mas eu acho que eles não tem perna para realizar tudo que seria necessário porque seriam muitos os usuários. A rede também, às vezes, não consegue dar conta, é toda uma questão de uma assistência social precária no município. [T4]*

*Tem esses outros empecilhos todos para assegurar o encaminhamento e essas outras coisas, dificuldade de acesso, as questões socioeconômicas, não aceitação do tratamento [...] muitos de nossos pacientes não têm condições de acesso ao serviço pela pobreza, pelos lugares onde moram, pela precariedade de transportes, enfim, várias situações de dificuldade social para acessar o serviço. [T6]*

## **Possibilidades para o compartilhamento do cuidado**

O acolhimento no CAPS, onde o usuário acessa o serviço em que foi encaminhado, é uma possibilidade de continuidade na atenção ao usuário dos serviços de saúde mental, bem como, a alta assistida.

*Fui muito bem recebido, fui bem tratado, bem reconhecido, o que foi importante para mim. Me senti melhor. Eu fui bem recebida, ela explicou bastante coisa sobre a doença, me disse que era uma vida normal sendo medicada, trabalhando o psicológico, que eu ia conseguir cuidar da minha família de novo. [U2]*

*Para mim foi uma coisa boa, excelente! Eu estava num momento que mesmo saindo do hospital, eu não fiquei em um momento bom. Da maneira que eles me acolheram, me surpreendeu! Porque eu nunca imaginei que seria tão bem recebida. [U7]*

*Em alguns casos excepcionais, já fizemos alta assistida, que alguém daqui levava o usuário até o CAPS, num dia que fosse combinado com o CAPS para que garantisse que esse paciente fosse ao menos ao acolhimento[...]. Fazíamos visitas semanais ao CAPS levando alguns pacientes internados que nós achávamos que poderiam ser encaminhados ao CAPS, era uma maneira de já, durante a internação, ele conhecer o CAPS. [T6]*

Além de relatarem terem sido bem acolhidos, demonstram a importância do serviço para eles e a relação estabelecida com a equipe.

*O pessoal estava ansioso, preocupado comigo. Sempre que eu apronto as minhas o pessoal fica preocupado: “quanto tempo tu não vem aqui no CAPS, tu estava doente?” É aquele carinho, aquele aconchego sabe? “Tu tens que vir nos grupos, tem que participar mais” é um negócio bem legal. [U1]*

*A fisioterapeuta conversa muito comigo, ela diz assim: “não é só um profissional que ajuda, tem os grupos que ajudam, tem que participar”. Então, eu venho na segunda, terça e quinta. [U4]*

*Eu, me sinto acolhida. Se eu estou com vontade de chorar, eu vou ali e converso com a psicóloga. Ela acha uma sala nem que seja, um cantinho no pátio para conversar, para me abraçar.[U8]*

## Discussão

Na busca por um cuidado compartilhado, o trabalho em saúde mental é permeado pela intersectorialidade, entendida como a articulação integrada dos serviços que compõe essa rede. O usuário pode ser visto como um sujeito que necessita ser reconhecido dentro da sociedade e tem suas demandas contempladas pelas redes e políticas sociais, superando uma lógica fragmentada das questões sociais<sup>(14)</sup>.

A atenção psicossocial é composta por um processo social, complexo na constituição de seu modelo de cuidado. Envolve a participação do usuário, revisão de conceitos relacionados às práticas de serviços e trabalhadores, destacando a importância do cuidado humanizado e do diálogo interssetorial em saúde mental<sup>(15)</sup>.

Assim, para trabalhar numa mudança do paradigma de um cuidado fragmentado na área da saúde é pertinente conhecer os serviços que compõe a rede de saúde mental. Com vistas a operacionalizar o encaminhamento entre os pontos dessa rede é necessário atentar para o diálogo intersectorial<sup>(16)</sup>. Atualmente, a saúde mental tem desafios importantes, como a articulação com a rede de urgência e emergência, comunicação e trabalho com a atenção básica, qualificação e expansão de serviços de base territorial e intersectorialidade nas ações de saúde mental<sup>(17)</sup>.

