

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE

Gustavo Micheli Vogel

**O TÉRMINO DO TRATAMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE
MENTAL: VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

Santa Maria, RS
2018

Gustavo Micheli Vogel

**O TÉRMINO DO TRATAMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL:
VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

Artigo de Conclusão de curso apresentado ao programa pós-graduação em 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 no Sistema Público de Saúde, Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Prof Dr Hector Omar Ardans-Bonifacino
Coorientadora: Prof^a Dr^a Jana Gonçalves Zappe

Santa Maria, RS
2018

Gustavo Micheli Vogel

**O TÉRMINO DO TRATAMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL:
VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

Artigo de Conclusão de curso apresentado ao programa de pós-graduação em 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 no Sistema Público de Saúde, Área de concentração: Saúde Mental.

Aprovado em 21 de Fevereiro de 2018:

Jana Gonçalves Zappe, Dra. (UFSM)
(Presidente de banca)

Daiana Fognatto Siqueira, Dra. (URI)
(Avaliador)

Clarissa Faverzani Magnago, Me. (UFSM)
(Avaliador)
Santa Maria, RS, Brasil
2018

RESUMO

O TÉRMINO DO TRATAMENTO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: VISÃO DOS PROFISSIONAIS

AUTOR: Gustavo Micheli Vogel

ORIENTADOR: Prof. Dr. Hector Omar Ardans-Bonifacino

COORIENTADORA: Prof.^a Dra. Jana Gonçalves Zappe

Impossível falar de saúde mental sem que seja feita uma breve retrospectiva histórica acerca do tratamento disponibilizado aos indivíduos que dele necessitassem. Partindo de um modelo, onde a liberdade e os direitos eram cerceados, até os dias atuais onde preconizamos a reinserção social. Todavia, os Centros de Atenção Psicossociais, em alguns casos, passam a não serem vistos como um tratamento passageiro, podendo contribuir negativamente para a autonomia do usuário. Nesse sentido, pretende-se conhecer a percepção de profissionais acerca do tratamento a usuários de um CAPS II, enfocando a alta. Para tal utilizamos como método a proposta operativa de Minayo e como instrumento um questionário semiestruturado aplicado à equipe técnica do CAPS II que atendesse os requisitos necessários. Percebe-se nas falas o quanto a questão da “alta” do serviço é pouco trabalhada nesse CAPS II. Na conclusão propõe-se a reflexão do quanto este processo de alta deve fazer parte do tratamento.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde Mental, Impacto Psicossocial, Alta do paciente, Saúde Mental.

ABSTRACT

THE TERMINATION OF TREATMENT IN A MENTAL HEALTH CARE: PERCEPTION OF PROFESSIONALS

AUTHOR: Gustavo Micheli Vogel
ADVISOR: Prof. Dr. Hector Omar Ardans-Bonifacino
CO-ADVISOR: Prof(a). Dr(a). Jana Gonçalves Zappe

Is impossible to explain about mental health without brief historical retrospective about the treatment available to individuals who needed it. Starting from a past model where freedom and the rights were restricted, to the present where social reintegration is recommended. However, in some cases the Psychosocial Care Centers aren't seen as a temporary treatment, contributing negatively to the autonomy of the patient. In this sens, it is intended to know the professional's perception about the treatment of CAPS II users, focusing on the discharge. For this purpose, the Minayo operational proposal was used and as instrument a semi-structured questionnaire applied to the CAPS II technical staff to attend the necessary requirements. It can be seen in the speeches how much the question of the "discharge" of the service is little worked in this CAPS II. In the conclusion it is proposed the reflection of how much this discharge process should be part of the treatment.

Palavras-Chave: Mental Health Service, Psychosocial Impact, Patient Discharge, Mental Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA.....	9
3 DISCUSSÃO E RESULTADOS	11
3.1 PRINCIPAL PAPEL DO CAPS.....	11
3.2 TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	12
3.3 USUÁRIO AUSENTE DO SERVIÇO	13
3.4 A ALTA DO SERVIÇO.....	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	18
ANEXOS	21

1 INTRODUÇÃO

Impossível falarmos de saúde mental sem, inicialmente, fazermos uma breve retrospectiva histórica acerca dos fatos que contribuíram para a transformação do modelo asilar e excludente para o modelo que tem por afã a reinserção social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde mental” é algo mais amplo que apenas ausência de qualquer patologia. O termo é utilizado para descrever níveis de qualidade de vida cognitiva e emocional, podendo ser um estado em que o ser humano procure a resiliência psicológica, definida como a capacidade de enfrentar problemas e adquirir conhecimento com os mesmos (BARBOSA, 2006).