Os próprios usuários reconhecem a qualidade dos serviços de saúde mental que acessam. Apontam que os mesmos têm falhas que comprometem o tratamento e podem levar a uma internação psiquiátrica. Sem esquecer o quadro atual de dificuldades relacionadas à gestão, encaminhamento dos usuários, reinternações em hospitais, alta demanda de usuários e trabalhadores sem qualificação na área da saúde mental<sup>(16,18)</sup>.

Esses aspectos corroboram com os resultados evidenciados neste estudo, no que se refere aos desafios no encaminhamento dos usuários aos serviços substitutivos. A exemplo desses desafios, tem-se a falha no encaminhamento, que pode ser devido às diferenças entre os modelos de cuidado. Por um lado, têm-se a unidade hospitalar com foco no tratamento medicamentoso e, por outro lado, o serviço substitutivo, como o CAPS, com vistas ao cuidado integral e em base territorial<sup>(19)</sup>.



O modelo de atenção público de saúde é dividido em níveis de complexidade dos seus serviços. Como principal porta de entrada no sistema, tem-se a atenção básica, sendo uma orientadora dos serviços, que realiza o encaminhamento para outros níveis de complexidade. A atenção secundária, constituída por procedimentos de médio custo, com serviços que abrangem, prioritariamente, unidades ambulatoriais e serviços substitutivos, como os CAPS. E, a atenção terciária corresponde aos procedimentos de alto custo, sendo constituída por unidades hospitalares, compreendendo as UIPs. Nesta perspectiva, é constituída uma hierarquização composta por atenção primária, atenção secundária e terciária<sup>(20)</sup>.

Dessa forma, na busca por estratégias de cuidado compartilhado é inevitável destacar a importância das relações entre os modelos de cuidado no contexto da saúde mental. Contudo, ainda é um desafio articular o cuidado entre diferentes níveis de complexidade, sendo necessário o fortalecimento e a sistematização da conexão entre os serviços para que exista o compartilhamento de cuidado<sup>(21)</sup>.

Mesmo com diferenças entre os cuidados prestados, a comunicação entre os serviços deve existir, seja por meio telefônico, via ofício, digital ou pessoal. Entretanto, essa ação não deve ser de forma isolada, o usuário necessita ser orientado e acompanhado até a chegada no serviço que foi encaminhado. Oportunizando a manutenção e otimização das práticas de cuidado de seu tratamento<sup>(20)</sup>.

O encaminhamento após a alta hospitalar é o momento no qual o usuário recebe informações sobre os cuidados no pós-alta. Assim, os profissionais necessitam conhecer as expectativas e preocupações do usuário, bem como o serviço em que está sendo realizado o encaminhamento<sup>(22)</sup>. Diante do exposto, tem-se um processo de alta hospitalar, o qual precisa estar pautado no tratamento integral, intersetorial e interdisciplinar, com vistas a ofertar suporte ao usuário dentro de uma rede de cuidados<sup>(23)</sup>.

No entanto, ainda existem redes de saúde que, por vezes, são rizomáticas, ou seja, uma rede sem pontos de entrada ou saída definidos, constituindo um fluxo confuso<sup>(15)</sup>. Dentro desse fluxo, como frutos do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei Nº 10.216), pautados pelo processo de desinstitucionalização dos usuários, temos os serviços substitutivos, entre eles, CAPS, Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), Lares Abrigados, Centros de Convivência, Hospitais-dia e as

Cooperativas, dentre outros. Estes são serviços voltados para além do tratamento, envolvem um assistir em saúde mental com base na promoção da saúde e bem-estar dos usuários<sup>(24)</sup>.

O CAPS é serviço de base territorial, orientado por um olhar ampliado sobre o contexto no qual o usuário está inserido, isso implica em ir além do espaço geográfico, reconhecendo as individualidades de cada usuário. Assim, entende-se que o cuidado integral poderá ser fortalecido a partir do estímulo à interação entre todos os sujeitos envolvidos na atenção à pessoa com transtorno mental<sup>(21)</sup>. O trabalho no território possibilita um acompanhamento da realidade vivenciada pelo usuário. Contribui para a construção de um cuidado que entenda as dificuldades do cotidiano desse sujeito, podendo ser criada uma prática de cuidado que se adapte à individualidade de cada um.

No CAPS o acolhimento, vínculo e corresponsabilização pelo outro são requisitos fundamentais para a organização da assistência à saúde. Esses constroem laços afetivos, confiança, respeito e compartilhamento de saberes entre usuário, familiares e trabalhadores<sup>(16)</sup>. Esse é um momento em que se espera um cuidado humanizado, onde há um rompimento com práticas tecnocráticas de atenção à saúde<sup>(25)</sup>.

Pensando no atendimento integral aos usuários, ressalta-se a importância do acolhimento nos serviços de saúde mental, esse se propondo a uma “materialização” de um encontro entre usuário e serviço<sup>(19)</sup>. Para que o fluxo à pessoa com transtorno mental na rede ocorra de forma eficaz, faz-se necessário realizar o encaminhamento aos serviços substitutivos durante a alta hospitalar, sendo que esse aspecto é fundamental para a vinculação do usuário aos serviços/trabalhadores.

As taxas de reinternação têm sido utilizadas como indicadores da qualidade do cuidado prestado em saúde mental. Essas, além de trazerem dados da realidade na qual o usuário está inserido, expõe características do suporte prestado pela rede de saúde mental frente às singularidades dos usuários<sup>(18)</sup>.

No tratamento em saúde mental é comum a reinternação em hospitais, isso pode ocorrer por alguns fatores. Dentre esses, pode-se citar a não adesão aos serviços substitutivos ou por um tratamento irregular. Como estratégia para superar essa dificuldade, tem-se o projeto de alta assistida<sup>(26)</sup>. Através deste projeto busca-se assegurar um tratamento extra-hospitalar revertendo o processo de exclusão

social de usuários que saem de uma internação. É realizado um trabalho com pacientes e familiares do usuário, promovendo contato com os mesmos após a alta, onde são realizadas orientações sobre medicação e comprometimento com o tratamento, além de acompanhar o usuário até o serviço de referência, buscando o comprometimento do gestor com o tratamento do usuário encaminhado, ajudando assim na construção do vínculo com o serviço.

Em relação à vinculação do usuário aos serviços substitutivos de saúde mental, esse pode estar diretamente ligado à percepção que o usuário tem do serviço e do tratamento recebido naquele ambiente. Desde seu acolhimento no serviço até o início de sua inclusão nas atividades, as relações intersubjetivas estabelecidas entre usuários e trabalhadores, são fundamentais em um cuidado integral<sup>(27)</sup>.

A partir da interação entre usuário e demais sujeitos envolvidos no cuidado, a constituição de vínculo facilita a adesão do usuário no serviço substitutivo, o qual pode ser favorecido por meio de ações interdisciplinares. Estas podem fortalecer o compartilhamento do cuidado entre os profissionais, por meio de trocas de saberes que visem facilitar a construção de um encaminhamento adequado dentro da rede de cuidado<sup>(5)</sup>.

Tem-se, a partir das ações interdisciplinares, a possibilidade de emancipar o usuário frente a sua real necessidade. E, isto pode acontecer por meio de ações planejadas de maneira compartilhada com os usuários e profissionais de diferentes áreas. Então, cria-se uma rede de interdependência e corresponsabilização no cuidado com vistas o atendimento integral e trabalho em rede<sup>(5)</sup>.

Para alcançar resultados na área da saúde mental e consolidar as redes de atenção pautadas nos princípios da intersetorialidade, integralidade do cuidado e interdisciplinaridade é importante a ruptura do modelo assistencial tradicional. A articulação entre os serviços e profissionais precisa ocorrer de maneira estruturada, onde os diferentes setores possam se comunicar, refletir e pensar no compartilhamento do cuidado.