Inicialmente quaisquer indivíduos que não se adequassem a vida em sociedade eram tomados como ameaças, portanto marginalizados e excluídos da mesma. Dentre estes estavam os leprosos, as prostitutas e também os loucos, como comumente taxados. Porém, ao final do século XVIII e início do século XIX começa a existir um campo de atenção denominado psiquiatria, o qual apontava a “loucura” como uma condição patológica e que necessitava de cuidados médicos especializados (CECCARELLI, 2005). Esses “cuidados” eram realizados em instituições hospitalares através de práticas como a eletroconvulsoterapia (ECT), entre outras, hoje bastante questionáveis e reconhecidas como torturas. Além disso, as instituições também cerceavam a liberdade dos indivíduos (GUIMARÃES et.al, 2013; RESENDE, 1987).

Avançando na esteira histórica, na segunda metade do século XX, em âmbito mundial, surgem movimentos contrários às práticas institucionais cada vez mais reconhecidas como desumanas e excludentes. É possível citar os movimentos da “Antipsiquiatria” e da “Psiquiatria Democrática Italiana”, os quais surgiram em Trieste, Itália, nos anos 60, e buscavam romper com o paradigma psiquiátrico. Para isso, lutavam pelo fechamento dos antigos hospitais psiquiátricos e propunham a substituição deles por dispositivos de caráter sociocultural, visando à chamada reinserção social (AMARANTE, 2006; COSTA; FIGUEIRO; FREIRE, 2014;).

Ao final da década de 70 chegam no Brasil os movimentos da Reforma Psiquiátrica, visando também o fim dos manicômios. Alguns marcos históricos nacionais foram a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no ano de 1987, a Segunda Conferência, realizada no ano de 1992, e a Terceira, no ano de 2001 (HIRDES, 2009). Neste mesmo ano foi sancionada a Lei 10.216/01 que prevê a proteção dos direitos dos usuários de Saúde Mental, indicando que estes usuários devem ser tratados em serviços substitutivos de base comunitária (BRASIL, 2001).

Este processo teve continuidade através da portaria 336/02, sancionada em 2002, que estabeleceu diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), bem como suas nomenclaturas e público alvo. Aqui se estabeleceu a importância do trabalho de articulação em rede, da intersetorialidade e da reinserção social, (BRASIL, 2002). No entanto, observou-se que, na prática, os CAPS se constituíram em espaços mais amplos, e passaram a exercer mais funções do que as previstas na legislação, deixando de limitar-se a um dispositivo terapêutico. Devido a dificuldades dos usuários, de suas famílias, das comunidades e das redes de atendimento, os CAPS acabaram também por se constituir como um local de sustentação de vida do usuário, incluindo a quase totalidade de suas relações sociais, afetivas e familiares (RIBEIRO, 2004; TENÓRIO, 2002).

Diante disso, na prática, como o serviço do CAPS acaba por ser mais do que um serviço de saúde, ele tende a deixar de ser considerado como um tratamento passageiro, o que tem dificultado o entendimento de que o término deste tratamento ou “alta” também é um processo terapêutico (MIELKE *et al.*, 2011). Muitas vezes, o processo de alta é negligenciado pois o usuário desenvolve dependência ao serviço, não conseguindo ver possibilidades de viver fora do mesmo. Isso significa que o serviço do CAPS não é visto somente como suporte terapêutico, tornando-se também outros tipos de suporte, como familiar, afetivo e até social, o que pode contribuir negativamente para a autonomia do usuário (MELLO, FUREGATO; 2008).

Esta questão já tem sido considerada na literatura. No estudo de Wetzel *et. al.* (2011), por exemplo, eles utilizam o termo “encapsulados” para indicar a condição dos usuários que permanecem por longos períodos inseridos no CAPS sem que ocorra um processo de desligamento ou alta. Isso sinaliza um risco para as equipes de saúde mental que atuam nos novos dispositivos, pois podem acabar reproduzindo velhas práticas, que vão contra as preconizadas pela reforma psiquiátrica, como a própria reinserção social destes indivíduos nos espaços oferecidos que não somente o CAPS.