## **Considerações finais**

A pesquisa possibilitou conhecer as percepções de usuários e trabalhadores sobre o compartilhamento do cuidado dentro da rede de saúde mental de um município do estado do Rio Grande do Sul. Evidenciou-se que existem desafios na rede de saúde mental, como as orientações aos usuários, encaminhamento e acesso aos serviços substitutivos. Além dos desafios, conheceu-se as possibilidades para efetivação do compartilhamento do cuidado, as quais se referem ao acolhimento, alta assistida e vínculo dos usuários aos serviços substitutivos.

Apointa-se como estratégia para o compartilhamento do cuidado nas redes de atenção à saúde mental os princípios como a intersetorialidade, integralidade do cuidado e interdisciplinaridade. Assim, tem-se um cuidado que pode auxiliar nas conexões dos serviços a fim de reduzir a fragmentação da assistência, possibilitando uma rede de saúde articulada e consolidada. Para tanto, é necessário que os trabalhadores e gestores dos serviços se tornem corresponsáveis pelo compartilhamento do cuidado, por meio do comprometimento do encaminhamento pós-alta hospitalar e acolhimento nos serviços referenciados.

A presente pesquisa apresenta como limitação, o estudo ser constituído em uma microrregião, para tanto, esses dados não são generalizados. Mas, espera-se que a mesma venha a contribuir com a reflexão do paradigma psicossocial na constituição do cuidado compartilhado em saúde mental entre a rede hospitalar e a extra-hospitalar.

## **Referências**

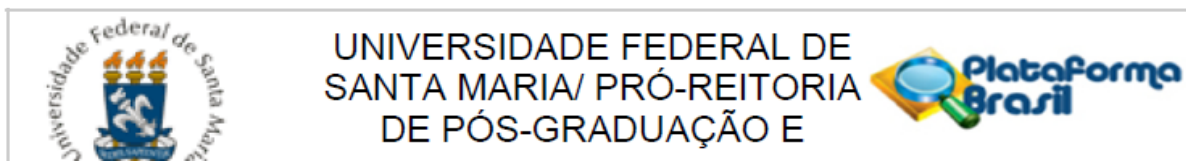
1. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial. Brasília - DF, 2004.
2. Nasi C, Schneider JF. O centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. RevEscEnferm USP 2011; 45(5):1157-63.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização – PNH. 1ª ed. Brasília - DF, 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
5. Ferro LF, Emelin CS, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no

- Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2014;38(2):129-138.
6. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):335-342.
  7. Paes LG, Schimith MD, Barboza TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 395-409, maio/ago. 2013.
  8. Machado CV, Santos MA. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Interface. Comunicação saúde educação* v.16, n.42, p.793-806, jul./set. 2012.
  9. Ramos DKR, Guimarães J, Mesquita SKC. Dificuldades da rede de saúde mental e as reinternações psiquiátricas: problematizando possíveis relações. *CogitareEnferm*. Jul/Set;19(3):553-60, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35382>. Acesso em: 27 nov. 2016
  10. Pessoa JM, Santos RCA, Clementino FS, Oliveira KKD, Miranda FAN. Política de saúde mental no hospital psiquiátrico: desafios e perspectivas. *Escola Anna Nery* 20(1) Jan-Mar 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0083.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.
  11. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
  12. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008, 24(1):17-27.
  13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. *Diário Oficial da União*. 12 dez. 2012
  14. Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. Soc. Soc.* São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.
  15. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface. Comunicação, saúde, educação*. 2016; 20(57): 313-23.
  16. Júnior JMP, Santos RCA, Clementino FS, Oliveira KKD, Miranda FAN. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: desafios e perspectivas. *Escola Anna Nery*. 20(1) Jan-Mar 2016.
  17. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 40, N. 109, P.86-99, ABR-JUN 2016.

18. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia em Estudo*, Maringá, V. 18, n. 4, p. 701-712, out./dez. 2013.
19. Ballarin MLGS, Ferigato SH, Carvalho FB, Miranda IMS. Percepção de trabalhadores de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011; 35(2): 162-168.
20. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
21. Lima MS, Aguiar ACL, Sousa MM. O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n.4p. 675-686, out./dez. 2015.
22. Marques LFG, Furtado IC, Di Mônaco LCR, Oliveira GSA. Orientação para alta hospitalar. *Rev. Pesq. Inov. Farm.* 3(1), 2011, 36-42.
23. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 7(esp):7151-9, dez., 2013.
24. Martins AKL, Soares FDS, Oliveira FB, Souza AMA. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. *SANARE*, Sobral, v.10, n.1, p.28-34, jan./jun. 2011.
25. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde*. V. 35, n. 4, p.966-983 out./dez. 2011.
26. Dimenstein M, Bezerra CG. Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 829-848, 2009.
27. Andrade AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.3, p.887-900, 2015.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ALTA HOSPITALAR COM ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DA SAÚDE

**Pesquisador:** Marlene Gomes Terra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55534116.4.0000.5346

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.538.373

#### Apresentação do Projeto:

O projeto dos proponentes "caracteriza-se por ser de abordagem qualitativa, pois busca nas relações, histórias, crenças, representações, percepções, a interpretação que as pessoas fazem acerca do que pensam, sentem, vivem ou lhe acontecem. A presente pesquisa será realizada em uma Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) de um hospital de ensino e em um Centro de Atenção Psicossocial da região central do Rio Grande do Sul (RS). Os participantes desta pesquisa serão usuários egressos da UIP com encaminhamento ao CAPS e trabalhadores da saúde de ambos os serviços. Quanto aos usuários egressos serão convidados aqueles encaminhados ao CAPS no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, a partir da consulta dos registros de alta hospitalar da UIP."

A metodologia da pesquisa visa a realização de coleta de dados na forma de entrevistas semi-estruturadas.

#### Objetivo da Pesquisa:

São os seguintes objetivos da pesquisa:

"Compreender a percepção dos usuários egressos de uma unidade de internação psiquiátrica de

**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: 1.538.373

um hospital de ensino acerca da alta hospitalar com encaminhamento a um Centro de Atenção Psicossocial.

- Conhecer como ocorre o encaminhamento de usuários egressos de uma unidade de internação psiquiátrica a um Centro de Atenção Psicossocial a partir da alta hospitalar frente a vivência dos trabalhadores de saúde desses serviços.
- Construir um protocolo de alta em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital de ensino a partir dos resultados obtidos na pesquisa."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Benefícios: contribuir para o encaminhamento às unidades de apoio e ao processo de alta hospitalar.

Riscos: causar mobilização emocional pela lembrança de fatos do cotidianos. Neste último caso, é previsto a interrupção da participação, assim como o encaminhamento a profissionais capazes de ajudar.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os objetivos e a metodologia da pesquisa foram apresentados pelos proponentes com clareza.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

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:**

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: 1.538.373

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_705828.pdf	27/04/2016 11:14:43		Aceito
Outros	termoconfi.pdf	27/04/2016 11:14:03	Marlene Gomes Terra	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/04/2016 11:13:16	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	SIEpag2.pdf	27/04/2016 10:17:17	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	SIEpag1.pdf	27/04/2016 10:16:51	Marlene Gomes Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuarios.pdf	27/04/2016 10:16:02	Marlene Gomes Terra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEtrabalhadores.pdf	27/04/2016 10:14:16	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	autorizacaoNEPS_SMS.pdf	27/04/2016 10:13:40	Marlene Gomes Terra	Aceito
Outros	autorizacaohusm.pdf	27/04/2016 10:12:57	Marlene Gomes Terra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUPG.pdf	26/04/2016 17:04:04	Marlene Gomes Terra	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 10 de Maio de 2016

---

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

## Anexo B – Normas da Revista

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

**Atualizado em agosto de 2016**

O manuscrito submetido à Cogitare Enfermagem passa por um processo de análise, em duas etapas distintas. Depois de submetido pelo sistema SER <http://revistas.ufpr.br/cogitare> será atribuído um número de submissão que será a identificação do manuscrito no sistema.

Na primeira etapa é designado um relator que realiza a análise do manuscrito, segundo as Normas e Escopo da Revista (tema, apresentação e documentação). Nessa etapa o manuscrito poderá ir diretamente para a segunda etapa ou ser devolvido aos autores por dois motivos: para readequação às normas ou porque não corresponde ao escopo da Revista Cogitare Enfermagem.