A partir destas questões, realizou-se uma pesquisa de campo com o objetivo de conhecer a percepção de profissionais acerca do tratamento a usuários de um CAPS II, enfocando a alta.

2 METODOLOGIA

A pesquisa intitulada “O término do tratamento em um serviço de Saúde Mental” foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o CAAE número 71092417.9.000.5346 e parecer número 2.234.499 (ANEXO A), cumprindo os padrões éticos exigidos.

Tal estudo caracterizou-se como qualitativo, analisando fenômenos ou processos que não podem ser reduzidos a variáveis, considerando-os nas suas determinações e transformações pelos sujeitos (MINAYO, 2014). Uma vez que se pode criar conhecimento a partir da realidade presente em determinado campo social, buscou-se conhecer a percepção de profissionais acerca do tratamento a usuários de um CAPS II, enfocando a alta.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial localizado no interior do Rio Grande do Sul. O CAPS em questão é do tipo II, o qual, segundo a portaria 336 do ano de 2002, se encontra em cidades de médio porte, e pode atender até 45 pacientes por dia. O funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas, estendendo-se até às 20 horas nas Quartas-Feiras, quinzenalmente, para realização de um grupo de familiares. A equipe é composta por duas enfermeiras, duas assistentes sociais, uma fisioterapeuta, duas psicólogas (sendo uma compartilhada com outro serviço), uma técnica de enfermagem, uma técnica em saúde mental, uma médica psiquiatra e duas funcionárias do quadro administrativo, bem como estagiários e residentes de diversas profissões.

O CAPS funciona com os mais variados tipos de atendimentos para a (re)inserção dos usuários, porém seguindo a lógica dos atendimentos em grupo. O grupo pode ser entendido como um conjunto de pessoas reunidas com o intuito de realizar determinada atividade, seja ela operativa ou em forma de diálogo. Os grupos recriam ambientes vivenciados pelos usuários, sejam eles familiares ou sociais, possibilitando até o desenvolvimento de habilidades, tornando-se um inovador e diferenciado método terapêutico de cuidado (MAXIMINO, 2001).

Os grupos desenvolvidos no âmbito do serviço são os de caminhada, grupo de mulheres, grupo de homens, artesanato, resgate, psicoterapêuticos, Gestão Autônoma de Medicação (GAM), rádio, leitura, pinturas, economia solidária, relaxamento, poesia, esportes, música e dança, grupo de familiares, horta e culinária. Os grupos citados utilizam-se de variadas metodologias, como por exemplo o diálogo, nestes grupos, os usuários e/ou familiares são encorajados a manifestar suas angústias, suas necessidades e suas vitórias pessoais (KANTORSKI; MACHADO; OLIVEIRA, 2000).

Além dos grupos mencionados, são realizadas consultas médicas e escutas terapêuticas individuais, que se tratam de um método de incentivo à comunicação entre o profissional e o usuário, tornando-se um evento dinâmico que exige determinado esforço por parte do ouvinte para que este identifique as demandas do usuário (WATANUKI; TRACY; LINDQUIST, 2006; MESQUITA; CARVALHO, 2014). Ainda, o CAPS media as internações hospitalares, realiza apoio familiar e Visitas Domiciliares (VD) aos usuários e família e aos usuários em internação hospitalar.

Importante salientar que, no município em que se localiza o CAPS, este é o único destinado ao tratamento de transtornos mentais graves, o que resulta na existência de uma grande demanda a serviço, situação que é agravada pela precariedade da rede de atenção existente.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com um roteiro preestabelecido que incluiu questões sobre o papel do CAPS, o tratamento em saúde mental e o processo de alta (ANEXO B). Os participantes foram sete profissionais do CAPS II que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo um ano de trabalho no local, fazer parte da equipe técnica e exercer função de profissional de referência. Os critérios de exclusão aplicaram-se aos estagiários, demais residentes, profissionais com menos de um ano no CAPS e a equipe administrativa atuante.

Os profissionais entrevistados foram: uma fisioterapeuta, duas psicólogas, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma técnica em saúde mental. Estes profissionais atuam no CAPS com uma variação de um até nove anos. Alguns destes são funcionários efetivos da prefeitura municipal e outros são trabalhadores que atuam por contrato. As entrevistas foram realizadas no período de 23/08/2017 até 04/09/2017 e os entrevistados foram identificados pela sigla TC (Trabalhador CAPS), seguido de um número romano. As entrevistas foram realizadas nas dependências do serviço com duração aproximada de 30 minutos cada.

Para análise dos dados foi utilizada a Proposta Operativa de Minayo (2014), caracterizada por dois níveis de interpretação. O primeiro momento interpretativo é composto pelo mapeamento do campo das determinações fundamentais na fase exploratória, que diz respeito ao contexto histórico do grupo social em questão. O segundo momento interpretativo foca o ponto de partida e de chegada da pesquisa, consiste na convergência com os fatos empíricos e é o momento em que se encontra nas falas dos

entrevistados o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações, buscando um significado cultural do grupo e um elo mais abrangente (MINAYO, 2014).

Para operacionalizar o segundo momento, foram seguidos os seguintes passos: ordenação dos dados, o qual consistiu na transcrição do material obtido, na releitura deste material e na organização das falas em determinada ordem, iniciando o processo de classificação, que é composto por quatro etapas. Leitura horizontal e exaustiva dos textos, que foi o primeiro contato com o material de campo por meio de leituras flutuantes, o que possibilitou a compreensão das estruturas de relevância e ideias centrais pelo pesquisador. O passo seguinte foi a leitura transversal, em que houve a separação de categorias, agrupadas por semelhança e estabelecidas as conexões entre elas. As questões da pesquisa nortearam esta fase de análise e deram origem às categorias criadas. A seguir, realizou-se a análise final, onde os dados obtidos foram relacionados e discutidos com o referencial teórico. Por fim, elaborou-se o Relatório, onde foi organizada a apresentação dos resultados do estudo (MINAYO, 2014).

3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1 PRINCIPAL PAPEL DO CAPS

Com esta questão, buscou-se saber o que os profissionais atuantes no CAPS elencam como papel principal deste serviço de saúde mental. Percebe-se nas falas coletadas dos profissionais que estes possuem um bom conhecimento teórico das políticas que embasam a saúde mental, tendo em vista que, dentre os termos utilizados, os mais evidentes foram a integralidade e a reinserção social, como elencam a lei 10.216/01 e a portaria 336/02.

“Atenção psicossocial. Conseguir fazer isso, trabalhar o sujeito de forma integral...” (TC I)

“Eu acho para mim, dar atendimento integral...para pessoas em sofrimento psíquico. Um atendimento multi visando a integralidade.” (TC II)

Quando atuamos no campo de saúde mental, com o foco na atenção psicossocial, deve-se ter estes conceitos como direcionadores do trabalho de um CAPS (COSTA-ROSA, LUZIO; YASSUI, 2001) e, no que tange à reinserção social, o serviço de saúde mental deve ser um “espaço meio” e não um “espaço fim”, ou seja, um espaço que possibilite a busca da cidadania para os usuários e que auxilie na reinserção social dos mesmos (COSTA; FIGUEIRO; FREIRE, 2014). Percebeu-se que estes conceitos a equipe apresentou com clareza, conforme evidenciado, por exemplo, pelas falas a seguir. Porém, com relação à prática, estas ações são também

colocadas como objetivos a serem atingidos, ou seja, desafios a serem enfrentados por estes profissionais.

“...Dar condições para uma inclusão digna na sociedade. ” (TC IV)

“Para mim o CAPS deveria ser um espaço de reabilitação psicossocial e reinserção...deveria proporcionar que os usuários tivessem experiências e atividades no território... que proporcionassem empoderamento e autonomia. ” (TC III)

3.2 TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Com esta questão, buscou-se analisar o entendimento dos entrevistados sobre o tratamento em saúde mental e especificamente sobre o tratamento dispensado aos usuários do CAPS. Dentre as falas percebe-se novamente que a equipe remete bastante à integralidade, que está sendo exercida por meio de um olhar atento e capaz de reconhecer as necessidades do usuário como um todo (MATTOS, 2004). Observou-se que esta ideia segue a premissa proposta por Basaglia, de colocar a doença entre parênteses e ampliar o olhar para o sujeito (AMARANTE, 1996).

“... Buscando ajudar na necessidade do usuário, buscando sua saúde mental, física e seu bem estar”
(TC VI)

“...Acontece quando tu consegue assistir ao usuário integralmente considerando a subjetividade, tem que ser visto na integralidade” (TC V)

Outra questão bastante citada com relação ao entendimento sobre tratamento em saúde mental foi a respeito da multidisciplinariedade como sendo um dos principais diferenciais no tratamento de um sujeito portador de um transtorno mental grave, entendendo a multidisciplinariedade como a articulação entre disciplinas e provocando uma troca de saberes entre núcleos profissionais distintos (MINAYO, 2001). Ratificado pelo conceito de “clínica ampliada” presente na Política Nacional de Humanização em que o usuário deve ser visto sempre em sua integralidade e apostando nos saberes das equipes compostas por diferentes núcleos profissionais (BRASIL, 2010)

“Não só a psicologia, não só a enfermagem. Saúde Mental é família... Saúde Mental é algo mais amplo”
(TC I)

“ Na minha opinião trabalhar a clínica ampliada” (TC II)

Continuando a análise sobre o tratamento em saúde mental, outro aspecto abordado pelos participantes diz respeito ao papel dos psicofármacos no tratamento. Os entrevistados citaram que o tratamento em saúde mental deve ser algo mais amplo e não somente centrado nos medicamentos. No tratamento em Saúde Mental, o medicamento deve inserir-se em um plano maior, não sendo o principal foco, pois devem ser incluídas outras abordagens e outras atividades (ONOCKO-CAMPOS et.al. 2012). Kantorski et. al. (2011) ressalta também a importância deste cuidado na inserção dos psicofármacos, e traz a importância também de outras práticas terapêuticas que valorizem o autocuidado e o estabelecimento de diferentes redes de apoio social.

“É algo muito complexo...Não é só o uso de medicação... o Tratamento abrange tudo”

(TC IV)

“Um tratamento em Saúde Mental, eu entendo que não deva envolver só medicação... Mas olhar a totalidade do sujeito”

(TC III)

3.3 USUÁRIO AUSENTE DO SERVIÇO

Para iniciarmos a discussão acerca da “alta”, indagamos aos profissionais sobre qual seria o procedimento adotado por cada um quando o usuário deixa de comparecer ao CAPS, buscando identificar se isto seria visto como uma alta do tratamento ou não. Pelas falas coletadas, evidenciou-se que, quando isso ocorre, é necessário descobrir o motivo da ausência deste usuário.

“Primeiro lugar procuro me informar e segundo lugar fazer uma busca para ver o que houve”

(TC VII)

“Há uma preocupação...tentativas de contato através de busca ativa...para se ter ciência do que está ocorrendo” (TC IV)

“Depende o usuário...se ele deixa de vir tentamos descobrir o motivo, fazer busca ativa... não tem como generalizar. Se eu sei que a pessoa não quer eu percebo que ela não quer aderir... Se eu sei que a pessoa está em crise de repente ela não está em condições de vir se faz busca e visita domiciliar para entender o motivo da não adesão” (TC II)

Nas falas percebe-se que, quando o usuário deixa de ir ao serviço, isso não é diretamente encarado como “alta do serviço” e que os profissionais procuram entender o que motivou o

usuário a não comparecer mais ao CAPS, e para tal utilizam-se de outro importante instrumento no cuidado ao usuário, a Visita Domiciliar (VD). Esta prática consiste em ações sistematizadas que tem por intuito viabilizar o cuidado em saúde, constituindo-se de um momento rico e com grande troca de experiências (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2013), o que pode ser entendido como um instrumento no cuidado de saúde mental (LOPES; MASSAROLI, 2008).

No entanto, houve uma profissional que relatou uma experiência diferenciada em relação à ausência de um usuário no serviço.

“Tive uma experiência recente de um usuário que deixou de vir ao serviço... esse usuário retornou ao trabalho, a esposa ganhou bebê. O que eu vi foi o brilho no olhar dele como quando alguém consegue se reinserir na sociedade autonomamente, eu vejo como algo positivo...É positivo o afastamento até para fazer novos vínculos...nesse caso, via-se como o CAPS pode ser adoecedor.

(TC III)

Por estas falas, principalmente pela última, pode-se perceber que a saída de um usuário é em geral vista como algo impossível e por vezes até temida pelos profissionais, mostrando inclusive uma relação de dependência. Todavia, precisa-se ter em mente que um dos principais papéis do CAPS é a articulação de redes de apoio no próprio território do usuário (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

3.4 A ALTA DO SERVIÇO

Para a última categoria escolhida, entraremos nas questões referentes às altas do CAPS e como ocorrem estas altas. Para isso, foi pedido aos profissionais do serviço que falassem sobre qual seria a sua concepção sobre a “alta” e em seguida ocorreu o questionamento sobre como ocorrem e se ocorrem altas do serviço. Percebe-se na análise das falas dos profissionais que o termo “alta” gera, uma certa preocupação nos profissionais, principalmente com a desassistência que poderá ocorrer a este usuário.

“ O CAPS é tipo II, que atende transtornos graves e persistentes. Se partir dessa lógica, que muitos profissionais entendem, sugerem que o usuário será sempre do CAPS. Sugere que não existe alta. Vendo a reabilitação psicossocial o sujeito pode ter alta sim... Fazer o tratamento e reinserir na vida com o tratamento... Renovar as receitas na atenção básica... Foram encaminhados um grupo de 10 ou 15 usuários para renovação de receitas na atenção básica... em três ou quatro meses 4 destes usuários apresentaram crise e reinternaram, alguns a UBS reencaminhou ao CAPS... somente um deu certo. Pensamos: será que atenção básica está preparada?”

(TC I)

“...Nossa alta é complexa... tem a ver com a estabilização do sintoma, quando o usuário pode não precisar mais do CAPS e fazer tratamento na rede básica por exemplo... As altas do CAPS na minha visão são poucas acredito ser uma dificuldade do usuário e da equipe... a rede de saúde não está preparada para receber esse usuário... Damos poucas altas por diversas dificuldades da rede”

(TC II)

“Na minha visão nem os funcionários estão preparados para alta dos pacientes”

(TC IV)

Percebe-se pelas falas dos entrevistados que há preocupação com a questão das redes para a continuidade do acompanhamento desse usuário. Considerando o disposto na portaria 3.088/11, a rede de atenção psicossocial deve ser diversificada em todas as esferas de atenção, e a mesma possuindo diversas modalidades para a atenção do usuário, servindo tanto como portas de entrada quanto como caminho a ser percorrido por tal usuário. Conforme a legislação, no serviço do CAPS caberiam permanecer apenas casos de psicoses graves, pois casos estabilizados poderiam ser encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Salienta-se que a “crise” faz parte da vida, e que pode ocorrer em qualquer indivíduo, porém nem todos os casos devem necessariamente ser encaminhados ao CAPS, pois pensando em uma lógica de formação de redes de saúde o “poder” do ESF do cuidado no território é maior do que de um CAPS (LANCETTI; AMARANTE, 2012), cabendo insistir na potência dos serviços, na capacidade de auxiliarem os sujeitos na crise e subsidiar a criação de novas relações (PEREIRA; SA; MIRANDA, 2014), tanto relações entre os serviços quanto as relações informais com a sua própria comunidade.

No entanto, o desconhecimento e o despreparo dos profissionais atuantes na atenção básica resultam em ações deficitárias para o cuidado dessa demanda, sobrecarregando o serviço do CAPS (PINI; WAIDMAN, 2012). As fragilidades da rede de atenção psicossocial acarretam dificuldades para a construção de um projeto “para fora” do CAPS, de forma que o tratamento e projeto terapêutico ficam limitados às possibilidades internas do serviço (WETZEL et. al. 2011).

Entende-se como “para fora” a tão citada reinserção social que deve consistir na retomada da autonomia do sujeito, fazendo com que este circule por espaços para fora do CAPS e conquiste sua liberdade, a fim de estabelecer novas relações sociais e ocupar espaços dentro da própria comunidade (MIELKE et. al. 2014). Com relação a isso, retomamos o termo

proposto por Wetzel et. al (2011), “enCAPSulados”, para se referir ao perigo que espreita as equipes de saúde mental que trabalham nos serviços substitutivos. Esse termo reflete esta problemática complexa que envolve o processo de alta e provoca reflexões acerca da própria reinserção social, tão destacada pela equipe em seu discurso, mas ainda difícil de ser concretizada, permanecendo os riscos de reprodução de velhas práticas.

A esse respeito, é preciso enfatizar que o CAPS deve poder contar com o suporte fornecido pela rede de Atenção Psicossocial, visto que esta é composta por diversos serviços, não somente de saúde, mas intersetorial, como serviços da assistência a exemplo dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Este talvez seja um aspecto central para a superação de dificuldades relacionadas à alta do CAPS, pois alguns dos profissionais mencionaram algumas tentativas de alta do serviço, todavia a grande maioria dos usuários retornou ao CAPS por despreparo da própria rede para absorver as demandas destes usuários.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho, que teve por objetivo conhecer como ocorre e se ocorre o término de tratamento em um CAPS II, observou-se com base nas falas dos entrevistados que a “alta” ainda é um processo bastante difícil para os processos de trabalho existentes neste CAPS, seja por falta de preparo interno, seja por deficiência da própria rede ou por dificuldades dos usuários. Diante disso, considera-se que são necessárias mudanças nestes processos de trabalho, inclusive sendo este um dos objetivos do programa de residência multiprofissional, que pode contribuir para a superação das dificuldades encontradas.

Do ponto de vista das dificuldades internas do CAPS com relação ao processo de alta, identificou-se o receio dos profissionais de saúde mental, após tentativas frustradas de altas, de que este usuário entre em crise e não seja assistido no território. Além disso, também foi mencionado o despreparo de alguns profissionais em proceder com processos que viabilizem a alta. A isso somam-se as dificuldades e deficiências da própria rede em absorver a demanda, porém, sinaliza-se para a importância do processo de alta do serviço do CAPS, processo este que deve ser encarado como parte integrante do tratamento dispensado ao usuário.

Esse processo de trabalho precisa ser de corresponsabilidade de todos os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não somente de um serviço específico. Para tal, é preciso estimular a quebra de paradigmas no que tange à saúde mental, trabalho em redes e práticas como a do matriciamento da atenção básica. Investindo nos processos de alta e

estimulando o usuário a buscar novos vínculos, estaremos realizando o principal papel do CAPS, a reinserção social deste indivíduo seja na comunidade, trabalho ou família, sendo o sujeito protagonista também neste processo da criação das próprias redes de suporte sendo elas formais no que tangem os serviços de saúde ou informais no que dizem respeito à própria rede de suporte familiar e em seu território.

Acredita-se que o presente estudo contribuiu para que os profissionais refletissem sobre suas práticas, visto que esta temática é pouco abordada, existindo inclusive pouca produção científica sobre a mesma. Desta forma, enfatiza-se que esta reflexão precisa ter continuidade para que as práticas possam ser qualificadas nos serviços, e que a produção científica sobre o tema possa ser incrementada, contribuindo para a superação destas problemáticas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Rumo ao fim dos manicômios**. Revista Mente & Cérebro, 164, p. 30-35, 2006.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BARBOSA, G. S. **Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª Série: Validação e aplicação do questionário do índice de Resiliência: Adultos Reivich-Shatté/Barbosa**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2006.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 [Lei Paulo Delgado]. Dispõe sobre as condições para promoção, 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, 09 abr. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3.088. Instituí 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**. Diário Oficial da União, 30-12-2011.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad**. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Diário Oficial da União, 19-02-2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: 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. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1444-0

CECCARELLI, P. **O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque; FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. **O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso**. Temas psicologia, Ribeirão Preto, v. 22, n.4, p.839-851, dez.2014. Disponível em: epsic.bvsalud.org/scielo. Acesso em 16 junho e 19 de setembro de 2017. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-13>.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. **As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial**. Saúde em Debate, v. 25, n.58, p.12-25, 2001.

GUIMARÃES, A. N. et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem**. Texto contexto - enferm.[online]. 2013, vol.22, n.2, pp. 361-369 ISSN 0104-0707.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100036&lng=en

&nrm=iso>.. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>. Access on 02 July 2017.

KANTORSKI, L.P; MACHADO, A.T; OLIVEIRA, C.A. **Centro de atenção psicossocial- reinventando o cuidado em saúde mental**. *Texto & Contexto Enferm.* 9(1): 233-43; 2000.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. **Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira**. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.45, n.6, p.1481-1487, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600029&lng=en&nrm=iso>.

LANCETTI, P; AMARANTE, A. *Saúde Mental Coletiva* in CAMPOS G.W. de S; et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec. p 661-680; 2012.

LOPES WO, SAUPE R, MASSAROLI A. **Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa**. *Cienc Cuid Saud [periódico online]* 2008.

MATTOS, RUBEN ARAUJO de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct. 2004. Available from www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 Oct. 2017.

MAXIMINO, V. S. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001

MELLO, R; FUREGATO ARF. **Representações de usuário, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial**. *Revista de Enfermagem da escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 457-464, 2008.

MESQUITA, A.C; CARVALHO, E.C. de A. **Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa**. *Rev. esc. enferm. USP*[online]. vol.48, n.6, pp. 1127-1136. ISSN 0080-6234. 2014.

MIELKE, F. B; KANTORSKI, L. P; OLSCHOWSKY, A. and JARDIM, V. M. da R. **Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais**. *Trab. educ. saúde (Online)* [online]. 2011, vol.9, n.2 [cited 2016-12-07], pp.265-276. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006>.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ONOCKO-CAMPOS RT, FURTADO J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1053-62.

ONOCKO-CAMPOS, ET.AL. **Guia Da Gestão Autônoma Da Medicação – GAM – DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE IPUB/ UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS**, 2012.

OLIVEIRA, ELIAS BARBOSA DE; MENDONÇA, JOVANA LUCIA SCHETTINI. **Visão de familiares de Usuários de um Hospital Psiquiátrico Sobre A Visita Domiciliar** Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online); 5(1): 3531-3538, jan.-mar. 2013.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; SA, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. **Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 10, p. 2145-2154, out. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002145&lng=pt&nrm=iso>.

PINI, JÉSSICA DOS SANTOS AND WAIDMAN, MARIA ANGÉLICA PAGLIARINI. **Fatores Interferentes nas Ações da Equipe Da Estratégia Saúde da Família ao Portador De Transtorno Mental.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 372-379. ISSN 0080-6234.

RESENDE H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: Bezerra BJ. Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987:1-73.

RIBEIRO, S. L. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2004, vol.24, n.3, pp.92-99. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos.** História, Ciências, SaúdeManguinhos. Rio de Janeiro, vol. 9(1) , jan. - abr., 2002,pp.25-29.

WATANUKI ,M.F; TRACY. R; LINDQUIST, R. Therapeutic listening. In: Tracy R, Lindquist R. **Complementary alternative therapies in nursing.** New York: Springer; p. 45-55;2006.

WETZEL, Christine et al . Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2133-2143, Apr. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000400013&lng=en&nrm=iso>. Access on 14 July 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). **Mental Health: strengthening our response.** Fact sheet N° 220.

ANEXOS**ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O Término de tratamento em um serviço de saúde mental.

Pesquisador: HECTOR OMAR ARDANS BONIFACINO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71092417.9.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.234.499

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Depto de Psicologia/ CCSH. É um estudo qualitativo a ser desenvolvido no CAPS II Prado Veppo, com os profissionais que atuam no local. A amostra não probabilística. A coleta de dados prevê entrevistas com os sete profissionais que atuam no local e análise documental. Para a análise das entrevistas o estudo segue o preconizado por Minayo (1994).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar e refletir sobre o processo de desligamento de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto aponta os riscos mínimos e benefícios da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados de forma adequada.

Recomendações:

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_BASICAS_D O_P RÓJETO_939360.pdf	15/08/2017 10:46:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/08/2017 10:45:33	HECTOR OMAR ARDANS BONIFACINO	Aceito
Outros	termo.pdf	12/08/2017 14:15:51	HECTOR OMAR ARDANS BONIFACINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCR.pdf	12/08/2017 14:12:50	HECTOR OMAR ARDANS BONIFACINO	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma.pdf	03/07/2017 16:16:29	HECTOR OMAR ARDANS BONIFACINO	Aceito
Outros	GAP.pdf	03/07/2017 16:15:04	HECTOR OMAR ARDANS BONIFACINO	Aceito
Outros	NEPeS.pdf	03/07/2017 16:05:31	HECTOR OMAR ARDANS BONIFACINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 23 de Agosto de 2017

Assinado por: CLAUDEMIR DE QUADROS**(Coordenador)**

ANEXO B- Roteiro das Entrevistas aos Trabalhadores do CAPS II

- 1- Na sua concepção, qual é o principal papel do CAPS?
- 2- Para você, o que é um tratamento em saúde mental?
- 3- Quando um usuário deixa de vir ao serviço, como é visto esse comportamento e que medidas são tomadas?
- 4- O que entende por “alta”?
- 5- Sabe informar se acontecem e como acontecem as altas do CAPS?