Na segunda etapa, com o manuscrito adequado às normas, encaminha-se para dois consultores *ad hoc* para a análise do texto juntamente com o instrumento próprio de avaliação. Se houver discordância entre os pareceres dos consultores, o manuscrito será enviado a um terceiro consultor.

O relator do manuscrito gerencia o fluxo entre os consultores e o autor correspondente. Durante todo o processo de avaliação (*peer review*) omite-se a identificação dos consultores e dos autores.

Durante o processo de análise e antes do envio do manuscrito para a publicação, o autor correspondente poderá retirar o manuscrito, mediante solicitação formal e assinada por todos os autores.

Após a análise dos pareceres e da versão final, o manuscrito poderá ser Recusado ou Aceito, de acordo com a deliberação do Conselho de Editoração, sendo o resultado comunicado ao autor correspondente pelo e-mail informado no processo de submissão.

Os documentos de manuscritos cancelados ou recusados não permanecerão arquivados, no entanto os documentos de artigos publicados ficarão arquivados por cinco anos a contar do ano de sua publicação.

Cabe ao Conselho de Editoração a composição dos volumes para a publicação. As comunicações, para esclarecimentos de dúvidas, poderão ser realizadas via email [cogitare@ufpr.br](mailto:cogitare@ufpr.br).

### **NORMAS EDITORIAIS**

Os manuscritos submetidos à Revista Cogitare Enfermagem deverão atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os Requisitos uniformes para originais submetidos às revistas biomédicas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas “*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*” (<http://www.icmje.org>) and International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE.

O manuscrito deverá destinar-se, exclusivamente, à Revista Cogitare Enfermagem, não devendo ser submetido a outro periódico, à exceção de resumos ou relatórios publicados em reuniões científicas.

Os autores são responsáveis por declarar conflitos de interesse, apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal, relacionados ao estudo; e por agradecimentos.

Os conceitos, opiniões e conclusões emitidos nos artigos, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho de Editoração.

A publicação do manuscrito dependerá do cumprimento das normas da Revista e da apreciação pelo Conselho de Editoração, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias.

Em acordo com a Licença *Creative Commons CC BY-NC-AS 2.5* (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/>) - Atribuição não comercial, adotada pela Cogitare Enfermagem, é permitido acessar, fazer *download*, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir artigos publicados, desde que citados os autores e a fonte. Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista Cogitare Enfermagem, transferidos da Declaração de Transferência de Direitos Autorais.

Nos manuscritos resultantes de pesquisa que envolva seres humanos, os autores deverão informar no texto que o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e especificar o número e a data do protocolo de registro, além de enviar cópia de sua aprovação pelo Comitê (como documentos suplementares).

Os autores também deverão explicitar nos artigos, resultantes de pesquisa ou relato de experiência que envolveu seres humanos, se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466, de 12/12/12.

Artigos de pesquisas clínicas devem informar o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo *International Committee of Medical Journal Editors* ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

## **CATEGORIA DE ARTIGOS.**

**Artigos originais (Pesquisa) - Limite máximo 4500 palavras incluindo as referencias.**

Estudo relativo à pesquisa científica original, inédita e concluída. Deve obedecer a seguinte estrutura: **Introdução:** apresentar o tema, definir o problema e sua importância, revisão da literatura e objetivo. **Método:** (método empregado, descrição da população/amostra

estudada, participantes do estudo ou fonte de dados, data da coleta de dados, local de realização da pesquisa (sem citar o nome da instituição), técnica de coleta de dados, critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma clara, objetiva compreensiva e completa). Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a informação de que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos; **Resultados:** deverão ser apresentado com sequencia lógica. Quando houver tabelas, gráficos ou figuras as informações devem ser complementares; **Discussão:** (deverá seguir a sequencia lógica dos resultados, comparação com a literatura e a interpretação dos autores. **Conclusão ou Considerações Finais:** (devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras).