UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELO AUGUSTO DE MEDEIROS LOURENÇO

As reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

RIBEIRÃO PRETO

2018

MARCELO AUGUSTO DE MEDEIROS LOURENÇO

As reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em ciências, Programa de Pós-graduação em Enfermagem psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Célia Fiorati.

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Lourenço, Marcelo Augusto de Medeiros

As reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ribeirão Preto, 2018.150p.:il.;30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Prof^a. Dra. Regina Célia Fiorati.

1. Saúde Mental; 2. Hospitalização; 3. Atenção Psicossocial; 4. Centro de Atenção Psicossocial; 5. Intersetorialidade

LOURENÇO, Marcelo Augusto de Medeiros.

As reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: ____/____/____.

Comissão julgadora.

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho In memorian à Suzana Gama, amiga de graduação que em todo seu apoio mostrou a grandeza dos pequenos encontros e desencontros do cotidiano, da leve brisa que são os gestos e os carinhos. Seu companheirismo das aulas, das festas e sua dedicação à vida são meus propulsores à dedicação aos meus sonhos.

Obrigado.

Agradecimentos.

À minha orientadora, Prof. Dra. Regina Célia Fiorati pela oportunidade, por me orientar e mostrar todos os caminhos necessários para chegar até aqui. Muito obrigado por acreditar em mim.

Aos gestores, profissionais, familiares e usuários dos CAPS II e III de Ribeirão Preto por permitirem que eu entrasse um pouco em suas vivências e experiências, autorizando eu a compartilhá-las nesta dissertação.

Aos meus pais, Athos e Aurea, pelo apoio ofertado durante o período de produção do mestrado, pelas palavras e gestos de incentivo.

Ao meu irmão Athos, pela sua disponibilidade e generosidade em ir entregar a documentação para a inscrição no processo do mestrado em meu momento de adoecimento, sem ele essa pesquisa nunca teria começado.

Ao antigo coordenador da Unidade Intensiva de Psiquiatria (UNIPS) do Hospital Vera Cruz, Rubens Berlitz e a antiga coordenadora do Hospital Dia da mesma instituição, Bruna Leite, pela empolgação, pelo incentivo e por disponibilizar horas do meu trabalho para que eu pudesse me dedicar a esta pesquisa.

A todos os diretores, equipe técnica e equipe geral do Hospital Vera Cruz pelo apoio, pelas conversas e pelo incentivo.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho Gabriel Bartolomeu, Renata Bazzo, Bianca Pereira, Carlos Eduardo Murakami (CADU), Darlene Ribeiro e Luiza Truchym pelos momentos de lazer, pelos grupos de estudos, pelas conversas e risadas descontraídas que tanto me impulsionaram nesta empreitada.

Aos meus amigos de graduação Frank Defanti, Fernanda Guarnieri, Bianca Boni, Larissa Dias, Dionne Freitas e Bento Machado pelo apoio desde a faculdade, pelas risadas, bares, conversas e revisões tanto pedidas.

À minha amiga Alessandra Silveira Valim, pela sua amizade pelas acolhidas em Ribeirão quando precisei, pelas conversas, risadas, bares e cartas de tarot que tanto me auxiliaram nos bons e nos momentos difíceis.

Às minhas amigas Debora Cristina Mantovani, Carolina Ferreira Franco Muller e Cristiane Santos Berteloni pelo apoio, pelos momentos de desabafo e risadas tão necessários em minha trajetória.

À gerência e a equipe do CAPS adulto II Vila Matilde, pelo apoio e compreensão ao disponibilizar minhas horas de trabalho para esta pesquisa.

RESUMO

LOURENÇO, M.A.M. As reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2018. 150p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2018

As concepções sobre a loucura, bem como as intervenções em seus cuidados vem sofrendo reformulações de acordo com seu período sociocultural. A partir de 1990 foi implementada a Reforma Psiquiátrica no Brasil, dando inicio a política de desinstitucionalização dos manicômios e da reinserção social do sujeito com transtorno mental e da diminuição dos leitos psiquiátricos. Entretanto, verifica-se alguns desafios na consolidação da reforma, entre eles, as reinternações em hospitais psiquiátricos, as quais trazem consequências como o enfraquecimento dos princípios da reforma e o fortalecimento do modelo asilar. Este estudo teve como objetivo geral Analisar os fatores que favorecem a reinternação hospitalar psiquiátrica e verificar se as dificuldades enfrentadas pelos CAPS e RAPS do município de Ribeirão Preto-SP estão relacionadas a esse processo. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza predominantemente qualitativa, com uma etapa quantitativa. O estudo foi desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e III do município de Ribeirão Preto-SP. Os participantes da pesquisa foram: usuários dos CAPS selecionados com acima de duas reinternações psiquiátricas, os familiares desses usuários e profissionais da assistência dos serviços selecionados para o estudo. Os instrumentos de coleta de dados foram: levantamento documental em prontuários e e no Sistemas Informatizado de Dados de Saúde Mental (SISAM 13), questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas. A coleta de dados se caracterizou em um primeiro momento, correspondente a etapa quantitativa, por um levantamento documental nos prontuários para identificação dos sujeitos com altos índices de reinternação e no SISAM 13 para caracterização do perfil das internações psiquiátricas; e em um segundo momento, correspondente a etapa qualitativa, foi aplicado três roteiros de entrevistas semiestruturadas, para os usuários participantes, seus familiares e profissionais dos CAPS selecionados nesse estudo. Os dados quantitativos foram analisados com base na análise estatística dos dados por meio de análise das variáveis pré-estabelecidas. A análise dos dados qualitativos foi embasada na análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apresentam as seguintes categorias analíticas: não adesão ao tratamento no serviço substitutivo; relações e suporte familiar, episódio de intenso sofrimento psíquico e seu lugar de pertencimento, aspectos além do setor de saúde, organização e funcionamento da RAPS, as quais se desdobram em oito categorias empíricas. A partir da análise dos dados, constatou-se uma combinação de carências que promovem a reinternação psiquiátrica.: dificuldades nas relações familiares, iniquidades sociais, ineficiência na articulação entre os serviços da saúde e ineficiência na articulação intersetorial. Este cenário favorece a centralização do hospital como recurso mais utilizado pelo sujeito em crise psíquica. A reinternação psiquiátrica aponta deficiências

dos serviços e RAPS no desenvolvimento dos princípios da reforma psiquiátrica e identifica a necessidade da construção de estratégias para o fortalecimento da reabilitação psicossocial.

Descritores: Saúde Mental; Hospitalização; Atenção Psicossocial; Centro de Atenção Psicossocial; Intersetorialidade

ABSTRACT

LOURENÇO, M.A.M. Psychiatric hospital readmissions in the context of the consolidation of the Psychosocial Care Centers (CAPS) and the Psychosocial Care Network (RAPS). 2018. 150p. Dissertation (Masters)- University of São Paulo at Ribeirão preto College of Nursing, Ribeirão preto, 2018.

Conceptions about madness as well as interventions in their care have been reformulated according to their sociocultural period. From 1990 the Psychiatric Reform in Brazil was implemented, starting the policy of deinstitutionalization of the asylums and the social reintegration of the subject with mental disorder and the decrease of the psychiatric beds. However, there are some challenges in consolidating the reform, including rehospitalization in psychiatric hospitals, which have consequences such as the weakening of reform principles and the strengthening of the asylum model. This study aimed to identify the factors that lead people with mental disorder to reintroduce in hospitals, in the context of Psychosocial Care from the perspective of users of psychosocial care centers, family members and professionals. It is an exploratory descriptive study of predominantly qualitative nature, with a quantitative stage. The study was developed at the Centers for Psychosocial Care (CAPS) II and III in the city of Ribeirão Preto-SP. Participants in the survey were: users of CAPS selected with more than two psychiatric rehospitalizations, their relatives and care professionals selected services for the study. The instruments of data collection were: documentary survey in medical records and in the Computerized Data Systems of Mental Health (SISAM 13), sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews. The data collection was characterized in a first moment, corresponding to the quantitative stage, by a documentary survey in the records for identification of persons with high readmission rates and in SISAM 13 to characterize the profile of psychiatric hospitalizations; and in a second moment, corresponding to the qualitative step, three semi-structured interview scripts were applied, for the participants users, their relatives and professionals of the CAPS selected in this study. The quantitative data were analyzed based on the statistical analysis of the data through analysis of the pre-established variables. Qualitative data analysis was based on the Bardin content analysis. The results have the following analytical categories: The results show the following analytical categories: non-adherence to treatment in the substitutive service; relationships and family support, intense psychic suffering and their place of belonging, aspects besides the health sector, organization and functioning of the RAPS, which unfold in eight empirical categories. From the analysis of the data, a combination of deficiencies that promote the psychiatric rehospitalization were verified: difficulties in family relations, social inequities, inefficiency in the articulation between the health services and inefficiency in the intersectorial articulation. This scenario favors the centralization of the hospital as a resource most used by the subject in psychic crisis. Psychiatric rehospitalization points to deficiencies in services and RAPS in the development of the principles of psychiatric reform and identifies the need to build strategies for strengthening psychosocial rehabilitation.

Descriptors: Mental health; Hospitalization; Psychosocial Attention; Mental Health Services; Intersectoriality

RESUMEN

Lourenço, M.A.M. **Las reinternaciones psiquiátricas hospitalarias en el contexto de la consolidación de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y de la Red de Atención Psicosocial**. 2018. 150h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Las concepciones sobre la locura, así como las intervenciones en sus cuidados vienen sufriendo reformulaciones de acuerdo con su período sociocultural. A partir de 1990 se implementó la Reforma Psiquiátrica en Brasil, dando inicio a la política de desinstitutionalización de los manicomios y de la reinserción social del sujeto con trastorno mental y de la disminución de los lechos psiquiátricos. Sin embargo, se observan algunos desafíos en la consolidación de la reforma, entre ellos, las reinternaciones en hospitales psiquiátricos, que traen consecuencias como el debilitamiento de los principios de la reforma y el fortalecimiento del modelo asilar. Este estudio tuvo como objetivo general identificar los factores que llevan al sujeto con trastorno mental a reinternarse en hospitales, en el contexto de la Atención Psicosocial a partir de la mirada de los usuarios de los centros de atención psicosocial, de los familiares de los usuarios y de los profesionales. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de naturaleza predominantemente cualitativa, con una etapa cuantitativa. El estudio fue desarrollado en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) II y III del municipio de Ribeirão Preto-SP. Los participantes de la investigación fueron: usuarios de los CAPS seleccionados con más de dos reinternaciones psiquiátricas, los familiares de esos usuarios y profesionales de la asistencia de los servicios seleccionados para el estudio. Los instrumentos de recolección de datos fueron: levantamiento documental en prontuarios y en el Sistema Informatizado de Datos de Salud Mental (SISAM 13), cuestionario sociodemográfico y entrevistas semiestructuradas. La recolección de datos se caracterizó en un primer momento, correspondiente a la etapa cuantitativa, por un levantamiento documental en los prontuarios para identificación de los sujetos con altos índices de reinternación y en el SISAM 13 para caracterización del perfil de las internaciones psiquiátricas; y en un segundo momento, correspondiente a la etapa cualitativa, se aplicaron tres itinerarios de entrevistas semiestructuradas, para los usuarios participantes, sus familiares y profesionales de los CAPS seleccionados en ese estudio. Los datos cuantitativos se analizaron sobre la base del análisis estadístico de los datos mediante el análisis de las variables preestablecidas. El análisis de los datos cualitativos se basó en el análisis de contenido de Bardin. Los resultados presentan las siguientes categorías analíticas: no adhesión al tratamiento en el servicio sustitutivo; las relaciones y el apoyo familiar, el episodio de intenso sufrimiento psíquico y su lugar de pertenencia, aspectos más allá del sector de salud, organización y funcionamiento de la RAPS, que se desdoblan en ocho categorías empíricas. A partir del análisis de los datos, se constató una combinación de carencias que promueven la reinternación psiquiátrica: dificultades en las relaciones familiares, iniquidades sociales, ineficiencia en la articulación entre los servicios de salud e ineficiencia en la articulación intersectorial. Este escenario favorece la centralización del hospital como recurso más utilizado por el

sujeto en crisis psíquica. La reinternación psiquiátrica apunta deficiencias de los servicios y RAPS en el desarrollo de los principios de la reforma psiquiátrica e identifica la necesidad de la construcción de estrategias para el fortalecimiento de la rehabilitación psicosocial.

Descriptores: Salud Mental, hospitalización; Atención Psicosocial; Centro de Atención Psicosocial; intersectorial

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Diferença entre o porte populacional e as atividades dos CAPS.....	27
Figura 02- Organização dos serviços que compõem a RAPS.....	32
Figura 03- Instrumento para extração dos dados relevantes para seleção dos artigos.....	36
Figura 04- Procedimento de coleta de artigos da revisão integrativa de literatura.....	37
Figura 05 – Localização do Município de Ribeirão Preto/SP.....	55
Figura 06 – Distribuição dos distritos de saúde do Município de Ribeirão Preto/SP.	56
Figura 07- Diagrama elaborado para demonstrar o processo de análise dos dados do estudo.....	74
Figura 08- Internações por sexo realizadas no município de Ribeirão Preto no período de 2012 a 2015.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Apresentação dos artigos selecionados por meio da revisão integrativa da literatura.....	38
Tabela 02- Grade de atividades realizadas no CAPS Adulto III do município de Ribeirão Preto-SP no ano de 2017.....	63
Tabela 03 – Sistematização da análise de dados: categorias analíticas e categorias empíricas.....	73
Tabela 04 - Internações realizadas pelos municípios pertencentes à RRAS Aquífero Guarani, no período de 2012 a 2015.....	79
Tabela 05- Motivo dos encaminhamentos para internação psiquiátrica hospitalar no período de 2012 a 2015 no município de Ribeirão Preto-SP.....	79
Tabela 06- Total de solicitações de internações psiquiátricas realizadas pelo CAPS II e III no período de 2012 a 2015.....	82
Tabela 07– Idade, sexo, estado civil e escolaridade dos usuários reinternantes dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP (n=10), 2017....	84
Tabela 08 – Ocupação e constituição familiar dos usuários reinternantes dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP	85
Tabela 09 – Reinternações psiquiátricas dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP	87
Tabela 10 – Diagnósticos levantados no prontuário e Serviços de Atenção à Saúde, respondidos pelos usuários reinternantes dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP	88
Tabela 11- Idade, sexo e grau de parentesco dos familiares dos usuários dos Centros de atenção psicossocial tipo I e II de Ribeirão Preto-SP	89
Tabela 12. Tabela 12- Idade, sexo e profissão dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto-SP.....	90

Tabela 12 – sistematização das categorias analíticas e empíricas construídas a partir da análise de conteúdo.	92
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.

Centro de atenção Psicossocial	CAPS
Centro de atenção psicossocial tipo II	CAPS II
Centro de atenção psicossocial tipo III	CAPS III
Criação de vagas de psiquiatria	CVP
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature	CINAHL
Diretório Regional de Saúde	DRS
Diretório Regional de Saúde XII	DRS XIII
Estado de São Paulo	SP
Estado do Rio Grande do Norte	RN
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	FMRP-USP
Literatura Latino America e do Caribe em Ciências da Saúde	LILACS
Medical Literature Analysis and Retrieval System Online	MEDLINE
Organização mundial de Saúde	OMS
Projeto terapêutico singular	PTS
Rede de atenção à saúde	RAS
Rede de atenção psicossocial	RAPS
Serviço Hospitalar de Referência	SHR
Serviços de Residência Terapêutica	SRT
Sistema de Informação para Saúde Mental	SISAM 13
Sistema Único de Saúde	SUS
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
Unidades básicas distritais de saúde	UBDS
Unidade de pronto atendimento	UPA
Unidade saúde da família	USF

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1.0 Introdução	21
1.1. revisão da literatura	34
2.0. Referencial teórico	46
3.0. Objetivos	51
3.1. Objetivos gerais	52
3.2. Objetivos específicos	52
4.0. Percurso Metodológico	53
4.1. Tipo de estudo	54
4.2. Cenário do estudo	54
4.2.1 A rede de saúde mental de Ribeirão Preto	56
4.2.2 OS locais de estudo	60
4.3. Participantes do estudo	65
4.3.1 Critérios de Inclusão	67
4.3.2. Critérios de exclusão	67
4.4. Instrumentos para coleta de dados	68
4.4.1. Levantamento documental	68
4.4.2 Roteiro de entrevista semiestruturado	68
4.4.3 Gravador e armazenamento digital	69
4.5. Coleta de dados	70
4.6. Procedimentos para análise de dados	71
4.6.1 Análise do levantamento documental	71
4.6.2 Análise do conteúdo e organização de dados empíricos	71
5.0. Resultados	77
5.1. Dados sócio-demográficos: Mapeando o perfil da internação psiquiátrica hospitalar	78
5.2 Dados sócio-demográficos: caracterizando o perfil dos usuários, familiares e profissionais.	83
5.2.1. Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários com reinternações frequentes.	83
5.2.2. Caracterização e dados sociodemográficos dos familiares.	88
5.2.3. Caracterização e dados sociodemográficos dos profissionais.	90
5.3.1 Construção das categorias empíricas: sentidos e percepções dos fatores da reinternação hospitalar psiquiátrica.	92
5.3.1.1 Categoria analítica 01 - Não adesão ao tratamento nos serviços substitutivos.	92
5.3.1.2 Categoria analítica 02 - Relações e suporte familiar.	94
5.3.1.2.1 .Categoria empírica: Baixo suporte familiar.	94
5.3.1.2.2 Categoria empírica: A sobrecarga do familiar.	96
5.3.1.3. Categoria analítica 03 - O episódio de intenso sofrimento psíquico e seu lugar de pertencimento.	98
5.3.1.3.1 Categoria empírica: A crise no sofrimento psíquico.	98
5.3.1.4. Categoria analítica 04 - Os aspectos além do setor da saúde.	100
5.3.1.4.1. Categoria empírica: “Os estressores sociais”.	100
5.3.1.5 Categoria analítica 05 - A organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.	102
5.3.1.5.1 Categoria empírica: Rede de Atenção Psicossocial incipiente e investimento de recursos.	102
5.3.1.5.2 Categoria empírica: Baixa comunicação intersetorial.	104

5.3.1.5.3. Categoria empírica: Não apropriação da atenção básica do sujeito com transtorno mental e não fortalecimento da Atenção Básica.	105
6.0 Discussão	109
7.0. Considerações Finais	130
Referências	134
Apêndices	140
Anexos	150

Apresentação

O azul sempre foi uma cor forte em minha memória.

No início da década de 1990, a cidade de Franco da Rocha – onde nasci e permaneci até os dez anos – estava crescendo comercialmente e financeiramente. Mas, sempre que ia à feira, havia um clima estranho no ar: as pessoas, entre suas compras, cerravam os olhos e tentavam se afastar daqueles que estavam vestidos de azul.

Nos dias de semana, próximo ao meio-dia, a vizinhança fechava suas portas para assim evitar atender aos chamados e palmas de quem viesse trajando as tais vestes, compridas até os joelhos e com os pés descalços. Havia o mito de que poderia acontecer algo ruim, no momento entre ceder um copo d'água ou um prato de comida.

Apesar de ser considerado um lugar próspero, havia um clima tenso em Franco da Rocha. Pensava que era só por causa das “pessoas de azul”, as quais caminhavam solitárias, facilmente derrubáveis pelo vento de tão magras e frágeis. Porém, a mais leve menção de sua presença fazia fraquejar toda uma população. Nunca havia entendido aquele olhar dos meus vizinhos, mas hoje posso nomeá-lo: era *repulsa*.

Não compreendia o porquê de aquelas pessoas estarem ali, na rua, caminhando... Estariam falando com quem? Estariam vendo quem, ou o quê? Eu apenas observava que a cidade ia ganhando cada vez mais habitantes de vestes azuis.

Certa vez, meu avô (que trabalhava no que chamavam de “Quarta Colônia”) os chamou de “os loucos”. Os loucos, que ele levava para capinar o parque e agora não estavam mais no hospício. Por fim, “Loucos”. “Vestidos de azul”. “Hospício”. As palavras chamavam a minha atenção por um momento, depois se diluíam em outros pensamentos.

Seja por destino, acaso ou, como nos traz Freud, por algo “inconsciente”. Ou ainda, talvez, fosse “pelo nome do pai” (como afirma Lacan). Mas me vi graduado em Terapia Ocupacional e passei a entender a história da Saúde Mental e da loucura, no Brasil e também em projeção mundial. Percebi que a minha infância era algo recente em relação ao surgimento dos manicômios e à reinserção destas pessoas na comunidade. Fui então compreender que estavam caminhando nas ruas por não conseguirem encontrar seus familiares ou uma rede de suporte. Que pediam por comida porque muitas vezes não tinham acesso ao básico no Juquery. E vim a entender todas as estórias que meu pai, meus avós, tios, tias contavam sobre o período em que trabalharam no Complexo Hospitalar Dr. Franco da Rocha.

Durante a graduação fui me esgueirando como pude dessa trajetória familiar junto à loucura. Fatalmente, quando me dei conta já estava formado e cursando o aprimoramento de Terapia Ocupacional em Psiquiatria no Hospital do Servidor Público Estadual, onde fui alocado na seção de Enfermaria Psiquiátrica. Por fim, interessei-me conscientemente pelo tema e pelo espaço “Enfermaria”. Estar ali me lembrava os “vestidos azuis” da infância, porém, agora vestidos de *jeans*, jaquetas, utilizando *smartphones* e falando sobre as dificuldades cotidianas de seu trabalho como funcionários públicos. E mesmo com essas pessoas tão parecidas comigo, ainda havia entre elas sujeitos que haviam passado pelas estruturas manicomiais e traziam em sua aparência as marcas de sofrimento daquela época.

Minha pequena trajetória profissional assim se fez, na Saúde Mental e em sua maioria nas Enfermarias. Entrei para o Hospital Vera Cruz, no bairro Jaconã (Zona Norte de São Paulo), fundado na década de 1950 e também considerado manicômio. Seguindo a historicidade, o Hospital e as equipes com as quais atuei embasavam-se nos conceitos da Reabilitação Psicossocial, da Psicanálise Lacaniana, da importância da subjetividade e da autonomia, do olhar para o território e para outras questões além do sintoma aparente. Assumimos o discurso de que o cuidar e o papel da Enfermaria ia além da remissão dos sintomas psicóticos, maníacos ou depressivos.

Apesar de estar em uma equipe que se mantinha capacitada através de linhas de pesquisa de pós-graduação, de uma Instituição aberta a grupos de estudos, supervisões periódicas e que realizava um trabalho pautado na atenção psicossocial, fiz algumas observações pertinentes. Alguns “pacientes” retornavam após a alta, e não apenas uma, mas duas, três, quatro vezes ao ano. E eu percebia que a cada retorno estas pessoas se pareciam mais com os “vestes azuis” da minha infância, pareciam pessoas que não estavam ali, que não possuíam uma identidade reconhecida ou uma real autonomia em suas escolhas. E como isso se dava? Sempre que era concedida a alta médica, articulava-se uma continuidade junto à rede de atenção local e com os equipamentos substitutivos para a devida assistência na comunidade. Como, então, em um mês havia uma nova crise e eles estavam aqui novamente? Alguns “pacientes” simplesmente estavam alternando: mês dentro do hospital, mês fora. Como uma porta giratória. Buscando entender a dimensão da situação, foram criados grupos de ecomapa, grupos de psicoeducação e grupos nos quais compatilhávamos sobre os conceitos de “CAPS”, “CECCO”, “Hospital Dia”, “Rede de Atenção”. Acreditava tê-los instrumentalizado e pronto! Alta dada, encaminhamento feito e... Um mês depois, todos lá, novamente.

O questionamento do porquê o sujeito com transtorno mental, mesmo dentro de Centros e Redes de Atenção, retornava continuamente para a internação psiquiátrica – que mesmo contemporânea, traz em si as consequências da “instituição total” teorizada por Goffman – fez surgir em mim a constatação de que apenas a prática da clínica não poderia dar conta de explicar e compreender este processo. E com essa vivência e observação, não podendo aceitar que esse fenômeno das “vestes azuis” se perpetuasse socialmente sem uma investigação mais profunda, para suscitar discussões e reavaliações de métodos *a posteriori*, venho com o tema de pesquisa que deu origem a esse projeto. Uma indagação de infância, afinal, mas não menos pertinente.

“Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam a solta pela rua” (Machado de Assis, “O Alienista”).

Desde o conhecimento e identificação do conceito de “loucura”, as ações que derivam de seu andamento e os respectivos contratos de cuidados são pautados no processo histórico de cada sociedade, devendo, portanto levar em consideração todo um contexto social, político e cultural relacionado (FOUCAULT, 2003; NICÁCIO, 2001).

Dessa forma, é importante enfatizar que, em determinado momento, a atenção prestada às pessoas diagnosticadas com doença mental era de caráter excludente, embasada em critérios estritamente morais e por uma norma disciplinadora e alienante. Neste período não havia distinção entre os doentes mentais e outros sujeitos ditos “párias” da sociedade. Posteriormente a este período, as pessoas consideradas loucas eram marginalizadas em hospícios sob uma ótica de medicina reducionista, com cunho exclusivamente biológico, embasando seus conceitos nas descobertas recentes da psiquiatria e psicopatologia da época (MIRANDA-SÁ, 2007).

Para Amarante (2011), a concepção da ideia de “desrazão” e o estigma de risco à sociedade impostos ao louco, possibilitaram a institucionalização destas pessoas como forma única de tratamento, considerando a ação asilar como parte do processo de cuidados.

Com o surgimento do hospital no final do século XVIII, e com os conceitos de Pinel, na França, altera-se o *locus* de exclusão para um espaço de tratamento destes sujeitos, estabelecendo, assim, o tratamento moral como primeiro modelo de intervenção terapêutica (NICÁCIO, 2001 *apud* CIRINEU, 2016).

No Brasil com a vinda da Família Real (1808) e a Independência (1822), junto ao declínio da lavoura, dá início a um processo de êxodo rural que acaba promovendo o aumento da população urbana e fortalece o movimento econômico mercantil, deslocando o centro de poder econômico para os centros urbanos. Com as alterações dos padrões de convívio, ocorrem pressões sociais que passam a exigir um contexto disciplinador à circulação daqueles ditos “alienados”, como a necessidade da

manutenção da ordem das urbes em crescimento. Promoveram-se assim, mudanças nos padrões de controle social e políticas do século XIX. Logo, no Rio de Janeiro (capital na época), os considerados “desordeiros” tinham como destino a prisão ou as Santas Casas de Caridade. Somente em 1852, ocorre, por fim, a inauguração do Hospício D. Pedro II nesta cidade, sendo um dos primeiros equipamentos de cuidado específico aos doentes mentais (DALGALARRONDO, 2014).

A partir da eclosão do conhecimento e poder científico adquirido pela Psiquiatria e a reformulação da Psicofarmacologia no início do século XX, a doença mental é tida como uma alteração do campo biológico, o que fortaleceu a internação psiquiátrica (ainda no molde asilar), como estratégia e modelo hegemônico no tratamento à população com doença mental. A vinda da Psiquiatria ao Brasil, junto à necessidade de estabelecimento de uma ordem higienista, bem como o desejo de reconhecimento científico mundial, provocou uma corrente de crescimento de hospitais psiquiátricos, sendo uma porção de ordem privada (patrocinada por indústrias internacionais) e outra promovida pela assistência pública. Estes hospitais psiquiátricos eram quase sempre fundados a partir de uma estrutura asilar, proveniente das Santas Casas de Misericórdia.

As províncias do território nacional cuja documentação se conhece e que seguiram este modelo foram: Maranhão, 1841-1887; Pará, 1848-1889; Pernambuco, 1846-1888; Rio Grande do Sul, 1852-1885; São Paulo, 1848-1889. (MIRANDA-SÁ, 2007).

Entre os anos de 1965 e 1985, o Brasil estava no período da ditadura militar, momento em que ocorreram grandes transformações sociais, políticas e econômicas. Prevalece a assistência privada, com os leitos psiquiátricos sendo privatizados, visando sempre o lucro. Neste período, os manicômios começaram a receber junto aos seus pacientes habituais, os párias e presos políticos do contexto da ditadura. Dessa forma, termina por promover uma eclosão de movimentos sociais (LIMA, 2010).

Em cenário internacional e, influenciados pelos movimentos advindos da Segunda Guerra Mundial – Basaglia, na Europa e outros, nos Estados Unidos – seguiam para um modelo de desinstitucionalização. Nos Estados Unidos, surge a psiquiatria preventiva, com enfoque na Saúde Mental e não na doença como objeto de cuidado. Isso possibilitou ampliar os campos de conhecimento e ação para outros setores, além da Medicina. Na Europa, em torno da década de 1960, influenciada pelos movimentos

de Psiquiatria Democrática da França, Inglaterra e Itália, se instaura o rompimento com a lógica asilar, reducionista e violenta da psiquiatria, passando-se a valorizar o indivíduo e as relações entre os sujeitos. Em 1971, em Trieste (Itália) há o fechamento dos manicômios, passando a se ofertar novas modalidades de atenção e de cuidado. As práticas terapêuticas se transformam, fundamentando a Lei Franco Basaglia – a qual proíbe a construção de manicômios – que é, por fim, incorporada à Reforma Sanitária, (AMARANTE, 2015; RAMOS, 2011).

O modelo anterior, centrado na doença, começa a ser questionado pelos novos conceitos de saúde advindos destes movimentos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, (1987), passa-se a valorizar os aspectos psicossociais do sujeito e de seu contexto, pensando em ações que o atinjam em sua integralidade; além disso, ao se pensar a possibilidade de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, é revisto a dicotomia “saúde *versus* doença”, com inferência de valores positivos e negativos em relação às mesmas.

“O valor do homem, são ou doente, vai além do valor da saúde ou da doença [...] que em base ao diferente valor do homem, saúde e doença adquirem um valor absoluto (positivo e negativo), como expressão da inclusão do são e da exclusão do doente da norma; ou um valor relativo, como acontecimentos, experiências, contradições da vida que se desenrola entre saúde e doença. Quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma se a condição humana é de estar constantemente entre a saúde e doença” (BASAGLIA, F.O; 1982 *apud* AMARANTE, P; 2005)

Na década de 1970, o território brasileiro passou por transformações que se refletiram nos campos social, econômico e político. Houve um aumento da dívida externa, mas também fortalecimento de movimentos sociais que objetivavam melhor qualidade de vida para a população. Tais movimentos ocorreram na saúde, por meio da Reforma Sanitária e da reforma psiquiátrica. Particularmente a Reforma Psiquiátrica ~~Isso~~ gerou impacto no movimento de trabalhadores, familiares de pacientes e doentes

mentais – que criticavam o modelo de tratamento centrado na internação e cerceado por ações de isolamento e violência – reivindicando a aquisição de direitos de cidadania plenos para essa população. (AMARANTE, 2015; DALGALARRONDO, 2004).

Todas essas influências, geradas pela luta e lei italianas, bem como pelos diversos novos modelos surgidos no cenário externo, ocasionaram, assim, uma transformação no processo de cuidado em Psiquiatria. Conforme Amarante (2011), parte-se da necessidade de pôr em discussão as instituições denominadas “Grande Internação” por Foucault, e também da necessidade de redefinir ou desconstruir a noção de doença mental. Basaglia (1979) refere que a doença mental deve ser separada da noção de loucura, esta última entendida como contradição humana.

Não apenas as práticas na Psiquiatria são questionadas, mas também a hegemonia deste saber científico. O cuidado em Saúde Mental passa a ser apropriado por outros setores profissionais, transformando e ressignificando conceitos. A prática passa a não ser apenas centrada no universo do profissional de saúde, mas agregando o núcleo familiar para atribuir-lhe parte desta responsabilidade, tal como incluindo o próprio sujeito neste processo. Estes vários aspectos foram debatidos nas conferências de saúde mental ocorridas na década de 1980. Em 1987, no II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, consolidou-se a participação ativa de familiares e profissionais de saúde nos movimentos que se reúnem para questionar o modelo vigente. Essa causa comum passa a ser conhecida como “Luta Antimanicomial”, que origina o movimento de mesmo nome e passa a integrar as ações de uma grande revolução, desdobrando-se no que viria a se chamar posteriormente de “Reforma Psiquiátrica”. (COSTA-ROSA, 2007).

A Reforma Psiquiátrica tem como prerrogativas a redução dos leitos psiquiátricos, a humanização do cuidado na saúde mental, a circulação destes ex-assilados em seu território, o fortalecimento do vínculo com os familiares e a autonomia de exercerem o papel de cidadãos. Baseada nesses princípios tramitou-se a lei federal 10.216, de autoria do deputado Paulo Delgado. Ela regulamenta que os doentes mentais tenham direito no acesso aos tratamentos, propõe a extinção dos manicômios, a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. A lei foi, no entanto, aprovada somente em 2001. (NICÁCIO, AMARANTE, 2001).

O modelo alternativo ao hospital psiquiátrico preconiza uma atenção à Saúde Mental que seja de base comunitária, aberta, com a garantia de livre circulação das pessoas com transtorno mental aos diversos serviços, recursos e estruturas ofertados pela comunidade. Esse modelo é formado por uma rede de dispositivos que engloba os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços residenciais terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral em hospitais gerais e CAPS III. Caracteriza-se por ser essencialmente público, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2017).

O presente estudo se direciona aos CAPS, equipamento considerado como sendo o principal na reorientação do modelo de atenção asilar, para o da atenção psicossocial. Sua função principal é a reabilitação psicossocial do sujeito com transtorno mental, por meio de ações articuladas com uma rede de cuidados inserida no território. Conforme Nasi (2011), é importante que o CAPS ofereça meios para os sujeitos interagirem socialmente, mas também possibilite ao próprio usuário (re)construir e fortalecer suas relações e vínculos em seu meio social. Ressalta a importância da articulação com demais serviços da rede e do território para que esse sujeito não se torne dependente de um único tipo de serviço, e sim que ele dependa – ou melhor, acesse – variados espaços na sociedade.

Os CAPS são considerados estratégicos para a Política Nacional de Saúde Mental, pois o surgimento destes serviços passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Eles devem conter uma equipe multiprofissional especializada para o atendimento em Saúde Mental, capaz de operar no cotidiano do sujeito assistindo-o no território, quando ou caso esteja em crise, e também nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

Os CAPS são regulamentados pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e podem ser do tipo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infantil, CAPS-ad (álcool e drogas) e CAPS-ad III. A determinação do tipo de CAPS a ser implantado no território é pela ordem de complexidade apresentada e volume populacional. Os CAPS devem funcionar segundo a lógica de território, serem independentes da estrutura hospitalar, e oferecer atendimento e tratamento a pessoas com transtorno mental severo

e persistente (em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo). O CAPS também deve realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doença, supervisionar e capacitar os profissionais da Atenção Básica (por meio do matriciamento e de ações compartilhadas) e estar referenciado ao equipamento de urgência, caso haja necessidade. (BRASIL, 2002). A figura abaixo ilustra os diferentes tipos de CAPS.

Figura 01 - Diferença entre o porte populacional e as atividades dos CAPS.

Fonte: Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). Eixo Políticas e Fundamentos. Brasil, 2017, p. 14.

Os CAPS foram implantados em território nacional em 1987, sendo o primeiro no município de São Paulo, posteriormente disseminando-se por todo o território.

A rotina do CAPS deve abranger o cuidado ao sujeito com transtorno mental, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando sua singularidade como elemento central no cuidado. O PTS engloba junto ao usuário do serviço a identificação e diagnóstico das demandas que apresentam lacunas, definição de metas a curto, médio e longo prazo, traçando formas e mecanismos de desempenhá-las, sempre incluindo o território, a comunidade, o usuário e seu meio familiar. Inclui, ainda, a divisão da responsabilidade com os atores envolvidos, tal como a reavaliação. O cuidado ao usuário do serviço integra, portanto, seu cotidiano, suas relações sociais, seu núcleo de convivência familiar e comunitário. O PTS não é estático ou imutável, ele pode e deve ser revisto durante todo o desenvolvimento do processo de atenção à Saúde Mental, sempre visando a um protagonismo do usuário nessa construção (BOCCARDO, 2011).

Neste estudo serão abordadas as modalidades CAPS II e CAPS III. Conforme a GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2017), o CAPS II é um serviço de atenção psicossocial que atende prioritariamente a pessoas em intenso sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Este serviço deve estar em território com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Já o CAPS III é implantando em territórios com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2002).

O CAPS II deve ser coordenado por um gestor e se responsabilizar pela organização e supervisão da demanda e da rede de cuidados de saúde mental de seu território (supervisionando as unidades hospitalares e psiquiátricas, inclusive), utilizando-se de reuniões intersetoriais, da estratégia de matriciamento e de atendimentos compartilhados com a atenção básica e outros setores; possuir capacidade técnica como porta de entrada e atuar como regulador da entrada na rede de assistência de seu território, considerando o encaminhamento como parte do processo de cuidado; deve realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área da saúde mental, regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077, de 24 de agosto de 1999; possuir horário de funcionamento das 7h às 19h, em dois turnos, durante cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h (BRASIL, 2002).

A atenção psicossocial prestada pelos CAPS II pressupõe um acolhimento dos sujeitos com sofrimento psíquico e transtorno mental, por meio de um conjunto de ações que visem à substituição da lógica manicomial como base de sustentação teórica para o cuidado em saúde mental e do modo asilar como paradigma das práticas dominantes. Inclui o acolhimento inicial, momento em que o sujeito com transtorno mental tem seu primeiro contato com o serviço, e através deste é que o profissional identificará se há aspectos condizentes com o nível de atenção prestado por aquele serviço. Havendo enquadramento, é feita a inserção do indivíduo no serviço; ou, no caso oposto, é feito o encaminhamento para outro ponto da rede. Também se realizam o atendimento individual – podendo ser de alguma das especialidades do CAPS – e o atendimento pelo técnico de referência, baseado na ideia de que um ou mais profissionais se aproximem de maneira especial de certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando, junto a cada um deles, um projeto terapêutico singular (MIRANDA, 2006). Ocorrem, ainda, atendimentos em grupos, atendimentos em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, e atividades comunitárias, com enfoque na integração do doente mental em sua comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

O Atendimento no CAPS III se diferencia do CAPS II, por prestar acolhimento no período noturno, aos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação e permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno. Fica limitado a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias (BRASIL, 2002).

Os CAPS são espaços onde as crises e tensões intrapessoais e familiares devem estar presentes e serem enfrentadas. São serviços protagonistas na articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica e outros equipamentos de diferentes complexidades do território. Os CAPS subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade (QUINDERÉ, 2014).

Pela função de articulação do CAPS com outros serviços de saúde observou-se a necessidade de uma rede integrada, de base comunitária, pautada na reabilitação psicossocial e para o fortalecimento do sujeito em seu território (MACHADO, 2008). Com o objetivo de uma melhor oferta de cuidados e a garantia de acesso do usuário aos serviços de saúde e, também, pela constatação da necessidade de uma organização em

redes destes serviços. Em 2011 é instituída, então, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Nela se cria, se amplia, e se articulam pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade do uso decorrente de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Propõe o cuidado em rede, garantindo livre circulação das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2017). Conforme Macedo (2017), este dispositivo estabelece critérios de organização e implementação do sistema em todo o país, integrando a saúde mental a todos os níveis e pontos de atenção no SUS.

A RAPS fundamenta-se nos pressupostos da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos “saúde-doença-sofrimento-cuidado”; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, e dando continuidade ao cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011).

A RAPS é a concretização dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em conjunto com os da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, substituindo o cuidado asilar segregado pela atenção com base comunitária e centralizada no conceito de território, espaço em que ocorrem as relações sociais, afetivas e histórico-culturais (BRASIL, 2011).

Em termos de estrutura organizacional, o ordenamento da atenção psicossocial em cada região de saúde deve se construir em diferentes pontos da Rede SUS. A RAPS é integrada por:

- 01) Serviços da Atenção Psicossocial (CAPS);
- 02) Pelos equipamentos da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios de Rua, Centros de Convivência e Cultura, Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório);
- 03) Equipamentos de urgência e emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; Unidade de pronto atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto-Socorro, Unidades Básicas de Saúde);
- 04) Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial);
- 05) Atenção Hospitalar- Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- 06) Equipamentos da Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa “De Volta para Casa”);
- 07) Equipamentos de estratégias de Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

(BRASIL, 2017, Macedo 2017).

Os princípios que norteiam a RAPS são:

- a) respeito aos direitos humanos;
- b) cuidado em liberdade;
- c) combate a estigmas e preconceitos;
- d) cuidado integral;
- e) diversificação das estratégias de cuidado;
- f) promoção de autonomia;
- g) estratégias de redução de danos;
- h) controle social dos usuários e seus familiares;
- i) estratégias de educação permanente;
- j) construção do PTS.

(BRASIL, 2017).

A figura a seguir ilustra a organização da RAPS.

Figura 02 – Organização dos serviços que compõem a RAPS.

Fonte: UNASUS, 2018.

Zanardo (2017) refere que o CAPS e a RAPS fortalecem os princípios da Reforma Psiquiátrica. Destaca a importância da assistência integral e da reinserção social, e é uma ferramenta na desconstrução do modelo asilar e hospitalocêntrico. Porém, afirma que, mesmo dez anos após a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei nº 10.216/2001) e da recente instituição da RAPS, a internação psiquiátrica ainda faz parte da rede de cuidado.

Os serviços substitutivos, mesmo incorporando práticas decorrentes da perspectiva de reabilitação psicossocial, encontram aspectos que dificultam a sua implantação, dificuldades estas que possivelmente são relativas às fragilidades presentes na RAPS ainda incipiente. Entre eles, o fenômeno da reinternação psiquiátrica frequente dos egressos, também conhecido como “porta giratória”. Observa-se que nesse novo contexto de atenção à Saúde Mental, os pacientes não permanecem longos períodos internados, todavia ocorram sucessivas internações, por breves períodos (MACHADO; SANTOS, 2012; MUNIZ, 2013; SARACENO, 2001).

Conforme Santos (2011) o cuidado do sujeito com transtorno mental em crise aguda apresenta lacunas na assistência substitutiva, de forma que o regresso à internação psiquiátrica torna-se necessário. Essa característica acaba demonstrando a dificuldade existente ainda hoje em superar a herança do modelo manicomial.

Segundo Fiorati e Saeki (2011), observa-se que nos equipamentos de saúde mental de âmbito ambulatorial e comunitário é frequente a existência de uma organização do trabalho centrada na ação médico-clínica, na qual as ações da reabilitação psicossocial são praticamente ausentes. Dessa forma, as ações de saúde visam incluir o usuário no próprio serviço, em vez de incluí-lo na sociedade como um todo.

Os pacientes passam a transitar por diferentes hospitais, caracterizando-se o uso frequente da internação, o que gera um ciclo vicioso que se auto alimenta dos equipamentos reabilitadores e da internação psiquiátrica de forma recíproca, algo que o novo modelo de atenção se propunha a erradicar. Conforme Machado e Santos (2011), considera-se a taxa de reinternações de egressos como um reconhecido indicador de qualidade da assistência à Saúde Mental.

Para Muniz (2013), o aumento da frequência de internações psiquiátricas breves em hospitais gerais é um movimento regresso ao previsto pela Reforma Psiquiátrica e torna mais moroso o processo de construção da autonomia do sujeito com transtorno mental (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011).

Por ser um fenômeno que emerge de um curto período entre o início da Reforma Psiquiátrica e a atualidade, e da dificuldade de transição que há no paradigma tutelar, pôde-se observar que há uma lacuna entre as orientações da Reforma Psiquiátrica e as práticas realizadas nos equipamentos de saúde mental; práticas estas que sejam consonantes com os pressupostos originados na Reabilitação Psicossocial (MACHADO; SANTOS, 2013).

A Reforma Psiquiátrica transformou as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, sociocultural e jurídico-política da sociedade e do cuidado ao sujeito com transtorno mental, modificando o centro de conhecimento do biomédico para outras áreas de conhecimento, e apresentando novas possibilidades de cuidado. Os CAPS, principal equipamento da Reforma, e a RAPS, dispositivo ainda recente, estão em construção com estratégias insuficientes, mas com potência de promover diferentes formas de se relacionar com a loucura, transpondo essa ideia para o convívio comunitário, partindo da superação da lógica medicalocêntrica. (SILVA 2014 *apud* CIRINEU, 2016).

A dinâmica de internação psiquiátrica recorrente se apresenta como uma das dificuldades na eficácia do processo de cuidado. Assim, este estudo apresenta contribuição relevante ao campo de conhecimento e prática da saúde e saúde mental possibilitando identificar quais fatores promovem a reinternação para constituir material de referência na formulação de políticas que possibilitem o surgimento de novas estratégias e ferramentas para uma atenção psicossocial mais resolutiva.

1.1. Revisão da Literatura.

Para evidenciar a reinternação psiquiátrica hospitalar no contexto da Reforma Psiquiátrica foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Segundo Galvão (2008), a revisão de literatura consiste em reunir pesquisas já realizadas sobre determinada questão, de forma a alcançar uma maior compreensão sobre o tema estudado.

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, para uma compreensão completa do fenômeno analisado. O impacto de sua utilização se dá na formulação e desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos. Consequentemente, propicia o exercício crítico do conhecimento que a prática diária nos serviços, programas e políticas necessitam (STETLER *et al.*, 1998).

Para a elaboração da revisão integrativa Galvão (2008) propõe sua construção em seis fases:

1ª Fase: Elaboração da questão da norteadora.

A elaboração da questão norteadora se faz importante, pois ela determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação, bem como as informações coletadas de cada estudo selecionado. A questão deve ser elaborada de forma clara e específica e relacionada a um conceito teórico. A questão elaborada para a revisão deste estudo foi: “Quais fatores, apontados em estudos científicos, são relacionados como promotores de reinternação hospitalar psiquiátrica no contexto da atenção psicossocial?”.

2ª Fase: Amostragem na literatura.

A busca na Base de Dados deve ser ampla e diversificada, contemplando tanto as bases eletrônicas, quanto a busca manual em periódicos. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra.

Neste estudo, para o levantamento dos artigos na literatura, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino America e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); PubMed/Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Posteriormente, foram cruzados as seguintes palavras-chave relacionadas ao tema: “Reinternação Psiquiátrica”, “Hospital Readmission”, “Mental Health”, “Revolving Door”, “Psychiatric”, “Porta Giratória”, “Saúde Mental”, “Transtornos Mentais”, “Aprendizagem” e “Educação”. Esses termos de busca foram utilizados junto ao operador *booleano* “AND”, cruzamento que apresentou maior número de artigos.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à reinternação psiquiátrica hospitalar e artigos publicados nos últimos dez anos. Foram excluídos da revisão artigos que tratavam da temática direcionada a álcool e outras drogas, saúde mental infantil e população de rua, por se afastarem do objetivo do estudo.

3ª Fase: Coleta de dados.

A extração dos dados analisados foi feita com a utilização de um instrumento elaborado para assegurar a totalidade de dados extraídos relevantes e garantir a precisão na checagem das informações para cada base de dados pesquisada, conforme a tabela abaixo. Os dados incluíram os sujeitos das pesquisas, metodologia, método de análise e conceitos de embasamento utilizados.

Figura 03: instrumento para extração dos dados relevantes para seleção dos artigos.

Ano de publicação.	Periódico.	Autores.	Título.	Resumo.
Lilacs.				
PubMed.				
CINAHL				

Fonte: Elaborado pelo autor. 2016.

4ª Fase: Análise dos estudos incluídos.

Nesta fase, ponderou-se o rigor e as características de cada estudo e sua relevância de utilidade, na prática. Para auxiliar na escolha, foram considerados os artigos com objetivos relacionados ao tema.

5ª Fase: Discussão dos resultados.

Foi realizada uma comparação entre os dados evidenciados na análise dos artigos, e o tema elencado. Além disso, identificaram-se possíveis lacunas, tornando possível delimitar prioridades para estudos futuros.

6ª Fase: Apresentação da revisão integrativa.

Ao final da busca, foi encontrado um total de 272 (duzentos e setenta e dois) artigos, dentre os quais 44 (quarenta e quatro) foram selecionados por englobar os critérios relacionados a segunda e terceira etapas da revisão. Deste montante, 08 (oito) são artigos replicados e 11 (onze) são artigos que não permitem o acesso público. Portanto, foi selecionado um total de 19 (dezenove) artigos que apontam aspectos que propiciam a identificação do fenômeno da reinternação psiquiátrica, como mostra o quadro abaixo.

Figura 04: Procedimento de coleta de artigos da revisão integrativa de literatura.

Fonte: Elaborada pelo pesquisador. 2018.

Os artigos selecionados por meio da revisão integrativa são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 01- Apresentação dos artigos selecionados por meio da revisão integrativa da literatura.

Artigo	Autores	Objetivos	Tipo de estudo	Resultado
01	Oliveira, L.R.G. et al (2015)	Investigar de que forma os vínculos de um usuário com seu território podem influenciar na reinternação psiquiátrica.	Estudo que utilizou a ferramenta de usuário-guia.	Concluiu-se que os vínculos fortalecidos com os serviços de saúde no território e relações sociais sem conflitos com a comunidade diminuem a reinternação psiquiátrica.
02	Sherry L. et al (2015)	O estudo investigou a associação entre a implementação de um modelo (BCTI) de intervenção e a ocorrência de reinternações de sujeitos com transtornos mentais.	Estudo quantitativo.	O estudo aponta como causa prioritária a não adesão ao tratamento medicamentoso, como fatores secundários estão a relação familiar e os conflitos intrapessoais do usuário.
03	Jaramillo-Gonzalez, L.E. et al (2014)	O objetivo deste estudo foi determinar a frequência e os fatores associados à reinternação psiquiátrica.	Estudo prospectivo de coorte.	O estudo alega que as altas frequências de reinternação estão relacionadas à gravidade da doença mental e à precariedade de fatores sociais, como a situação de trabalho e a relação familiar do paciente.
04	Machado, V. Santos, M.A. (2013)	Analisar as vivências familiares de pacientes reinternantes, do ponto de vista do	Estudo qualitativo.	Refere que as vivências dos familiares com o sujeito que é reinternado

		próprio paciente.		engloba o estigma, o não saber agir no momento de crise, e a visão da reinternação como alívio da sobrecarga.
05	Machado, V. Santos, C. A. (2013)	Investigar o relato de experiência vividas por pacientes reinternados em relação aos serviços substitutivos de Saúde Mental.	Estudo qualitativo.	O estudo aponta que os usuários passam por vivências que consideram positivas, negativas e ambivalentes. Apontam como positivas o cuidado no tratamento, como negativas as ausências de atividades e do familiar, e como ambivalente o relacionamento com os profissionais.
06	Ramos, D.K.R.; Guimarães, J. (2013)	Avaliar o impacto da expansão da rede de atenção em Saúde Mental no fenômeno das portas giratórias no Rio Grande do Norte (RN).	Estudo Exploratório e descritivo.	Alega que a expansão da RAPS proporcionou uma redução na quantidade de readmissões, bem como diminuição da demanda por atendimento de emergência.
07	Loch, A.A. (2012)	O objetivo deste estudo foi avaliar as taxas de re-hospitalização de indivíduos com psicose e Transtorno Bipolar e estudar determinantes da	Estudo observacional e prospectivo	O estudo traz grande índice de reinternação no período de um ano, sendo um fator relacionado a ausência nas consultas de pós-

		readmissão.		alta. Considera o relacionamento familiar importante nesse processo.
08	Machado, V. et al (2012).	Reunir, sintetizar e analisar a literatura científica nacional e internacional sobre o fenômeno da readmissão psiquiátrica no contexto da desinstitucionalização.	Revisão integrativa de Literatura.	Conclui-se que há pouca literatura produzida acerca das readmissões hospitalares psiquiátricas.
09	Bezerra, C.G; Dimenstein, M. (2011).	Avaliar as reinternações de um hospital no RN e os efeitos da proposta de alta assistida.	Estudo qualitativo.	Alega como dificuldades a não garantia de assistência e a não inserção do usuário nos serviços substitutivos prioritariamente pela relação familiar.
10	Behenck, A. et al (2011)	Analisar a compreensão de familiares sobre o processo de tratamento e a reinternação do familiar com esquizofrenia.	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.	Os fatores pela percepção dos usuários são as tensões nas relações com o contexto familiar e falhas organizacionais e estruturais nos serviços de Saúde Mental especializados.
11	Machado, V. Santos, M.A. (2011)	Analisar a relação entre características sociodemográficas e a taxa de permanência hospitalar de pacientes	Estudo qualitativo através de análise documental e aplicação de	Apresenta maior taxa de permanência do sexo feminino, na faixa etária dos 40 a 49 anos, negras,

		reinternantes.	questionário.	sem relação conjugal e que recebem poucas visitas na internação. O estudo traz a relação relevante entre os aspectos sociodemográficos e a internação, e a importância da rede de apoio na reabilitação de pacientes reinternantes.
12	Ramos, D.K.R. et al (2011)	Analisar o contexto das reinternações psiquiátricas nas dimensões: imediata, específica, geral e metacontextual.	Metodologia qualitativa e revisão de literatura.	O estudo aponta que o contexto da reinternação se divide em: a dimensão imediata é a reinternação psiquiátrica, a específica sendo a desarticulação da rede de atenção em saúde mental, a dimensão contextual geral inclui o imaginário e construção social sobre o louco e loucura e a dimensão metacontextual como sendo a mudança do paradigma da Saúde Mental.
13	Zhang, J. et al (2011)	O objetivo deste estudo foi investigar fatores que influenciam o tempo de permanência e preditores para o risco de readmissão em	Estudo clínico transversal retrospectivo.	O estudo traz que, do total de internações no período de doze meses, 46% foram readmissões. Aponta como

		uma unidade de internação psiquiátrica aguda.		fatores a não adesão ao tratamento, o relacionamento familiar e piora dos sintomas das doenças mentais.
14	Castro, S.A. et al (2010)	Identificar as variáveis sócio-demográficas, as condições clínicas e o tratamento relacionados à reinternação psiquiátrica	Estudo exploratório descritivo.	O estudo aponta uma relação positiva entre os aspectos sócio-demográficos, as condições de alta e clínicas com o fenômeno de reinternação psiquiátrica
15	Pinheiro, T.L.S. et al (2010)	Identificar os fatores envolvidos nas reinternações psiquiátricas dos portadores de esquizofrenia.	Estudo qualitativo de caráter descritivo.	O estudo aponta que a não continuidade do tratamento após a alta se deve a não adesão ao tratamento medicamentoso, às condições socioeconômicas, às dificuldades na dinâmica familiar e à gravidade da doença mental.
16	Oyffe, I et al (2009).	Estudar dados sociais, demográficos, clínicos de pacientes com reinternações psiquiátricas.	Estudo quantitativo.	Aponta maior índice de reinternações atribuídas ao curto período de duração das internações.
17	Neto, D.D. et al (2008).	Caracterizar as reinternações hospitalares psiquiátricas que ocorrem em um hospital em Portugal.	Análise quantitativa a partir de levantamento documental.	

18	Parente, C.J.S. et al (2007)	Estimar a ocorrência de reinternações psiquiátricas de um Estado do Nordeste e caracterizar o perfil do usuário reinternante no período de 2004.	Estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritiva e retrospectiva.	Menciona a o aumento das reinternações pra um determinado perfil de usuário do serviço de saúde: maioria da população do sexo masculino, com baixo grau de escolaridade; com hipótese diagnóstica de esquizofrenia; pouco suporte familiar e social ; dificuldade de aderir ao tratamento no CAPS;
19	Gastal, F.L. et al (2000)	Identificar as variáveis preditoras do fenômeno de reinternações em um hospital psiquiátrico no momento da segunda internação.	Estudo quantitativo.	Identifica como fatores: a relação familiar; o uso irregular da medicação; a gravidade da doença mental.

Fonte: Elaborado pelo autor. 2016.

Os estudos resultantes da revisão apontam que mesmo após a transformação assistencial gerada a partir da reforma psiquiátrica e da aprovação da lei 10.216/2001, a rede assistencial convive com fragilidades que propiciam a reinternação psiquiátrica (OLIVEIRA, 2015; LOCH, 2012; RAMOS, 2011; MACHADO, 2010).

Oliveira (2015) aponta que a formação de um vínculo entre os serviços de Sistema de Saúde Mental podem auxiliar no processo de não readmissão, porém há a necessidade dos serviços se organizarem para isto. Machado (2012) e Ramos (2011) apontam que há limitações nos serviços de Saúde Mental decorrentes de fatores como desarticulação entre a rede, a relação paciente profissional e a não aplicação de pressupostos da atenção psicossocial. Estudos internacionais apontam deficiências nos

hospitais psiquiátricos, os quais mantêm um tempo incorreto de internação e também a não utilização de modelos específicos a estes pacientes, (SHERRY, L., 2015).

Os artigos trazem que os fatores vão além dos aspectos organizacionais e assistenciais. Esses fatores permeiam o cotidiano do sujeito do familiar e também da sociedade (MACHADO, 2010).

Ramos (2011) traz que a loucura é uma construção histórico-social que remete ao sujeito incapaz que deve permanecer isolado. Dessa forma, a crença acerca dos transtornos mentais auxilia no processo de readmissão. Somado a este constructo social, Behenck *et al* (2011) discorre que as vivências das relações familiares catalisam este fenômeno, o que vem de encontro com outros autores.

Segundo Loch *et al* (2012) e Machado (2010) há uma relação entre a família e sua dinâmica com a reinternação de um sujeito com transtorno mental. Ilustram esta afirmação através dos relatos dos usuários, sobre a falta de psicoeducação dos familiares, a sobrecarga do cuidado, o receio de agressão e o estigma relacionado ao transtorno mental.

Castro (2010) refere que além das questões sociais, deve-se considerar as gravidades das psicopatologias e as condições clínicas como índices de readmissão de pacientes. Neto (2008) aponta sobre tratamentos específicos para as patologias em conjunto às intervenções sociais.

Apesar de os artigos evidenciarem as fragilidades do modelo atual de cuidado em Saúde Mental, como previsto em relação às readmissões psiquiátricas, eles chegam num determinado consenso ao afirmar a importância do tratamento segundo a reabilitação psicossocial. Oliveira (2015) inclusive reforça a importância do vínculo entre território, sujeito e serviço de saúde.

Ramos e Guimarães (2013), em seu estudo evidenciam que a expansão da rede de Saúde Mental auxiliou na diminuição de encaminhamentos para o serviço de urgência psiquiátrica e na reinternação. Os artigos ressaltam a importância de se tratar integralmente o sujeito com transtorno mental e também seus familiares, englobando desde a psicoeducação, os sinais e sintomas, as condições sociais, o contexto sócio cultural e os aspectos sociodemográficos. Há também um consenso em relação a uma lacuna existente de estudos sobre este tema, e que mais pesquisas realizadas na área

poderão contribuir para construção de novas políticas públicas de Saúde Mental e para incentivar novas pesquisas sobre abordagens e reestruturações do sistema.

A revisão de literatura evidenciou a reinternação psiquiátrica como um fenômeno relevante, indicativa notável de fragilidades na assistência ao sujeito com transtorno mental. Contudo, por se tratar de tema tão relevante, observa-se que há pouca pesquisa e produção nacional acerca do tema.

Vale ressaltar que, quando se incentiva uma maior produtividade em pesquisa com tal peso de informação à sociedade, há a contribuição para: melhoria da assistência à saúde mental, através do reconhecimento de falhas estruturais na rede de atenção psicossocial e efetivação das políticas públicas de saúde mental.

Como fundamentação teórica de suporte para o desenvolvimento desta pesquisa, foi utilizada como base o referencial da Reabilitação Psicossocial, por compreender que este modelo de atenção à Saúde Mental permite um olhar diferenciado à pessoa com transtorno mental, a empoderando em seus contextos de vida.

O consenso de reabilitação nos remete á ideia de normatização de condutas comportamentais e capacitação de habilidades que visam a independência produtiva. Considera-se re-capacitar alguém que perdeu suas capacidades produtivas em relação ás exigências sociais.

Concomitante a ideia de reabilitação remete a inclusão e reinserção no trabalho relacionado ao modelo econômico vigente do capitalismo.

O tratamento moral desenvolvido por Pinel se apresenta como um marco na utilização do trabalho como recurso terapêutico e normalizador da loucura, por mais que não se caracterizasse como reabilitação.

Para soares (2007) há dois momentos importantes na concepção implementação da reabilitação: a revolução Francesa em 1789 e a Primeira Guerra Mundial em 1914. Estes movimentos foram catalisadores das transformações culturais e ideológicas da sociedade ocidental.

A reabilitação vem como resultados das grades transformações advindas das grandes guerras e promove a organização da sociedade a partir dos valores proclamados na revolução francesa: igualdade, fraternidade e liberdade e a necessidade de tais valores atingirem a todos, dessa forma, possibilitando o acesso a produção da vida. Tais conceitos são revisitados e instaurados a partir da Convenção de Genebra. Ressalta que neste recorte histórico é implementado a política de Bem-Estar Social e instaurado a seguridade social e de saúde para todos, ao final do século XX. Nesse contexto há o surgimento das instituições reabilitadoras.

Concomitantemente há a criação da Organização Mundial da Saúde reformula o conceito e as ações de saúde e da doença, o associando a um estado de bem-estar físico, menta e social, promovendo a transformação do modelo reducionista para outras áreas de saber.

No processo histórico há a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização para a Educação e Cultura (UNESCO) que permitiram a implementação de centros de reabilitação e sua difusão pelos países ocidentais, porém, há uma aproximação com o modelo biológico e medicocentrado e de práticas curativistas.

No Brasil a reabilitação iniciou por meio de instituições voltadas para o atendimento aos alienados como o Hospital D. Pedro II no Rio de Janeiro em 1852 e o Hospital do Juqueri, em São Paulo em 1898. Na Era Vargas observa-se a inserção da reabilitação nas políticas públicas com uma legislação influenciada pela OIT, a qual assegurava a reabilitação a toda a população. Devido ao momento político histórico a reabilitação foi designada aos Institutos e Caixas de aposentadorias e pensões, dessa forma, a reabilitação restringiu-se aos aposentados e aos acidentados.

Segundo Soares (1990), a instauração da reabilitação no Brasil tem sido determinada, pelo modelo econômico vigente, que ora se apropria de mão de obra excedentes, ora da população marginalizada. Em outros recortes a implementação de serviços de reabilitação cumpre funções no plano político-ideológico ofertando atendimentos específicos na área da saúde e assistência social, sem alterar as condições que promovem as incapacidades e a situação econômica geradora de pauperismo e desemprego.

Ressalta-se que neste período o Brasil era regido por uma ditadura e se inicia o questionamento de profissionais sobre essa forma ideológica de utilização da reabilitação, embasados pelas desigualdades sociais vigentes à época que promoviam a significativa exclusão social, ruptura de vínculos afetivos, vulnerabilização das redes sociais e precarização do processo de trabalho. Essas críticas se juntam aos outros movimentos que ocorriam no país, como a reforma psiquiátrica, dessa forma, há o questionamento do conceito de reabilitação instaurado.

As mudanças providas pelos movimentos em prol da saúde mental possibilitaram novas formas de atenção e assistência, enfatizando os espaços comunitários, a formação de vínculos e a possibilidade de uma vida produtiva, necessitando assim que o sujeito se recapacitasse e ressignificasse sua vida material. (AMARANTE 2015; FIORATI; 20

Sarraceno (1998) *apud* Amarante (2015) mencionam a necessidade de se desconstruir o manicômio, da implementação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico para tratar a pessoa com transtorno mental. Para tal pensou-se na atenção psicossocial como reabilitação possível para a complexidade da saúde mental e a perspectiva da inclusão do sujeito com transtorno mental em diferentes esferas da vida social, política e civil. Se caracterizando como uma reabilitação que capacite o sujeito à buscar sua autonomia e sua autossujeitização.

Segundo Acioli-Neto e Amarante (2013), Kinoshita (1996) e Pitta (1996), a Atenção Psicossocial se apresenta como um projeto ético-estético-político, que busca estimular a autonomia do indivíduo, a partir do desenvolvimento de sua cidadania e participação política. Integra-o ao território, fornecendo o papel de ser atuante e transformador de uma sociedade que antes o alienava. Ocorre, então, a restituição do poder contratual do usuário, visando desenvolver sua autonomia. Segundo Costa-Rosa (2000), o ambiente sociocultural passa a ter um papel determinante na terapêutica do indivíduo com transtorno mental, de forma que este torna-se o foco neste modelo, objetivando-se que administre a si próprio em seu meio social. Betolote (1996) refere que reabilitação psicossocial é processo de “remoção de obstáculos” que impedem a plena integração social de uma pessoa, em desvantagem, em sua comunidade e efetive sua possibilidade ao exercício pleno de seus direitos e cidadania. Ressalta que a reabilitação psicossocial é o processo, por meio do qual, um indivíduo, antes privado do exercício pleno de seus direitos, pode exercê-los a partir de suas condições de vida.

O autor refere que para o processo de construção da reabilitação psicossocial há de se questionar o modelo biomédico como centralizador do saber e de se ofertar a reabilitação psicossocial um espaço possível de experimentações, no qual habitam diferentes conhecimentos e saberes e ressalta-se que não há uma profissional específico para a prática da reabilitação psicossocial.

Dessa forma evidencia-se o caráter interdisciplinar da reabilitação psicossocial, compreendendo assim que a reabilitação psicossocial aborda um terreno intersetorial, por englobar vários setores inerentes a vida com a saúde. A habitação, a previdência e a área administrativa, jurídica e legislativa.

Pitta (1996) ressalta que se a reabilitação psicossocial fosse seguir um referencial teórico, teria que retirá-lo de muitos referenciais para compor um corpo plural de conhecimentos.

Costa-Rosa (2000) salienta a necessidade de práticas interdisciplinares no sentido de elaborar projetos terapêuticos coerentes aos intuítos e objetivos da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização e que valorizem o sujeito com transtorno mental.

Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), a atenção psicossocial pode ser descrita através dos seguintes elementos: integralidade das ações de cuidado no território; horizontalização das relações profissionais e intrainstitucionais; a construção de uma ética da autonomia e da singularização do sujeito em sofrimento psíquico; e, a implicação subjetiva desse indivíduo no cuidado territorializado.

A Reabilitação Psicossocial enfatiza a perspectiva de sujeitos autônomos e independentes dentro de sua funcionalidade, de forma a ampliar o direito dos doentes mentais e também o conhecimento da heterogeneidade das doenças mentais. (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012; SARACENO, 1999).

2.1.Objetivo geral.

Analisar os fatores que favorecem a reinternação hospitalar psiquiátrica e verificar se as dificuldades enfrentadas pelos CAPS e RAPS do município de Ribeirão Preto-SP estão relacionadas a esse processo.

2.2.Objetivos específicos.

- Caracterizar os usuários que apresentam maior taxa de reinternação hospitalar psiquiátrica;
- Identificar os fatores relacionados à reinternação hospitalar psiquiátrica;
- Identificar o processo de consolidação da RAPS em RP e analisar o contexto atual das reinternações dentro da rede.
- Identificar as dificuldades técnicas e organizacionais enfrentadas pelos CAPS e pela RAPS no processo de desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial que têm impacto na diminuição das taxas a reinternação hospitalar psiquiátrica de seus usuários.

4.1. Tipo de Estudo.

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza predominantemente qualitativa. A etapa quantitativa abrangeu o levantamento dos dados sociodemográficos. Após essa etapa seguiu-se a etapa da pesquisa em que se utilizou a abordagem qualitativa buscando-se investigar os fatores que promovem a reinternação hospitalar psiquiátrica, a partir das percepções dos usuários dos serviços CAPS, dos familiares dos mesmos e dos profissionais deste serviço.

As pesquisas exploratórias têm como função proporcionar maior compreensão do problema, a partir da aproximação do pesquisador com determinada temática, desenvolvendo assim conceitos e ideias (Gomes, 2003). As pesquisas descritivas têm como objetivo apresentar características de determinados grupos e tomar conhecimento aprofundado sobre os mesmos.

Para Minayo (2008) a pesquisa qualitativa se atenta às crenças, valores e atitudes que são resultantes da ação e convívio humano, fatores estes que se estendem à vivência de pessoas que passaram por determinada situação ou experiência. Refere ainda que a abordagem qualitativa possibilita a compreensão de hábitos e atitudes de diferentes grupos, destacando seus aspectos mais relevantes.

4.2. Cenário do estudo: Ribeirão Preto/SP.

O município de Ribeirão Preto localiza-se na região noroeste do Estado de São Paulo (SP), distante a 315 km da capital, São Paulo. Ribeirão Preto conta, pelo censo de 2017, com uma população em torno de 682.302 mil habitantes, possuindo uma área de unidade territorial de, aproximadamente, 650,916 Km² (IBGE, 2017).

Figura 05 – Localização do Município de Ribeirão Preto/SP

Fonte: IBGE, 2017.

A Rede de Atenção a Saúde RAS-SUS de Ribeirão Preto está organizada em 05 (cinco) distritos de saúde, sendo eles: Distrito Central, Distrito Norte, Distrito Oeste, Distrito Leste e Distrito Sul, em consonância com Distritos de Vigilância em Saúde. No município constam 63 (sessenta e três) equipamentos de saúde, distribuídos por todos os distritos. Dessas unidades, 05 (cinco) são UPAs (quatro unidades básicas distritais de saúde(UBDSs); e uma UPA, com funcionamento vinte e quatro horas, 21 (vinte e uma) Unidades de Saúde da Família (USFs), totalizando 43 (quarenta e três) Equipes de Saúde da Família e 25 (vinte e cinco) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 (doze) unidades especializadas (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Figura 06 – Distribuição dos distritos de saúde do Município de Ribeirão Preto/SP.

Fonte: Secretária da Saúde de Ribeirão Preto/SP.

Fonte: Ribeirão Preto, 2013

Ribeirão Preto se constituiu como Município-Polo da Regional de Saúde à qual pertence, sendo referência para os demais municípios do Diretório Regional de Saúde XII (DRS XIII), que se constitui por 26 municípios.

4.2.1. A rede de saúde mental de Ribeirão Preto.

Em 1990 houve a reorganização do sistema de Saúde Mental de Ribeirão Preto, conforme as diretrizes e normas do Ministério da Saúde (Barros, 2008 *apud* Diário Oficial da União, 1992), por meio da construção de uma rede de serviços hierarquizada e descentralizada, substituindo a lógica centralizada no atendimento hospitalar pelo modelo ambulatorial regionalizado, ocorrendo o atendimento hospitalar, se necessário.

Segundo Barros (2008), neste novo modelo de atendimento foram implantados: a criação de vagas psiquiátricas (CVP); o controle das avaliações de internações por uma auditoria contínua; a criação do Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de

São Paulo (EP-HCRP), na rede pública de Saúde Mental e com leitos disponíveis vinte e quatro horas; a inserção da Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o descredenciamento do SUS de leitos psiquiátricos em instituições privadas e filantrópicas; a criação de serviços ambulatoriais de saúde mental e de CAPS nos municípios da DRS XIII; a criação dos Serviços de Residência Terapêutica (SRT); e a organização de fóruns de Saúde Mental, com representantes de diferentes serviços de saúde mental do DRS XII, para estabelecer políticas de trabalho em conjunto.

Em 1993, os hospitais psiquiátricos foram redimensionados iniciando a redução dos 330 (trezentos e trinta) leitos psiquiátricos, tendo como critério o índice populacional. Ocorreu também o aumento dos serviços extra-hospitalares de Saúde Mental e a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (BARROS, 2008; DIÁRIO OFICIAL 1992).

Em 1996, houve a criação do Centro de Atenção Psicossocial para atendimento a usuários de álcool e outras drogas (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Em 2008, houve a implementação do CAPS Adulto III “Dr. André Santiago” (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Em 2012, houve a aprovação da implantação das Redes Regionais de Saúde Mental, de acordo com a portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A RAPS foi instituída com a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção para o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A Construção da RAPS teve início em uma oficina intitulada: “A RAPS - é no município que ela acontece”, realizada no município no dia 29 de maio de 2013, contando com a presença de representantes do MS, SES, COSEMS, e das DRSs que compõem a RRAS 13. Na oportunidade, foi constituído Grupo Condutor da RRAS 13, com objetivo de unificar as ações durante a construção dos planos municipais e regionais (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Dentre os objetivos da Oficina, destacou-se o papel do Gestor Municipal no processo da construção da RAPS e a importância da constituição do Grupo Condutor

Municipal, responsável por promover e garantir o funcionamento da rede e a parceria com a Atenção Básica, como ordenadora do sistema (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Segundo o “Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto” (2013), referente ao período de 2014-2017, Ribeirão Preto atualmente conta com os seguintes serviços de atenção psicossocial:

- 03 (três) Unidades Especializadas, que oferecem atendimentos de Psiquiatria e Psicologia, referenciadas pelas unidades de saúde: UBDS Castelo Branco, CSE Sumarezinho, e PAM II;

- 02 (dois) Ambulatórios: Ambulatório Regional de Saúde Mental “Dr Guido Hetem” (serviço estadual municipalizado que oferece atendimento em Psiquiatria e Psicologia Clínica para pessoas a partir de 18 anos, sendo referência para os residentes dos Distritos Sul e Norte, mantendo ainda o atendimento para o município vizinho de Dumont), e Ambulatório de Saúde Mental “Dr. Nelson Okano” (atendimento ambulatorial em Psiquiatria para pessoas a partir de 18 anos, residentes no Distrito Central);

- 04 (quatro) Centros de Atenção Psicossocial: CAPS II “Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues” (semi-internação); CAPS III “Dr. André Santiago”, CAPS-ad (Álcool e Drogas) e CAPS infantil “Thalita Lima da Silva”;

- 07 (sete) Residências Terapêuticas Tipo I, sob gestão municipal. No município existem mais 11 (onze) residências Tipo I que estão sob Gestão do Estado, totalizando 18 (dezoito) residências no município;

- 03 (três) serviços credenciados para tratamento de dependência química – Comunidade Terapêutica: 02 (dois) deles destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com até dezessete anos com oferta de 60 (sessenta) vagas e 01 (um) para atendimento de adultos com oferta de 20 (vinte) vagas;

- 01 (um) convênio, via edital do Ministério da Saúde, de Comunidade Terapêutica: para usuários de crack e outras drogas, adultos, do sexo masculino, com oferta de 20 vagas;

- 01 (um) convênio com Casa de Acolhimento Transitório: destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com até dezessete anos para tratamento de dependência química, com oferta de 12 (doze) vagas;

- 02 (duas) Unidades de Acolhimento: 01 (uma) destinada ao atendimento de crianças e adolescentes com até dezessete anos e 01 (uma) para atendimento de adultos, que estão em fase de estruturação.

(RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Além do serviço extra-hospitalar, Ribeirão conta com leitos psiquiátricos em dois Hospitais Estaduais:

- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – este possui uma unidade de Atendimento de Urgências (com seis leitos) e duas Enfermarias, com leitos Psiquiátricos em Hospital geral, sendo 14 (catorze) leitos na unidade de internação de longa duração e 08 (oito) leitos na Enfermaria de internação breve (internação prevista para aproximadamente quinze dias), totalizando 28 (vinte e oito) leitos. Além disso, este Hospital tem um “Hospital Dia” psiquiátrico com 16 (dezesesseis) vagas, em regime de semi-internação;

- O Hospital Psiquiátrico Santa Tereza – possui 80 (oitenta) leitos, para pacientes em crise aguda. Contudo, ainda existe um número remanescente de leitos crônicos que têm sido desativados, tanto pelo falecimento de alguns pacientes antigos, como pela inclusão de alguns em programas como o “De Volta para Casa”, que prevê um pagamento mensal para fins de inclusão na sociedade, e o próprio Programa de Residências Terapêuticas. O número atual deve estar em torno de 180 (cento e oitenta) leitos crônicos remanescentes (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

O relatório da Gestão Municipal de 2017 apresenta, na diretriz 04, o objetivo de ampliação e aprimoramento da rede de atenção psicossocial. Segundo este relatório, há uma parcela maior de metas não atingidas (Ribeirão Preto, 2018).

Em 2016, pela necessidade de reordenar a rede de atenção de saúde mental local, houve uma reconfiguração dos ambulatórios de Saúde Mental existentes e os projetados para o futuro (de acordo com as normas estaduais, por meio da resolução 29 de 27 de outubro de 2016). A resolução estabelece que os serviços ambulatoriais existentes no

município passem a ser denominados Centros de Atenção Psicossocial, além de contar com uma complementação da RAPS, pelos seguintes serviços: 1) Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, para internações breves de portadores de sofrimento mental em situação de vulnerabilidade clínica, física ou social; 2) Residências Terapêuticas de tipo I e tipo II; 3) Unidades de Acolhimento Transitório, destinadas ao apoio a dependentes químicos em situação de vulnerabilidade social e que estejam em processo de abstinência; 4) Centros de Convivência, unidades públicas articuladas às Redes de Atenção à Saúde onde são oferecidas à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade; 5) Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais, destinadas à reabilitação psicossocial por meio da inclusão produtiva (DIÁRIO OFICIAL, 2016).

4.2.2. Os locais da pesquisa – Centro de Atenção Psicossocial Adulto II e III.

- *CAPS Adulto II Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues.*

O Centro de Atenção Psicossocial Adulto II (CAPS II) foi fundado em 1995 e atende os residentes do Distrito Central, que compreende os bairros: Vila Tibério, Vila Virgínia, Campos Elíseos, Centro, Jardim Califórnia, Boulevard, Higienópolis, e Sumaré, com um total de 120.000 habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das oito às dezessete horas.

O CAPS II está em um local de fácil acesso e em um bairro de população classe média-alta de Ribeirão Preto, sendo alvo de ações estigmatizadas dos moradores da região. Sua estrutura comporta uma ambiência (sala de espera), na qual os usuários do serviço aguardam as consultas e convivem; uma copa, dois banheiros, uma sala de reuniões, a sala da gerência e dois consultórios. Fora da casa, há um espaço onde ocorrem grupos terapêuticos e uma oficina de geração de renda, além de mais duas salas utilizadas para atendimentos da equipe multiprofissional. Nas paredes do CAPS encontram-se quadros produzidos pelos usuários, observando-se ali um espaço acolhedor, que permite a troca de significações entre seus transeuntes.

As atividades desenvolvidas no CAPS compreendem atendimentos de referência, grupos operativos, acolhimento, atendimentos médicos, atendimentos aos familiares,

atividades no território e articulações com outros setores, como as atividades de pintura desenvolvidas em parceria com a Secretaria Municipal da Cultura.

- *CAPS Adulto III – “Dr. André Santiago”.*

O CAPS III foi fundado em 2008, sendo o primeiro serviço com as atribuições de um CAPS III no município. Foi estabelecido estrategicamente no Distrito Oeste, o segundo distrito mais populoso do município, com 151.218 mil habitantes (Ribeirão Preto, 2017). A região, no entorno do bairro Sumarezinho, apresenta os maiores índices de vulnerabilidade psicossocial e não possuía acesso a esta modalidade de cuidados. No início de seu funcionamento, o CAPS exercia uma função semelhante a uma urgência psiquiátrica, sendo responsável assim por um grande volume de internações (SANTOS 2016).

O estabelecimento deste CAPS se deu no espaço físico do antigo Sanatório Vicente de Paula, e compreende em sua estrutura, no andar térreo: a sala de espera, a recepção (onde ficam os atendentes e os prontuários), a farmácia (na qual ocorre dispensação das medicações), 02 (dois) banheiros, 08 (oito) cômodos, sendo um a administração/gerência, um para o espaço de matérias de limpeza, e os demais utilizados para atendimentos individuais e acolhimento. Há uma rampa que conecta o andar térreo com o primeiro andar, onde se localiza uma porta que normalmente fica parcialmente fechada. No primeiro andar, encontra-se o espaço de convivência dos usuários, com assentos, duas mesas, uma televisão e uma estante com livros e revistas; a sala de enfermagem; o refeitório, também utilizado como espaço para os grupos; a copa para os funcionários; dois banheiros; duas salas, utilizadas para as oficinas e grupos; e, duas salas, com 05 (cinco) leitos, para observação dos usuários que estão nos cuidados intensivos, ou seja, em observação vinte e quatro horas no prazo máximo de dez dias. Na parte anterior e posterior a esta construção há um espaço amplo, sendo a área de fundos utilizada atualmente para o projeto de geração de renda, através do projeto de manutenção de uma horta comunitária.

O interior do andar térreo tem iluminação deficitária no corredor que o conecta à rampa de acesso ao primeiro andar. Nas paredes deste corredor estão expostos quadros produzidos pelos usuários do serviço.

No espaço de convivência permanecem usuários do cuidado intensivo e do semi-intensivo. Observa-se que interagem pouco entre si e com o ambiente, respondendo apenas quando havia algum estímulo por parte dos profissionais da Unidade, ou quando chegavam suas refeições. O espaço físico do CAPS é por onde o usuário circula, onde acontecem as crises psiquiátricas e as dinâmicas de relações entre os frequentadores do serviço. É, dessa forma, considerado um espaço terapêutico para o usuário, exercendo uma função importante na constituição subjetiva e nas relações interpessoais do sujeito. Este espaço passa a ser compreendido como um espaço de cuidado, de proteção e de amparo, portanto, é importante ele se contraponha ao modelo físico do asilo psiquiátrico, já que neste o sujeito se encontrava isolado da sociedade (FIORATI, 2010).

Por estar localizado num antigo asilo psiquiátrico há ainda um estigma social em relação aos frequentadores do espaço, o que não possibilita uma maior interação com a comunidade.

Segundo Santos (2016), o CAPS III possui as seguintes modalidades de atendimento:

1) Acolhimento: ocorre todos os dias e é realizado por um profissional de nível superior. Com exceção dos médicos, os demais profissionais se organizam em uma escala diária. No acolhimento, é realizada a escuta inicial, a identificação se há demanda para o serviço CAPS naquele momento, bem como os devidos encaminhamentos em caso negativo, para a UBS de referência. No caso de haver demanda, já é realizado o contrato de cuidados, que engloba quais grupos e atividades o indivíduo irá realizar naquele espaço, ou ainda em outros espaços no território, além de se fazer também seu PTS;

2) Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação);

3) Atendimentos em grupo (psicoterapia de grupo, grupo operativo, atividades de suporte social), como ilustra a tabela abaixo;

Tabela 02- Grade de atividades realizadas no CAPS Adulto III do município de Ribeirão Preto-SP no ano de 2017.

Horários	Segunda-feira	Terça-Feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-Feira	Sábado
8:30 – 9:00	Alongamento e Relaxamento	Alongamento e Relaxamento	Alongamento e Relaxamento	Alongamento e Relaxamento	Alongamento e Relaxamento	
08:30 – 10:00			Grupo de Psicoterapia			
09:00 – 10:00	Grupo de Psicoterapia			Assembleia/Passeio	Grupo de Final de Semana	
09:00 – 11:00	Oficina Patchwork		Oficina de Estimulação Cognitiva	Grupo de Psicodrama/Passeio	Oficina de Terapia Ocupacional	
10:30 – 11:30		Grupo de Reinserção Social			Oficina “Meu Remédio, Meu amigo”	
13:15 – 14:00		Atividades Lúdicas				
13:15 – 14:45	Oficina Música e Diversão	Oficina de Leitura	Oficina Criarte	Oficina de Beleza		
15:00 – 16:00	Grupo Operativo	Grupo de Psicoeducação	Grupo Operativo	Atividade Externa	Grupo Operativo	

Fonte: CAPS Adulto III Dr. André Santiago, 2017.

O pesquisador participou do grupo comunitário, que ocorre em Ribeirão Preto desde a década de 1990 (inicialmente apenas no Hospital Dia do HCFMRP e que no ano de 2017 começou a ser realizado também no CAPS III). Este grupo é aberto à comunidade, visando além de um espaço de reflexão e troca de vivência, a interação da sociedade civil com o serviço de Saúde Mental, estando em consonância com um dos preceitos da Atenção Psicossocial.

4) Atendimentos em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

Neste trajeto dentro do serviço, houve participação nas oficinas de tear, que funcionam em um cômodo específico do CAPS. Na oficina, os usuários produzem tapetes e outros produtos com fios. Há uma interação maior entre eles, que são incentivados a trocarem experiências e vivências. Alguns referem, inclusive, que utilizam o espaço para não ficarem em casa e outros, que o utilizam como aprendizado para gerar alguma renda ou como forma de trabalhar e manter a mente ativa.

5) Visitas e atendimentos domiciliares;

6) Atendimento à família;

7) Atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

8) Acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados, em um período de 30 (trinta) dias.

9) Projeto de Inclusão Social Pelo Trabalho por meio da Oficina de Geração de Renda (“Horta CAPS”), tendo como principal produto hortaliças. Esse projeto é desenvolvido em conjunto com o CAPS-AD;

10) Matriciamento: começou a ser executado recentemente na Atenção Básica do Distrito Oeste.

A equipe técnica é composta por 42 (quarenta e dois) profissionais, sendo 4 (quatro) psiquiatras, 3 (três) psicólogos, 2 (dois) terapeutas ocupacionais, 2 (dois) assistentes sociais, 7 (sete) enfermeiros, 21 (vinte e um) auxiliares de enfermagem, 2 (dois) atendentes de enfermagem e 1 (uma) farmacêutica. O serviço também acolhe estagiários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, além de acolher pesquisas de extensão universitária e de pós-graduação, como este estudo.

Acontecem três reuniões técnicas na semana, realizadas às terças feiras das 8:30 às 10:30 horas; às quintas feiras das 15:00 às 17:00 horas; e às sextas-feiras, das 19:30 às 21:00 horas. Nelas, são discutidas ações em relação a determinados casos específicos, questões administrativas do serviço CAPS e ações junto à comunidade. Os temas são documentados em uma ata e há participação dos profissionais de diferentes funções.

4.3. Participantes do estudo.

Este estudo foi composto por trinta participantes: 10 (dez) usuários, 10 (dez) familiares de usuários e 10 (dez) profissionais dos serviços de Saúde Mental, denominados de Centro de Atenção Psicossocial do tipo II e III (CAPS II e CAPS III) do município de Ribeirão Preto/SP.

Considerou-se os familiares como participantes importantes no estudo, pois é ressaltado que a família constitui um dos espaços sociais centrais do usuário e que é em seu núcleo que se desenvolvem suas crenças e valores. Quando o sujeito adocece mentalmente, há também o adoecimento dos familiares. A família, muitas vezes, é o contato do usuário com o serviço de Saúde Mental (BIELEMAMM *ET AL*, 2009).

Ressalta-se a relevância dos profissionais como participantes do estudo porque estes estão diretamente em contato com os usuários e familiares, e com uma responsabilidade no que diz respeito ao trabalho de atendimento, o que lhes aporta a obrigação de uma aproximação mais aprofundada com a realidade investigada. Entre os profissionais os gerentes dos CAPS também foram participantes deste estudo, compreende-se que os coordenadores não só exercem um papel fundamental na ação dos CAPS, a partir de sua liderança na esfera organizacional, mas possuem um conhecimento geral dos processos políticos, administrativos e técnicos que condicionam

a ação técnico-assistencial dos serviços e na rede de atenção psicossocial (MARTINHAGO, 2012).

Para a seleção dos usuários, familiares e profissionais, o pesquisador realizou cerca de duas reuniões prévias com os gerentes e profissionais de cada serviço, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa.

Os usuários foram selecionados a partir de indicação dos profissionais e da busca no SISAM 13, um software de organização e gerenciamento do acesso aos serviços de Saúde Mental que permite o monitoramento da rede de assistência dos 26 (vinte e seis) municípios que compõem a DRS XIII. Seu objetivo principal é agilizar e qualificar a avaliação de urgência inicial e tornar mais acessíveis as informações dos pacientes da Saúde Mental, entre os diferentes serviços da DRS. Sua implantação se deu a partir de um dos princípios do SUS de organizar-se em diferentes redes de atenção à saúde, regionalizadas e hierarquizadas. Por meio do SISAM 13, é possível monitorar os pacientes desde sua admissão na atenção básica até a alta hospitalar em outro nível de complexidade. Seu início em Ribeirão Preto data do ano de 2012 e ocorreu através de uma parceria entre o DRS XIII, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Seu desenvolvimento é feito por meio do constante processo de levantamento de requisitos junto aos técnicos interlocutores da Saúde Mental dos 26 (vinte e seis) Municípios do DRS XIII, juntamente com representantes dos serviços municipais e estaduais (Câmara Técnica de Saúde Mental) (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

No acesso e pesquisa no SISAM 13, foi possível caracterizar o encaminhamento dos serviços especializados em internação psiquiátrica e identificar os usuários dos serviços CAPS que possuíam mais de uma internação hospitalar. Posterior a esta análise foi realizado o levantamento e pesquisa documental no prontuário destes pacientes. O convite de participação na pesquisa se deu por contato telefônico com os usuários, no encontro com os mesmos no cotidiano dos serviços e na apresentação da pesquisa aos grupos em que o pesquisador participou como observador.

Os familiares foram elencados a partir de indicações dos usuários dos serviços e dos profissionais. Esse contato foi majoritariamente por telefone. Os profissionais de saúde se voluntariam para a pesquisa durante as reuniões de apresentação do estudo.

As entrevistas foram realizadas em espaço que garantia a privacidade e o anonimato, sendo explanados os objetivos da pesquisa, seus benefícios e riscos, bem como a entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram elaborados TCLEs para os usuários, para os familiares e para os profissionais, respectivamente localizados no apêndice A, apêndice B e Apêndice C. Não houve nenhuma objeção à participação na pesquisa por parte dos indivíduos convidados.

4.3.1. Critérios de Inclusão.

- 1) Usuários que estavam em acompanhamento e/ou tratamento no serviço CAPS II e CAPS III, com discurso organizado, que não estavam em surto ou em crise psicótica, conscientes e preservados auto e alopsiquicamente, capazes de compreender e responder às questões, e que possuíam mais de uma internação hospitalar psiquiátrica em sua trajetória de cuidado.
- 2) Familiares de usuários do serviço CAPS II e CAPS III com mais de uma internação hospitalar psiquiátrica, com discurso organizado, consciente, capazes de compreender e responder às questões.
- 3) Profissionais do serviço CAPS II e CAPS III com função relacionada à assistência e ao cuidado, com ensino técnico ou superior em um curso da área da saúde.

4.3.2. Critérios de exclusão

- 1) Usuários que tivessem como primeiro eixo de diagnóstico o uso de álcool e/ou outras drogas; Que estivessem em surto e/ou crise psicótica, sem discurso coerente e organizado e/ou com outros aspectos que não permitissem compreender e responder as questões;
- 2) Usuários com idade inferior a dezoito anos;
- 3) Usuários que não tivessem em seu percurso de tratamento internação psiquiátrica;
- 4) Usuários com apenas uma internação hospitalar psiquiátrica;

- 5) Familiares com idade inferior a dezoito anos, que não tivessem contato direto e rotineiro com os usuários; e/ou que apresentassem algum aspecto que dificultasse a compreensão das questões.
- 6) Profissionais dos serviços sem relação direta com a assistência e que não possuísem ensino técnico ou superior.

4.4.. Instrumentos para a coleta de dados

4.4.1. Levantamento documental.

Como descrito anteriormente, se utilizou do sistema SISAM 13 e do levantamento documental dos prontuários para coleta dos dados sociodemográficos e de caracterização dos usuários pesquisados. Assim as informações referentes quantidade total de internações e seus motivos do município de Ribeirão Preto foram extraídos do SISAM 13. As informações referentes ao sexo, estado civil, quantidade de reinternações e classificação diagnósticas dos usuários participantes desta pesquisa foram extraídos dos prontuários, quando houve lacunas nas informações elas foram coletadas nas entrevistas.

A caracterização do perfil sociodemográfico dos usuários da saúde mental do território brasileiro se faz relevante por mapear a população que necessita de atendimento especializado, seu núcleo familiar e a estrutura organizacional dos serviços de saúde mental, afim de propor estratégias e intervenções adequadas às singularidades e aos contextos dos sujeitos com transtorno mental. (TOMASI *ET AL*, 2010 *apud* CIRINEU, 2016). Estudos que mapeiam o perfil sociodemográfico tem relevância para avaliação do cenário das políticas públicas de saúde mental.

4.4.2. Roteiro de entrevista semiestruturada.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para os usuários, familiares de usuários e profissionais dos serviços de Saúde Mental, com questões baseadas na teoria da reabilitação psicossocial, nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e na constituição da RAPS. A entrevista se caracterizou por um roteiro com 10 (dez)

questões. Durante a entrevista surgiam questões relacionadas ao próprio recorte situacional do contato prévio com os participantes.

A entrevista semiestruturada possui como característica questionamentos apoiados em uma teoria e/ou hipótese que se relaciona ao tema da pesquisa, estas questões são complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas da entrevista (Silva, 2014). Os questionamentos trazem novas hipóteses sobre o tema escolhido como foco pelo entrevistador-pesquisador (TRIVIÑOS, 1987). Manzini (1999) menciona que a entrevista semiestruturada favorece a descrição de fenômenos sociais e sua explicação em sua totalidade, além de permitir respostas com informações mais livres e não condicionadas, atingindo assim maior clareza nas descrições dos fenômenos sociais pesquisados e da descoberta de significados e comportamentos das pessoas de determinados meios culturais. A entrevista semiestruturada possui um roteiro de questões básicas que em conjunto com a observação do entrevistador, permite explorar sentimentos, pensamentos e intenções. Ou seja, coleta de dados subjetivos.

Para cada público pesquisado foi elaborado um roteiro de questões:

- Para os usuários foram realizadas perguntas acerca de suas percepções sobre: a reinternação psiquiátrica; sua rede de suporte social; sua interação com família, amigos, comunidade, território e serviços de saúde (Apêndice D);
- Para os familiares foram feitas questões acerca de sua percepção sobre a reinternação do usuário do serviço e suas interações com núcleo familiar e sociedade (Apêndice E);
- Para os profissionais foram elaboradas questões acerca de sua percepção sobre a reinternação psiquiátrica, as interações do usuário com seu núcleo familiar, comunidade e serviço, e sobre a implantação e funcionamento da RAPS no município (Apêndice F).

4.4.3. Gravador e armazenamento digital.

Para a coleta e das informações foi utilizado um gravador digital e seu armazenamento feito no notebook do pesquisador. Os dados foram posteriormente transcritos para a análise dos dados.

4.5. Coleta de dados.

A coleta de dados teve início nos meses de fevereiro e março de 2017, dando continuidade e término no mês de outubro do mesmo ano.

O levantamento documental ocorreu nos Centros de Atenção Psicossocial II e III de Ribeirão Preto. Na primeira etapa, foram extraídos dados estatísticos referentes às internações do sistema de Saúde Mental de Ribeirão Preto e da DRS XIII. A partir destes registros, selecionamos as seguintes informações: internações por município da DRS XII, internações por sexo, internações por serviço que possui Enfermaria psiquiátrica e solicitações de internações feitas pelos serviços especializados de Saúde Mental.

Na segunda etapa do levantamento documental, por meio do SISAM 13 e da análise dos prontuários, foram extraídos os dados sociodemográficos dos usuários. Vale ressaltar que alguns dados dos usuários dos serviços de Saúde Mental que não foram contemplados na busca digital e nos prontuários puderam ser obtidos por meio das entrevistas, tais como: circulação no território, ano de início de tratamento e quais equipamentos de saúde utilizavam.

Os dados sociodemográficos dos familiares que participaram da pesquisa foram obtidos por meio de perguntas sobre idade, sexo, estado civil, ocupação e parentesco com o usuário.

Os dados sociodemográficos dos profissionais que participaram da pesquisa foram obtidos a partir de perguntas sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e função no serviço.

Os participantes foram convidados a participar por meio de contato telefônico e contato nos espaços dos serviços de saúde mental. Todas as entrevistas foram realizadas em espaço e horário combinados previamente, e de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas, em sua maioria, foram feitas nas salas de atendimentos dos CAPS. Três entrevistas, no caso dos familiares, foram feitas na casa dos mesmos. Todas as entrevistas foram realizadas em espaço que garantia a privacidade e sigilo dos participantes. Num primeiro momento, era explicado o objetivo, os benefícios e os riscos da pesquisa, e feita a entrega do TCLE aos participantes. Posteriormente, as

entrevistas foram gravadas em áudio digital (registradas com transcrição integral), fornecendo um *corpus* de informação e um texto para a análise.

O orçamento da pesquisa referente a gastos com materiais de escritório, gravador e deslocamento com viagens para a realização da coleta de dados foi possibilitado com financiamento próprio.

4.6. Procedimentos para análise de dados.

A análise de dados é uma etapa de um processo que se propõe a obter respostas de uma investigação ou pesquisa, sendo necessário se estabelecer questões que norteiam o estudo e os dados obtidos (SANTOS, 2011). Para a análise dos dados deste estudo foi utilizada a abordagem quali-quantitativa, com predominância da abordagem qualitativa.

4.6.1 Análise do levantamento documental.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados do levantamento documental, estes dados foram separados por variáveis pré-estabelecidas (sexo, idade, estado civil, entre outros) para os diferentes públicos do estudo, para melhor visualização e análise eles foram alocados em planilhas apresentadas no capítulo *resultados*. O cálculo da porcentagem das variáveis tiveram por base o número total de participantes de cada público em específico.

4.6.2. Análise do conteúdo e organização dos dados empíricos.

A transcrição literal das 30 (trinta) entrevistas referentes aos usuários, familiares e profissionais possibilitou a constituição de um texto para análise. Os dados colhidos neste estudo foram submetidos à análise de conteúdo, que, segundo Minayo (2008) tem como objetivo atingir um nível aprofundado do material, aquele que ultrapassa os significados manifestos. Bardin (2016) traz, ainda, que a análise de conteúdo busca a significação, que naturalmente se libera de um texto analisado e denota valores de referência, crenças e comportamentos presentes no discurso. A análise considerou o

que foi mais marcante em cada entrevista, sendo recortada de cada resposta os seus fragmentos mais significativos.

De acordo com as orientações de Bardin (2016) a análise foi composta de etapas:

1ª Etapa: A pré-análise do material.

Foi realizada a leitura flutuante e repetida do material coletado nas entrevistas dos usuários, familiares e profissionais, seu intuito foi compreender e organizar de forma não-estruturada aspectos importantes para a análise. Foi um primeiro contato com material, permitindo primeiras impressões e possibilitando conhecer o contexto dos entrevistados (CÂMARA, 2013; CAMPOS, 2004).

Num segundo momento, para nortear a análise qualitativa dos dados colhidos, foram elaboradas categorias analíticas embasadas pelos conceitos e princípios da Reabilitação Psicossocial, da Reforma Psiquiátrica, da Reinternação Psiquiátrica e da RAPS, levantados a partir da revisão integrativa da literatura. As categorias analíticas formuladas neste estudo totalizaram-se em cinco:

- **Categoria analítica 01** - Não adesão ao tratamento nos serviços substitutivos.
- **Categoria analítica 02** - Relações familiares e suporte familiar no tratamento.
- **Categoria analítica 03** - O episódio de intenso sofrimento psíquico e seu lugar de pertencimento.
- **Categoria analítica 04** - Os aspectos além do setor saúde.
- **Categoria analítica 05** - Organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.

2ª Etapa: Exploração do material - seleção das unidades de análise.

Foi realizada uma leitura transversal de cada *corpus*, identificando as unidades de registro, caracterizadas como uma unidade de significação codificada e que correspondem ao segmento de conteúdo significativo a partir da pergunta ao objeto de estudo. A unidade de registro escolhida para este estudo foi o conjunto de temas observados com maior frequência, relacionado às categorias analíticas.

Bardin (2016) refere que o tema é a afirmação acerca de um assunto, pode ser composta de uma frase, um resumo ou uma frase condensada e estar influenciado por

valores e crenças singulares. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura. Nele há uma significação complexa. (D'UNRUG, 1974 *apud* BARDIN, 2016).

3ª Etapa: Interpretação e Tratamento dos resultados obtidos.

Foi elaborada uma articulação entre os referenciais teóricos da reabilitação psicossocial e da reforma psiquiátrica que embasaram as categorias analíticas dos temas obtidos do conteúdo dos textos. A partir da proposta de codificação, de inferências e das interpretações dos temas, obtiveram-se as categorias empíricas. Na categorização, há o agrupamento de um elemento em comum apresentado nos díspares discursos, fornecendo assim, por condensação, uma representação dos dados brutos (BARDIN, 2016).

Para a categorização consideraram-se as entrevistas dos três públicos deste estudo. Os dados obtidos vão ao encontro às categorias analíticas elaboradas pelo pesquisador, conforme mostra a tabela a seguir:

Tabela 03 – Sistematização da análise de dados: categorias analíticas e categorias empíricas.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS
01. Não adesão ao tratamento nos serviços substitutivos.	1.1. Não adesão medicamentosa.
02. Relações familiares e suporte familiar.	2.1. Baixo suporte familiar. 2.2. Sobrecarga do familiar.
03. O episódio de intenso sofrimento psíquico e seu lugar de pertencimento.	3.1. A crise no sofrimento psíquico.
04. Os aspectos além do setor da saúde.	4.1. Os estressores sociais.
05. Organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.	5.1. Rede de Atenção Psicossocial incipiente. 5.2. Baixa comunicação intersetorial. 5.3. Não apropriação da atenção básica do sujeito com transtorno mental; não fortalecimento da Atenção Básica.

Fonte: elaborado pelo pesquisador. 2018.

Para uma melhor compreensão e clareza de como foram organizados os dados, foi elaborado pelo pesquisador um diagrama de todas as etapas, conforme a figura a seguir:

Figura 07- Diagrama elaborado para demonstrar o processo de análise dos dados do estudo.

Fonte: elaborado pelo autor.2018.

Vale enfatizar que as categorias surgidas a partir da categorização das percepções dos usuários, familiares e profissionais serão discutidas oportunamente no capítulo “*Resultados e discussões*”.

3.7. Princípios éticos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por meio do parecer 1.903.105, de 2017. A pesquisa encontra-se em conformidade com a resolução nº 466/12, seguindo os preceitos éticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e privacidade.

Os participantes concordaram em participar de modo voluntário da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi elaborado um TCLE para o público pesquisado, respectivamente em anexo, preservando-se, assim, todos os princípios éticos.

Interessou a esta pesquisa identificar, no percurso de tratamento em Saúde Mental, quais motivos levam as pessoas a serem internadas mais de uma vez em Enfermarias psiquiátricas, no contexto sócio-político da Reabilitação Psicossocial.

Vale ressaltar que o sujeito está inserido em um território, onde permeia uma teia de relações com a comunidade, com o núcleo familiar, com a rede social e com os serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade. Resgata-se, assim, a importância da perspectiva desses outros atores sobre o tema deste estudo.

Ao considerar os CAPS II e III como os locais escolhidos para este estudo, são reconhecidos como os dispositivos estratégicos da atenção psicossocial, e da RAPS – no contexto da Reforma Psiquiátrica – frente ao cuidado manicomial. É ressaltada, então, a importância da percepção dos profissionais que estão atuando diretamente na assistência, bem como a dos gestores dos serviços da qual se trata este estudo.

5.1. Dados sócio-demográficos: Mapeando o perfil da internação psiquiátrica hospitalar no município de Ribeirão Preto/SP.

Por meio da análise qualitativa foram extraídas as seguintes variáveis referentes às internações realizadas na DRS XIII do SISAM 13: Internações por sexo, quantidade de internações por município, motivos das internações. Os dados extraídos são referentes ao período de 2012 a 2015.

Na tabela a seguir são apresentados a quantidade de internações por município pertencente a DRS XII.

Tabela 04 - Internações realizadas pelos municípios pertencentes à RRAS Aquífero Guarani, no período de 2012 a 2015.

Número de internações de 2012 a 2015.				
Municípios	2012	2013	2014	2015
Cravinhos	11	25	39	40
Guatapar	03	21	08	11
Jardinópolis	34	46	42	37
Luis Antnio	01	9	04	07
Ribeirão Preto	301	658	611	654
Santa Rita do Passa Quatro	25	43	19	39
Santa Rosa de Viterbo	08	21	23	15
São Simão	10	23	08	18
Serra Azul	03	12	11	18
Serrara	25	50	47	69
TOTAL	421	908	812	908

Fonte: SISAM 13. 2016

De acordo com a tabela, pode-se observar que Ribeirão Preto apresenta o maior ndice de internces dos municípios pertencentes à DRS-XIII. Tal fator pode ocorrer por Ribeirão Preto apresentar uma maior extensão territorial e o maior número de habitantes, Ribeirão preto também possui maior quantidade de hospitais com leitos psiquiátricos e admite pacientes dos municípios que não possuem esta estrutura

hospitalar. Outro dado importante é o aumento significativo no número de internações realizadas entre o ano de 2012 para 2013 e o aumento do ano de 2014 para 2015 no município de Ribeirão Preto e também na totalidade da DRS XIII. Ressalta que o aumento de internações vai de encontro com um dos pilares da reforma psiquiátrica que é a diminuição de internações psiquiátricas.

Os motivos pelos quais os sujeitos com transtornos mentais são encaminhados para a internação psiquiátrica hospitalar são vários, a tabela a seguir apresenta os motivos mais relevantes para as internações do município de Ribeirão Preto.

Tabela 05- Motivo dos encaminhamentos para internação psiquiátrica hospitalar no período de 2012 a 2015 no município de Ribeirão Preto-SP.

Internações realizadas no município de Ribeirão Preto no período de 2012 á 2015 por motivos de encaminhamento.					
Motivos de Encaminhamento	2012	2013	2014	2015	Total de internações
Abstinência do uso de substâncias psicoativas	55	146	124	113	438
Agitação Psicomotora	20	98	123	136	377
Autoagressividade/Heteroagressividade	76	195	01	01	273
<i>Delirium Tremens</i>	08	06	00	00	14
Ideação Suicida	86	218	147	164	615
Intoxicação por substâncias psicoativas	08	01	10	01	20
Ordem Judicial	01	01	01	01	04
Primeiro Surto	39	72	67	66	244
Quadro Depressivo Grave	11	31	31	27	100
Surto Maníaco	24	108	105	64	301
Outros	24	108	105	64	301
Total de Internações	347	984	705	637	2673

Fonte: SISAM 13. 2016.

O motivo mais recorrente é a ideação e tentativa de suicídio, chama a atenção para o aumento significativo dos sujeitos com ideação e tentativa de autoextermínio do ano de 2012 para o ano de 2013, ressalta-se que não houve uma remissão significativa desta variável nos anos posteriores, mantendo-se assim com um fator relevante para as internações.

As internações que ocorrem por agitação psicomotora que podem acontecer momentos de intenso sofrimento psíquico estão localizadas como um dos principais fatores para a internação psiquiátrica hospitalar, a tabela aponta para o aumento desta variável ao longo dos anos pesquisados, observa-se, porém, que mesmo com aumento da agitação psicomotora há a diminuição de internações por heteroagressividade. Outro fator importante que está indiretamente ligado às questões de saúde mental são as internações devido à abstinência do uso de substâncias psicoativas.

Outro dado extraído do SISAM 13 foi à quantidade de internações e sua relação com o variável sexo, conforme ilustra a figura a seguir.

Figura 08- Internações por sexo realizadas no município de Ribeirão Preto no período de 2012 à 2015.

Fonte: SISAM 13. 2016.

De acordo com a imagem observa-se um número superior de internações psiquiátricas do sexo masculino ao longo dos anos em relação às internações do sexo feminino, este fator é relevante pois há predominância da população feminina, totalizando 314,511 mulheres, em relação ao sexo masculino que são 290,171 homens na cidade. Um possível fator deste índice é a distribuição do número de leitos psiquiátricos por sexo nos hospitais do município.

Observa-se o aumento significativo de internações de ambos os sexos entre o ano de 2012 e 2013. Em relação aos homens que interna observa pouca variação dos dados nos anos de 2013 e 2014 e aumento importante no ano de 2015.

Em relação às mulheres que internaram há um relevante aumento entre os anos de 2012 e 2013, como citado anteriormente, porém, verifica-se uma sutil diminuição feminino nos anos posteriores, mesmo assim, há um número alto de internações ao observar que a cidade possui serviços especializados de saúde mental e a uma rede de atenção psicossocial.

Os Centros de Atenção Psicossocial II e III são responsáveis pelo encaminhamento de usuários aos serviços de internação psiquiátrica, a tabela a seguir apresenta a quantidade de encaminhamentos para internação psiquiátrica feitas pelos CAPS.

Tabela 06- Total de solicitações de internações psiquiátricas realizadas pelo CAPS II e III no período de 2012 a 2015.

Total de solicitações de internações psiquiátricas realizadas pelo CAPS II e III no período de 2012 a 2015				
Ano	2012	2013	2014	2015
Número de internações	388	699	305	106

Fonte: SISAM13. 2016.

De acordo com a tabela há o aumento significativo de encaminhamentos para internações entre o ano de 2012 a 2013 e posterior ao ano de 2013 há uma diminuição importante. Os fatores possíveis para essa variação é a mudança no perfil do CAPS III do município que não realizava uma função de equipamento de reabilitação psicossocial, mas, de porta de entrada de urgências e emergências psiquiátricas e

regulador para a internação psiquiátrica. Posterior ao esse ano de 2013 houve a reestruturação das ações do CAPS III, observa-se também importantes divergências ideológicas entre a coordenação de saúde mental do município seguindo uma lógica hospitalocêntrica e os CAPS com a lógica da reabilitação psicossocial, ressalta-se que a partir do ano 2014 há o fortalecimento da rede de atenção psicossocial do município, fator que pôde contribuir para a diminuição dos encaminhamentos.

5.2 Dados sóciodemográficos: caracterizando o perfil dos usuários, familiares e profissionais.

Os dados referentes aos usuários dos serviços foram obtidos a partir da análise dos prontuários.

As informações que não foram possíveis de identificar pelo prontuário foram autorreferidos pelos próprios participantes durante a entrevista. Para preservar o anonimato dos participantes do estudo, estes foram identificados, ao longo da pesquisa, com as letras “U” para usuários, “F” para familiares e “P” para profissionais. Todos acrescidos de um número, escolhido aleatoriamente.

5.2.1. Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários com reinternações frequentes.

Foram pesquisados um total de 20 prontuários no CAPS III e 15 prontuários no CAPS II de Ribeirão Preto, por meio do critério de quantidade de internações hospitalares o sujeito possuía e da aceitação em participar da pesquisa foram selecionados os dez participantes.

Os dados extraídos dos prontuários são referentes aos usuários participantes desta pesquisa, a tabela a seguir apresenta os resultados das variáveis sexo, faixa etária e estado civil.

Tabela 07– Idade, sexo e estado civil dos usuários reinternantes dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP (n=10), 2017.

VARIÁVEIS	F	%
IDADE		
20 a 29 anos	00	00
30 a 39 anos	05	50,0
40 a 49 anos	01	10,0
50 a 59 anos	04	40,0
SEXO		
Feminino	07	70,0
Masculino	03	30,0
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	06	60,0
Casado(a)	03	30,0
Divorciado(a)/Separado(a)	01	10,0

Fonte: elaborado pelo pesquisador.2018.

De acordo com a tabela 06, pode-se observar que 50% dos usuários que são reinternados estão na faixa etária dos 30 aos 39 anos, considerada como idade economicamente produtiva na vida do ser humano. Um dado curioso é que 40% dos participantes estão na faixa etária dos 50 a 59 anos, idade anterior à fase idosa da vida.

Em relação ao sexo dos participantes reinternantes é importante ressaltar a predominância do sexo feminino (70%), e que este dado é contrastante com o total de internações do município que apresentam uma predominância masculina.

Observa-se que em relação ao estado civil 60% são solteiros, é importante considerar a correlação entre este dado e os dados que apontam a predominância de reinternações do sexo feminino. Dessa forma, observa-se que há uma maior quantidade de mulheres solteiras que reinternam.

A tabela abaixo apresenta os dados referentes a ocupação e constituição familiar dos usuários participantes deste estudo.

Tabela 08 – Ocupação e constituição familiar dos usuários reinternantes dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP (n=10), 2017.

VARIÁVEIS	F	%
OCUPAÇÃO		
Do lar	04	40,0
Aposentado (a)	02	20,0
Voluntário (a)	01	10,0
Nenhuma	01	10,0
Desenhista	01	10,0
Faxineiro (a)	01	10,0
COM QUEM VIVE ATUALMENTE		
Sozinho	01	10,0
Pais	01	10,0
Pais e irmãos	01	10,0
Pais, irmãos e sobrinhos	01	10,0
Esposo (a) e filhos	03	30,0
Filhos e netos	02	20,0
Irmãos e sobrinhos	01	10,0
NÚMERO DE PESSOAS COM QUEM VIVE		
01	01	10,0
03	05	50,0
04	03	30,0
06	01	10,0

Fonte: elaborado pelo pesquisador. 2018.

Conforme os dados apresentados na tabela 07, é possível notar que a maioria (40,0%) dos usuários considera como sua ocupação ser “do lar” (exercer e auxiliar nas atividades de manutenção do domicílio). É importante ressaltar que 60% dos usuários não possuem ocupações que lhe provêm um retorno financeiro.

Observou-se um alto percentual de pessoas (90%) que reside com um núcleo familiar e 90% residem com mais de 03 pessoas no domicílio. Chama a atenção que 60% dos entrevistados não possuem renda e residem com os familiares dessa forma podendo ser dependentes financeiramente.

Por meio destes dados é curioso a correlação do sujeito que reinternar: mulheres, solteiras, com ocupações que não geram renda e que residem com familiares.

Na tabela seguinte apresentamos os resultados referentes a quantidade de reinternações dos usuários participantes deste estudo.

Tabela 09 – Reinternações psiquiátricas dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP (n=10), 2017.

VARIÁVEIS	F	%
QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES		
Entre 02 e 10	05	50,0%
Entre 10 e 20	02	20,0%
Entre 30 e 40	02	20,0%
Entre 40 e 50	01	10,0%
MOTIVO DA REINTERNAÇÃO		
Agitação psicomotora e episódio psicótico	03	30,0%
Tentativa de suicídio	02	20,0%
Autoagressão e tentativa de suicidio	04	40,0%
Tentativa de suicídio e episódio psicótico.	01	10,0%
INÍCIO DO TRATAMENTO		
Entre 1970 e 1979	01	10,0%
Entre 1980 e 1989	01	10,0%
Entre 1990 e 1999	02	20,0%
Entre 2000 e 2009	02	20,0%
Entre 2010 e 2017	03	30,0%

Fonte: elaborado pelo pesquisador. 2018.

Na tabela 08, observa-se que, 50% dos usuários tiveram entre 02 (duas) e 10 (dez) e que 50% já passam por mais de 10 reinternações psiquiátricas em sua trajetória de tratamento. Chama a atenção a correlação deste dado com a variável *início do tratamento*, observa-se que 70% dos usuários iniciaram o tratamento após o período da reforma psiquiátrica e que 30 % apresentaram início de tratamento recente, posterior ao ano de 2010.

Em relação ao motivo do encaminhamento para reinternação, há predominância das tentativas de suicídio totalizando 70%, este dado corrobora com os dados retirados do SISAM 13 sobre os motivos para internação psiquiátrica.

Na tabela seguinte apresentamos os resultados referentes aos diagnósticos e a participação dos usuários nos serviços da RAPS.

Tabela 10 – Diagnósticos levantados no prontuário e Serviços de Atenção à Saúde, respondidos pelos usuários reinternantes dos Centros de Atenção Psicossocial tipo I e tipo II, em Ribeirão Preto/SP (n=10), 2017.

VARIÁVEIS	F	%
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		
Esquizofrenia	05	50,0%
Transtorno de Personalidade Borderline e Transtorno Depressivo recorrente	04	40,0%
Transtorno Afetivo Bipolar	01	10,0%
FAZ ACOMPANHAMENTO EM OUTRO SERVIÇO?		
Sim	01	10,0%
Não	09	90,0%
SE SIM, QUAL?		
Hospital Dia	01	10,0%

Fonte: elaborado pelo pesquisador. 2018.

Na tabela 09, verifica-se que o diagnóstico com maior representatividade é a esquizofrenia (50%). Observa-se também que as reinternações com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline apresenta também grade porcentagem (40%).

Verificou-se que 90% têm seus cuidados em saúde mental centralizados nos centros de atenção psicossocial, dessa forma, não utilizando outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial do município.

5.2.2. Caracterização e dados sociodemográficos dos familiares.

Os dados sociodemográficos referentes aos familiares foram autorreferenciados pelos entrevistados, obtivemos os seguintes resultados que podem caracterizar

sociodemograficamente as famílias dos usuários selecionados para o estudo. Na tabela abaixo apresentamos os dados referentes a idade, sexo e grau de parentesco dos familiares.

Tabela 11- Idade, sexo e grau de parentesco dos familiares dos usuários dos Centros de atenção psicossocial tipo I e II de Ribeirão Preto-SP (n=10). 2017.

VARIÁVEIS	F	%
IDADE		
30 a 39 anos	02	20,0
40 a 49 anos	03	30,0
50 a 59 anos	03	30,0
60 a 69 anos	01	10,0
70 a 79 anos	01	10,0
SEXO		
Feminino	08	80,0
Masculino	02	20,0
GRAU DE PARENTESCO		
Mãe	04	40,0
Irmão(ã)	03	30,0
Esposo	01	10,0
Filhas	02	20,0
RESIDE COM O USUÁRIO DO CAPS		
Sim	09	90,0
Não	01	10,0

Fonte: elaborado pelo pesquisador.2018.

Conforme a tabela 10 a faixa etária dos familiares participantes está compreendida entre 40 a 49 anos (30%), ressalta-se que há um número significativo de familiares cuidadores que estão próximos a fase idosa da vida ou já são idosos (50%).

Outro dado que chama a atenção é a predominância do sexo feminino (80%) no cuidado ao sujeito com transtorno mental, importante correlacionar este dado com a

variável *parentesco* que verifica que o grau de parentesco materno é o mais predominante entre familiares cuidadores (80%). É importante ressaltar que o familiar responsável pelo cuidado, segundo os dados, é a mãe, porém que nos dados anteriores os usuários residem com mais de 03 pessoas. Desses familiares participantes, afirma-se que 90% residem com os sujeitos com transtorno mental,

5.2.3. Caracterização e dados sociodemográficos dos profissionais.

Os dados sociodemográficos dos profissionais foram autorreferenciados por meio das entrevistas. Foram extraídos dados referentes a idade, sexo e profissão conforme apresenta a tabela a seguir:

Tabela 12- Idade, sexo e profissão dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Ribeirão Preto-SP. (n=10). 2017.

VARIÁVEIS	F	%
IDADE		
30 a 39 anos	03	30,0
40 a 49 anos	02	20,0
50 a 59 anos	04	40,0
60 a 69 anos	01	10,0
SEXO		
Feminino	07	70,0
Masculino	03	30,0
PROFISSÃO		
Auxiliar de enfermagem	02	20,0
Técnico(a) de enfermagem	01	10,0
Enfermeiro(a)	02	20,0
Educador Físico(a)	01	10,0
Psicólogo(a)	02	20,0
Psiquiatra	01	10,0
Terapeuta Ocupacional	01	10,0

Fonte: elaborado pelo pesquisador. 2018.

Um dado interessante é que a faixa etária predominante está entre os 50 e 59 anos, caracterizando assim uma população que vivenciou o processo da reforma psiquiátrica brasileira, vale ressaltar que estão adentrando a fase idosa da vida, dessa forma próximos ao período de aposentadoria.

Em relação ao sexo é importante verificar a predominância de profissionais do sexo feminino (70%) em relação ao sexo masculino. Outro dado importante esta relacionado ao variável profissão, na qual há predominância da categoria da enfermagem. Observa-se poucos profissionais com formações voltadas especificamente ou com grande parte da grade curricular voltada para a saúde mental como psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional por exemplo

4.3. Apresentação dos resultados qualitativos

A partir desse tópico apresentaremos os resultados da etapa qualitativa da pesquisa, a qual foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários, familiares e profissionais dose serviços selecionados para este estudo.

Segundo o referencial metodológico que balizou esse estudo, a análise de conteúdo, o processo de análise foi realizado em etapas: primeiramente foi feito o processo de pré-análise, escolhendo o material a ser estudado- realizando a revisão da literatura; selecionando a reabilitação psicossocial e a reforma psiquiátrica como conceitos para as categorias analíticas, na segunda etapa foi realizado a leitura exaustiva do material e selecionado os temas que vão ao encontro com as categorias analíticas, na terceira etapa foi realizado a codificação dos temas que apareceram com maior frequência identificando assim as categorias empíricas, conforme ilustra a tabela abaixo.

Tabela 13 – sistematização das categorias analíticas e empíricas construídas a partir da análise de conteúdo.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS
06. Não adesão ao tratamento nos serviços substitutivos.	1.2. Não adesão medicamentosa.
07. Relações e suporte familiar.	2.1. Baixo suporte familiar. 2.2. Sobrecarga do familiar.
08. O episódio de intenso sofrimento psíquico e seu lugar de pertencimento.	3.1. A crise no sofrimento psíquico.
09. Os aspectos além do setor da saúde.	4.1. Os estressores sociais.
10. Organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.	5.1. Rede de Atenção Psicossocial incipiente. 5.2. Baixa comunicação intersetorial. 5.3. Não apropriação da atenção básica do sujeito com transtorno mental; não fortalecimento da Atenção Básica.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador. 2018.

5.3.1 Construção das categorias empíricas: sentidos e percepções dos fatores da reinternação hospitalar psiquiátrica.

A partir da leitura do *corpus* e de sua intersecção com fundamentações teóricas das categorias analíticas foi possível construir as categorias empíricas. O processo de categorização atendeu aos critérios de repetição e de relevância dos elementos presentes na fala.

5.3.1.1 Categoria analítica 01 - Não adesão ao tratamento nos serviços substitutivos.

Nesta categoria analítica foi identificada uma categoria empírica, abordada a seguir.

4.3.1.1.2 Categoria empírica: Não adesão medicamentosa e não uso correto da medicação

No relato dos entrevistados neste estudo, nota-se que consideram como motivos importantes para a reinternação a não adesão medicamentosa e o não uso da medicação indicada pelo médico. Consideram, em sua maioria, que o usuário não apresenta condições de gerenciar sua própria medicação e que esta função está, no geral, atribuída aos familiares, que acabam por não desempenhá-la corretamente. Outro fator verbalizado é que, no momento em que o sujeito com sofrimento psíquico percebe a melhora dos sintomas, o mesmo interrompe o uso da medicação por conta própria. Muitas vezes, não reconhece a necessidade de dar continuidade ao tratamento, por considerar-se já curado.

P01: “A reinternação está relacionada à medicação, à falta de medicação ou porque a família acaba se desorganizando e não consegue medicar corretamente. Porque a maioria deles são muito medicados”.

P05: “(...) não medicação correta, né, não fazer uso correto da medicação também. Aumenta muito os casos de internação, porque não trata (sic) direito. Então a não adesão ao tratamento, é mais é isso”.

P06: “Principalmente a não inserção da medicação... Ele não fazer uso certo da medicação. Começa a tomar, melhora, acha que está bem e não precisa mais da medicação, e não toma mais. (...) Falta supervisão na família de alguém que está com esse paciente ali 24h ver se esse paciente realmente tomou. Ah, mas não é só ver, ‘tomou a medicação?’ ‘Ah, tomei!’ Não é só isso, é ver ele tomar e certificar que ele tomou, ‘Tomou? Deixa eu ver, abre a boca’... Porque ele esconde muitas vezes de baixo da língua para não tomar. Fala que vai tomar e não toma. Então, a supervisão é essa... É olhar que está tomando. Tomou? ‘Me deixa eu ver, abre a boca’. ‘Ah, não precisa ver? Então mostra que você tomou!’ (...)”

Nota-se nos relatos dos profissionais a responsabilização dos familiares para o gerenciamento da medicação.

Outro motivo que leva a não aderência medicamentosa identificados nos relatos são os efeitos colaterais que a medicação promove como consta na fala desse usuário:

U01- “É eu gosto de sexo. Nossa, mas é um rolo viu eu tenho muito fogo né e não consigo descarregar por causa do remédio não tenho namorada não consigo arrumar”

O uso da medicação está associado a não reinternação, para alguns usuários não usar a medicação está condicionado a ser internado.

U02- “se não tomar o remédio vai para o Santa Teresa. Infelizmente vou para o Santa Tereza porque as vezes não tomo o remédio”.

Para os familiares o não uso da medicação também um fator catalisador para a reinternação. Um familiar identifica que a família precisa de responsabilizar pelo gerenciamento da medicação, porém, que uso regular da medicação não ocorre devido ausência dos remédios na rede de saúde e que a família muitas vezes não possui condições financeiras de adquirir a medicação, e que quando conseguem o dinheiro o mesmo não está disponível nas farmácias, como consta no relato a seguir:

F03: “Eu dou a medicação certa. Mas na verdade tá faltando na rede eu já briguei até entrei na justiça para ver o que pode ser feito, mas na rede tá faltando aí no fórum eu falei que estou sendo obrigado a comprar o remédio pra ela que é de alto custo e não tá achando nem nas farmácias”.

5.3.1.2 Categoria analítica 02 - Relações e suporte familiar.

Nesta categoria analítica temos 02 categorias empíricas que serão melhor discutidas nos subtópicos.

5.3.1.2.1 .Categoria empírica: Baixo suporte familiar.

Segundo o conteúdo das falas dos participantes o baixo suporte familiar é um dos fatores que promovem a reinternação. Os usuários entrevistados neste estudo em sua maioria (90%) residem com familiares. Embora identifiquem certo auxílio ao tratamento que a família lhes provê, ressaltam a ausência de apoio dos mesmos, em um nível mais subjetivo, como consta nos relatos abaixo:

U01: “Minha família não me entende”.

U04: “Eu tento ter relacionamento com a família, mas como eu vivi muito tempo em hospital psiquiátrico eu sou a louca, eu sou a retardada e por aí vai..”, “Dizem: ‘Vai internar, né?’, ‘Já vai internar?’”.

U07: “Eu entro em surto e começo a querer fazer mal para mim. Daí, as pessoas me internam”; “(...) mas minha mulher e meus filhos não estão nem aí pra mim”.

A ausência de apoio relatado pelos usuários é elencada na dificuldade de compreensão dos familiares, frente às fragilidades da doença mental. O último relato traz a dificuldade em lidar com os momentos de intenso sofrimento psíquico, impondo aos familiares à busca pela internação psiquiátrica, como último recurso.

Nos relatos demonstrados, se observa pela fala dos usuários que os familiares compreendem a internação psiquiátrica como forma principal de tratamento. Essa situação pode decorrer da dificuldade de conduzir as crises (os momentos de maior sofrimento psíquico), e durante as quais se sentem sobrecarregados e esgotados emocionalmente.

Nos relatos dos participantes observa-se que a internação se torna algo comum na rotina familiar, a sua recorrência passa a ser um importante recurso assistencial, sendo muitas vezes vista como uma estratégia de sobrevivência, tanto para o familiar, quanto para o sujeito com transtorno mental. Na fala do entrevistado observa-se que os conflitos cotidianos incluem em agressões verbais tornando a permanência no domicílio algo insuportável. Isso gera um aumento da insegurança e instabilidade emocional do familiar, conduzindo-o a diminuir ou a se ausentar dos cuidados com o doente mental e a procurar algum recurso que considere como seguro e protetor para o doente, como consta no relato abaixo:

F05: “Olha, na minha opinião, eu acho que falta muito diálogo. Sabe, assim, na casa dela. Tipo na hora que dá (sic) essa crise nela de nervoso (...) Não sei se é porque a gente não consegue conversar com ela. Porque, assim, a gente vai conversar com ela e ela se altera mais ainda. Então, eu sinto que tem um pouco de despreparo, a gente fica inseguro e bravo. E aí, é melhor levar pra conversar no hospital.”

Os profissionais entrevistados identificam que a família é importante no tratamento e que sem o apoio familiar há a precariedade da manutenção do cuidado. Porém, ressaltam a dificuldade em se estabelecer e em se manterem as parcerias com os

familiares, afirmando que estes apresentam dificuldades ao exercerem o papel de cuidadores.

P01: “Porque a família é para onde o paciente volta, e se a família não estiver estruturada para dar conta de oferecer um ambiente um pouco mais organizado, aí fica difícil do paciente dar conta dele e das condições sociais”.

P04: “Mas é difícil você conseguir estabelecer essa parceria. Trabalhar em parceria com as famílias tem sido um processo bem difícil...”.

Observa-se que a dificuldade do familiar em conviver e compreender a doença mental influi no auxílio ao tratamento, conforme o relato:

P05: “(...) E também o próprio familiar, que tem uns que não aceitam a doença do paciente e não reforça, né, o tratamento medicamentoso e nem também a frequência deles ao CAPS, entendeu? Isso dificulta e faz com que esse paciente piore, tenha que internar...”.

Os usuários entrevistados referiram, apesar da vontade, receio de recorrer ao familiar no momento de fragilidade, para se evitar o desgaste da relação. Esse dado aponta para a importância dos familiares serem inseridos no tratamento, seja em espaços de acolhimento, ou em grupos de familiares; isso é reforçado pela fala deste profissional:

P04: “A gente tem uma dificuldade para inserir o familiar no tratamento, que eu nem acho que a questão seja, porque temos também que tomar cuidado para não culpabilizar o familiar”.

5.3.1.2.2 Categoria empírica: A sobrecarga do familiar.

Nessa categoria os participantes referiram a respeito da sobrecarga que o familiar carrega ao ser o cuidador e que o período de internação o auxilia em diversos fatores.

Os usuários relatam laços afetivos com os familiares a angústia e tristeza de se afastar deles no momento da internação, porém, em determinados momentos optam pela internação, pois percebem o limite dos familiares com o cuidado nos momentos de intenso sofrimento psíquico, como se observa no relato abaixo:

U06: “Ah, é ruim ficar longe dos meninos. Eles vão me ver em Santa Rita. Vai ver uma vez ou outra, porque é longe, então tem pedágio pra pagar. Santa Teresa eles ainda vão todo final de semana, mas é uma coisa desagradável. Mas em casa, quando fico sozinha, eles ficam preocupados, ficam me ligando pra ver se não me corto”.

Os familiares relatam a sobrecarga do cuidar que promove estafa, preocupação excessiva e ausência de seus momentos de lazer, referem uma sensação de alívio quando o familiar com transtorno mental está na internação, referem que ficam menos exauridos, sobrecarregados e preocupados. Utilizam o período de internação para continuarem seus projetos de vida ou como um momento para repor sua saúde.

F02: “Eu me sinto aliviada porque eu sei que ele não irá procurar as drogas ou tentar se matar”.

F04: “Mas eu acho assim: às vezes a gente não quer que interna, mas às vezes é necessário. Agora pra gente, quando ele estava internado, pra gente é um alívio”.

Nas falas dos profissionais observa-se preocupação com a saúde dos familiares cuidadores, os profissionais entendem que o cuidado com o familiar pode diminuir as tensões e conflitos, porém, alegam dificuldade em inserir os familiares na assistência ao cuidador, como mostra o relato abaixo.

P04- Mas a gente tem essa dificuldade, por exemplo, temos um grupo de família toda terça feiras as 17h30 que raramente tem mais do que três pessoas no grupo. E daí é claro né talvez a gente precise divulgar melhor né então assim é aquilo que eu falei não dá para colocar a responsabilidade só em cima da família né. Também tem a nossa responsabilidade né, mas é difícil você conseguir estabelecer essa parceria trabalhar em parceria com as famílias, tem sido um processo bem difícil. Temos tido essa dificuldade de incluir o familiar no tratamento.

Os profissionais identificam que a sobrecarga altera o olhar dos familiares sobre a função do CAPS, o utilizando muitas vezes como um momento para não estar junto ao sujeito com transtorno mental. Os profissionais apontam para a não preparação de familiares para desempenhar o papel de cuidador.

P04- Mas da questão de como é muitas vezes a família está sobrecarregada a família não está preparada e ela vê o CAPS como um a gente até brinca né o CAPS

como uma creche tem familiar que vem e toma que o filho é teu né. E a gente tem tentado trabalhar com a ideia de que não de que é uma colaboração a ideia é trabalharmos juntos, trabalhar o CAPS e o familiar de uma maneira colaborativa.

Os relatos apresentados nesta categoria analítica ressaltaram que a relação familiar é um fator importante no processo de reinternação dos sujeitos com transtorno mental.

5.3.1.3. Categoria analítica 03 - O episódio de intenso sofrimento psíquico e seu lugar de pertencimento.

Esta categoria analítica apresenta uma categoria empírica construída por meio da análise do discurso dos entrevistados.

5.3.1.3.1 Categoria empírica: A crise no sofrimento psíquico.

Este estudo usou o termo “crise” para nomear categoria empírica, por esta unidade de registro ter uma alta frequência nas transcrições analisadas. Para os entrevistados deste estudo, a “crise” é o momento de intenso sofrimento psíquico que os coloca em grande exposição social.

Nos relatos os usuários identificam como motivo para a reinternação a intensidade dos sintomas psicóticos que promovem alteração do comportamento os colocando em exposição social e em risco para si próprios, observados nos relatos abaixo.

U1: “É, porque eu tenho duas voezinhas que falam na minha cabeça: a direita e a esquerda. E eu luto com essa voezinhas (...) Ao mesmo tempo em que estou bem, eu estou ruim. É a mudança de comportamento”.

U02: “Eu escuto vozes e eu surto. Quando eu surto, eu tento suicídio, eu bato nos outros, na rua”.

U05: “Quando eu tô vendo que vai me dar alguma crise, eu começo a mexer muito as mãos, eu começo a tentar me machucar. Aí eu vejo que tá dando a crise em mim”.

Nos três relatos consideram que o hospital no momento de sofrimento, é o local que pode lhes proteger de fazerem algo contra si mesmo e da exposição social ao qual ficam submetidos. Também relatam que ao internar, protegem seus familiares.

A crise também é identificada pelos momentos de autoagressão e tentativas de autoextermínio, um fator importante que aparece é que os usuários referem que não conseguem identificar o início da crise e relatam dificuldades em controlá-la.

U07- “Eu começo quando eu tô vendo que vai me dar alguma crise eu começo a mexer muito as mãos eu começo a tentar me machucar aí eu vejo que tá dando a crise em mim, mas a última eu não consegui segurar aí quando meu marido chegou eu estava sozinha em casa. Quando ele chegou eu estava sem sentido já eu estava me cortando eu pus uma corda no pescoço...”

As tentativas de suicídio aparecem são recorrentes nos discursos dos entrevistados, é identificado por meio das falas que o hospital é *locus* principal de tratamento. Nestas falas chama a atenção para a proteção que o hospital traz ao sujeito com transtorno mental.

U06- Eu faço coisa errada eu me corto eu me enforco. Semana passada mesmo foram três viaturas lá em casa de polícia que eu estava roxa minha garganta não sei se estou conversando bem porque tá doendo ainda, por isso, eu me corto tudo assim daí eles preferem me internar, porque aí tô protegida

U09- A internação às vezes para mim é um alívio porque eu estando em casa eu sei que irei me mutilar e aqui estou segura na internação”.

Os familiares referem que a crise é um catalisador para agressões físicas e verbais com desconhecidos e para proteção do familiar, da vizinhança e do próprio sujeito com transtorno mental optam pela internação, conforme relato abaixo:

F05- O surto né ele queria matar os outros ele ficava tão doido, por exemplo, se ele quisesse ir nesse banheiro e você dissesse que ele não poderia porque está interditado já era motivo para ele brigar com você. Eu não estava aguentando mais ele quis matar um cara um homem da lanchonete”.

A proteção que a internação hospitalar promove aparece em mais uma fala, agora para evitar as consequências civis de um episódio de intenso sofrimento psíquico os familiares e usuários escolheram por se internar, conforme o relato a seguir

F09- “lá perto da Cuiabá e chamaram a polícia para ele e o policial teve a audácia de falar com o outro se ele coisar você mete um tiro na cabeça dele, ai levamos pro hospital”.

Ressalta-se que as internações começam a pertencer à rotina e ao cotidiano do sujeito com transtorno mental observado no relato a seguir

U08- “Na verdade até semana passada eu ia internar já de novo”.

5.3.1.4. Categoria analítica 04 - Os aspectos além do setor da saúde.

Nesta categoria analítica identificou-se uma categoria empírica por meio do relato dos participantes deste estudo.

5.3.1.4.1. Categoria empírica: “Os estressores sociais”.

Os relatos trazem que as reinternações ocorrem também devido a precariedade das condições sociais que os usuários vivem, por meio das entrevistas identificou-se que o não acesso a direitos básico de vida é um importante fator. Ressalta-se que os usuários referem sintomas que ocultam o verdadeiro motivo de optarem pela internação hospitalar. Os motivos relatados são a ausência de moradia, a dificuldade em se manter o autocuidado e a higiene, o acesso a alimentação e a proteção que o abrigo oferta.

P07: “(...) a paciente chega aqui, já sabe a forma que interna. Ela chega na porta e fala ‘eu vou me jogar em baixo do ônibus, eu tô ouvindo vozes na cabeça, eu não vou conseguir’. A gente tenta segurar aqui, ela vai para UPA e fala a mesma coisa. Ela vai para o UBDS e fala a mesma coisa, e interna. E, na verdade, o que ela estava é sem ter onde morar. E isso, assim, é muito comum. Não é um caso”.

U01: “Lá pega o sabão, pega uma luva. Vai lá e passa, lava o paciente e lá tem comida também”.

P01: “Outros eu acredito que seja por conta da condição social, de algum fator estressor que acaba gerando ele se desorganizar internamente e acaba retornando para internação”.

Em suas falas, os entrevistados apontam o hospital como provedor de condições básicas de sobrevivência, assegurando, assim, a oferta do mínimo necessário para se manter a vida e a dignidade: abrigo, alimentação e higiene e autocuidado. Essa oferta de materiais básicos foi conotada positivamente e contrastada com uma realidade socioeconômica miserável.

Outro fator considerado estressante nos relatos é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde conforme o relato abaixo.

P03- “ O usuário não consegue chegar até o nosso serviço e às vezes o serviço não tem perna para ir buscar esse paciente. ”

Neste relato observa-se outro fator importante a dificuldade em realizar ações fora do espaço do CAPS.

Corroborando com a dificuldade de acesso ao serviço um fator relacionado a crises e não adesão a tratamento e que promove a reinternação é que o usuário não sabe utilizar transportes públicos conforme mostra o relato abaixo. Nele o usuário refere conseguir entrar no ônibus, porém se confunde no trajeto.

U01-Ah, eu gosto de pegar o circular ando com ele mas não desço do ônibus não, não lembro onde tem que descer”

Os profissionais consideram que a dificuldade do sujeito com transtorno mental em adquirir renda é um fator importante, ressaltam que o se manter no papel de doente amplia as possibilidades de se manter o benefício financeiro ou de consegui-lo, referem que os usuários acreditam a reinternação psiquiátrica pode garantir tais benefícios, conforme o relato abaixo.

P05- eles dizem Não, eu tenho benefício eu tenho meu auxílio doença e mesmo os que não tinham auxílio doença ou benefício “ah eu acabei de dar entrada vou esperar para receber”, o hospital me ajuda.

Os relatos referentes a esta categoria empírica apresentaram como os fatores sociais estão relacionados e influenciam a reinternação psiquiátrica, segundo este profissional o hospital oferta materiais mínimos para a sobrevivência que para o sujeito com transtorno mental há uma dificuldade em adquirir, dificultando a desconstrução do papel de doente.

P04- “acho que às vezes as pessoas se acomodam no papel de doente às vezes a doença também é um refúgio, às vezes a doença também vira um porto seguro né, então o que também não dá nem para julgar né porque se eu abro mão do meu papel de doente eu tenho que enfrentar o mundo lá fora e o hospital é muito mais seguro né”.

5.3.1.5 Categoria analítica 05 - A organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.

Nesta categoria analítica foram identificadas três categorias empíricas apresentadas a seguir.

5.3.1.5.1 Categoria empírica: Rede de Atenção Psicossocial incipiente e investimento de recursos.

Apesar de identificaram progresso no cuidado ao sujeito com transtorno mental, em comparação ao modelo anterior asilar, os entrevistados localizaram algumas limitações na organização e fluxo da RAPS do município de Ribeirão Preto.

P03: (...) é uma coisa que pelo pouco tempo que começamos já estamos vendo resultados muito positivos, mas, na verdade a RAPS tem ainda que se consolidar aqui né. Começou a engatinhar agora eu acho que precisaria a gente fez até um dia aqui uma reunião com todos os serviços de saúde mental veio o pessoal da UBS tá falando sobre RAPS acho que precisa mais disso se você for em uma UBDS e falar de RAPS cara eles vão perguntar o que isso. Ninguém sabe o que é RAPS. Aliás na saúde mental tem muitos que se você perguntar o que é RAPS não saberá.

Neste relato identifica-se que as ações quando realizadas pelo princípios da RAPS apresentam efetividade, mas vê-se que o conceito da Rede de Atenção Psicossocial não está amplamente e totalmente apropriada pelos profissionais dos serviços de saúde e de saúde mental de Ribeirão Preto, como mostra este relato “

P10- “recursos da RAPS como assim?”.

Um fator desencadeador do desconhecimento sobre a RAPS é a recente implementação no município, a desorganização em sua estruturação e o pouco investimento que há na mesma e nos serviços que a constitui, conforme os relatos abaixo.

P04- Nós temos uma rede de saúde mental aqui em Ribeirão Preto que é extremamente desorganizada e não integrado.

P09-. “A gente sabe que tem verbas destinadas para o CAPS. Muitas vezes essa verba não chega inteira para nós (...)”.

Os profissionais entrevistados consideram que a desorganização da rede de saúde mental é um fator das reinternações, relatam que a ausência de um fluxo pré-definido com cada equipamento conhecendo e realizando sua função é um desencadeador da desorganização e assim da reinternação, conforme traz o relato abaixo.

P04- “A questão da reinternação ela também é um sintoma da rede. Nós temos uma rede de saúde mental aqui em Ribeirão Preto que é extremamente desorganizada e não integrado. Então o fluxo com a atenção primária é complicado então até temos algumas unidades. Isso é complicado né porque na verdade acaba ficando muito dependente da singularidade de cada unidade”.

Pelos relatos a desorganização da rede de atenção psicossocial do município ocorre também por divergências entre o conceito de tratamento de saúde mental pela coordenação de saúde mental vigente no período deste estudo, que preza intervenções baseadas no modelo hospitalocêntrico e os profissionais dos serviços de saúde mental com práticas embasadas na atenção psicossocial, conforme traz a fala abaixo.

P07- “nós estamos há 10 anos com uma coordenação de saúde mental que os pares pelo menos as pessoas que trabalham com saúde mental não aprovam. É uma coordenação que foi muito difícil todos esses anos porque não somava. Foi uma coordenação que não somava não contribuía se fazemos alguma coisa diferente ela vinha para te atacar”.

Para melhor conhecimento da RAPS os profissionais consideram a utilização do matriciamento da atenção básica como uma ferramenta importante, mas, ressaltam que o mesmo também está em seu início no município.

P06 – “O que ta se resolvendo um pouco e a gente ta tentando trabalhar essa parte é com matriciamento que estamos engatinhando em Ribeirão, mas é uma forma de você ir até paciente e buscar outros dispositivos de ajuda né que no caso são os agentes comunitários, unidade da família e até as UBSs para estar fortalecendo esse vínculo com o paciente”.

Pelos relatos observa-se também o desejo de uma consolidação da RAPS das práticas baseadas no modelo da reabilitação psiquiátrica no município promovendo assim um menor índice de reinternações psiquiátricas

P07- “Atualmente eu tenho a impressão que isso está melhorando. Estamos tentando trabalhar em rede os serviços parece que estão mais fortalecidos as pessoas acreditam mais que pode ser diferente. Então assim o trabalho em rede está sendo, tentando acabar com esse paradigma mesmo de referência contra referência né. Tentando fazer algum trabalho mais rede mais ampliada esse é o objetivo e a gente tem percebido isso no serviços em gerais”.

5.3.1.5.2 Categoria empírica: Baixa comunicação intersetorial.

Nos relatos deste estudo ressalta-se o diálogo precário entre o setor da saúde, especificamente a saúde mental com outros setores do município como a assistência social, a habitação, o transporte a cultura e o lazer, como se apresenta no relato abaixo. Os profissionais refere que há poucas intervenções compartilhadas entre os serviços do setor da saúde e de outros setores que influenciam o processo de saúde e doença do sujeito com transtorno mental. As comunicações e ações efetivas ocorrem por meios informais como um profissional que trabalha na saúde, mas também em outro setor do município.

P07- “É zero! Até que não, não é zero porque é você consegue conversar mas é meio difícil você conseguir trazer o pessoal para cá O esporte é vem porque temos um profissional que tem contato lá”.

P04- “Muito pouco, muito pouco. Oh intersectorial com a assistência social o diálogo é muito difícil. Geralmente nosso diálogo com a assistência social é assistente social passando o paciente para a saúde mental né. Vêm àqueles ofícios este paciente tem um transtorno mental então ele deve ser seguido pela saúde mental, então é muito difícil. Às vezes a gente consegue um trabalho com algum CREAS, CRAS, mas é mais complicado. Com a cultura também é muito difícil”.

As dificuldades identificadas têm como um dos possíveis motivos a não apropriação do sujeito com transtorno mental pelos outros setores. Há uma percepção que a saúde mental se restringe especificamente ao CAPS.

P06- “Tudo que vão falar do paciente “ah porque é psiquiátrico” ele já é rotulado com aquilo e não se vê o outro lado da pessoa não se vê como um todo”.

Esse relato vai ao encontro do conceito que alguns profissionais possuem que o CAPS é responsável por todas as ações e não precisa compartilhar com outros setores o cuidado com o sujeito com transtorno mental, conforme o relato seguinte

P10- “Aqui já fornece isso né porque que nem aqui nós temos assistente social que o que ela pode fornecer ela fornece. Se não der conta aqui se for um caso maior é levado para promotoria tudo” (...). Fora isso tem alguns passeios que a própria assistente social faz (...)Mas isso tudo vinculado ao CAPS.

5.3.1.5.3. Categoria empírica: Não apropriação da atenção básica do sujeito com transtorno mental e não fortalecimento da Atenção Básica.

Nos relatos dos entrevistados verificou-se a não apropriação da atenção básica dos cuidados com os sujeitos com transtorno mental como um fator que promove a reinternação psiquiátrica, conforme os relatos abaixo.

P03- “Ah, eu acho que primeiro o que a gente sempre fala precisa reforçar a atenção primária para você conseguir evitar essa porta giratória de internações. Se tivesse mecanismos de controle desse paciente na comunidade e em casa, maior né a gente conseguiria evitar”.

P04-. “Então também é uma coisa meio estranha. Então a parte de atenção primária está bem fraca bem assim a gente precisa diversificar”.

Os profissionais alegam que as intervenções na atenção básica são centradas nas prescrições de psicofármacos se distanciando assim das práticas de outros saberes senão o bioquímico e o biológico.

P03- Acham que tudo tem que medicar que a medicação é o principal que se não tiver tomando medicação não vai conseguir ser efetivo e às vezes é um problema social que está interferindo um problema familiar e não é nem tanto a questão psiquiátrica em si

Outro fator relevante presente nos discursos dos entrevistados é o conceito que o cuidado do sujeito com transtorno mental deve ser realizado apenas no CAPS e não compartilhado com a atenção básica e outros pontos da rede

. P01- “ Sim, é eu acho que atenção básica tem que funcionar ela ainda é muito pregado muito nessa questão de achar que não dá conta das condições e daí ela meio que manda tudo e qualquer coisa sem muito critério”.

Os profissionais reconhecem a necessidade do fortalecimento da atenção básica e a função do CAPS como articulador e mantenedor deste processo, entendem que a baixa apropriação da atenção básica sobre os cuidados da saúde mental e como integrante da RAPS deve-se ao baixo investimento da coordenação e da secretaria de saúde mental em ferramentas que promovam a articulação entre os pontos da rede de atenção psicossocial como o matriciamento, conforme os relatos abaixo.

P04- “Olha aqui em Ribeirão Preto né no momento em termos de atenção primária a gente tem alguns projetos de matriciamento, mas são pontuais. Nós não temos uma política oficial de matriciamento”.

P05- “Primeiro pela falta de organização eu acho que não tem, por exemplo, nunca teve um trabalho da secretaria no sentido de ir nos prontos atendimentos para trabalhar com a equipe como fazer o manejo da urgência psiquiátrica e isso seria fundamental”.

Os relatos apresentam que também não há um investimento na educação permanente para os profissionais da rede de atenção psicossocial que propicie

informações e conhecimento quanto aos manejos na saúde mental e o entendimento da função e fluxo da RAPS.

P03- Assim, não dá para criticarmos também, tipo assim a equipe do pronto socorro central não gosta de receber o paciente psiquiátrico é, não dá para criticarmos porque também eles nunca foram preparados para isso nunca teve um trabalho de ir uma equipe lá e falar: “olha vamos fazer um curso de orientação de como fazer o manejo da crise psiquiátrica” ou de ter um psiquiatra para quem o médico pode ligar para pedir orientações. Então assim, não tem essa organização às coisas são jogadas. E como as coisas são jogadas as pessoas não aceitam as pessoas não

Pelos relatos identifica que o conhecimento não provido aos profissionais da atenção básica sobre o sujeito com transtorno mental aumenta o preconceito e o estigma no atendimento, sobrecarregado assim os CAPS na centralização do cuidado e distanciando o usuário de outros pontos da RAPS.

P04- Então eu acho que uma das dificuldades é isso não tem essa organização e a outra dificuldade é o preconceito.

P02- Eles têm ainda muito e preconceito dos equipamentos sociais das próprias unidades de saúde básica com o paciente que tem algum distúrbio psiquiátrico. Eles ainda veem como um problema não conseguem abordar de uma maneira mais tranquila.

P06- Eu vejo que tem muito preconceito “ah é paciente psiquiátrico então a gente não tem mais o que fazer”.

Além do baixo investimento na implementação da RAPS e na educação permanente os entrevistados referem que o CAPS anteriormente tinha uma função de urgência e emergência psiquiátrica o que fortaleceu o conceito de cuidados em saúde mental centralizados nestes serviços e não em outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial, conforme o relato abaixo.

P02-. “Eles pensam que aqui ainda é atendimento de urgência sendo que já faz mais de quatro anos que não é mais atendimento de urgência”.

P05- “Isso! No surto mesmo como nós atendíamos no começo quando essa unidade foi aberta houve na minha percepção um equívoco porque ela foi aberta com a

proposta de CAPS III, mas ela funcionou como uma unidade de urgência na minha percepção, equivocadamente”.

Esses relatos corroboram com as falas dos usuários em que não realizam tratamento para o transtorno mental em outros equipamentos de saúde, há a centralidade do cuidado no CAPS. Os que circulam na atenção básica fazem seguimento apenas para as afecções clínicas.

U03- Não, por enquanto eu tô fazendo só aqui. Eu não levo remédio pra casa meu remédio é tudo controlado por eles. Não, pra não falar que eu não faço tratamento em outro lugar eu faço no posto de saúde do meu bairro, mas não tem nada a ver com cabeça é, pressão alta.

U05- Não, tudo aqui no CAPS.

U06- “Não, eu faço só aqui”.

U04- “só no HD e no CAPS”.

No terceiro relato acima verifica-se que quando o tratamento de saúde mental ocorre também em outro serviço, ele não é da atenção básica mais sim específico para saúde mental.

Neste estudo o levantamento documental no SISAM 13 referente às internações psiquiátricas hospitalares do município de Ribeirão Preto permitiu realizar a caracterização das mesmas, os estudos visitados ressaltam a importância em se caracterizarem as internações psiquiátricas hospitalares, já que a diminuição dos leitos psiquiátricos e das internações dos sujeitos com transtorno mental é um dos pilares da reforma psiquiátrica brasileira e um objetivo das práticas e intervenções articuladas em uma rede de atenção intersetorial e com ações voltadas para o território que o sujeito com transtorno mental habita e circula. Ao se mapear as características das internações hospitalares psiquiátricas. Há a proposição de estratégias adequadas aos contextos de cada município para diminuí-las. (MACEDO, 2017; ZANARDO, 2017; RAMOS, 2014)

Ribeirão Preto apresentou um índice significativo de internações em relação aos outros municípios de sua DRS, ressalta-se que em Ribeirão Preto há serviços com práticas embasadas na reabilitação psicossocial, mas a cidade apresenta em sua historicidade práticas do modelo asilar. Estes dados vão de acordo com o demonstrado nos estudos de Cardoso (2011) e Castro (2010), também realizado no município de Ribeirão Preto, que menciona que por Ribeirão Preto ser proporcionalmente maior em extensão e número de habitantes apresenta um alto índice de internação relativo a esse valor absoluto. Silva (2014) em seus estudos menciona que cidades consideradas polos em sua região apresentam valores significativos de internações por concentrarem maior número de hospitais com leitos psiquiátricos recebendo assim pacientes de outros municípios. Verificou-se que, os estudos de Zanardo (2017) realizado em Porto Alegre e Rosolem (2016) realizado em Maringá apresentam dados que corroboram com as estatísticas de Ribeirão Preto.

Em contraponto a estes dados, Ramos (2014) em estudo realizado em Campina Grande/RN, refere que há uma diminuição das internações psiquiátricas, porém há também um índice insatisfatório no número de reinternações. O autor alega que tal fator de internação e reinternação denota uma influência da representação da instituição psiquiátrica no cotidiano da Saúde Mental. Este fator merece especial atenção, visto que hospitalizações e reincidências em Psiquiatria se configuram como o principal indicativo epidemiológico da necessidade de acompanhamento, fiscalização e manutenção das mudanças referidas pela Reforma Psiquiátrica, no que tange às práticas em Saúde Mental (ZANARDO, 2017; RAMOS 2014).

Bezerra (2011) observou que em Natal/RN, no período de 2007 a 2010, havia uma quantidade significativa de internações psiquiátricas. A autora refere que o índice de internações e reinternações está relacionado a uma baixa rede de atenção comunitária. Alega ainda que, com a ineficácia de uma rede de atenção e suporte extra-hospitalar ao usuário, há um aumento na quantidade de internações.

Observa-se que em Ribeirão Preto houve um aumento das internações psiquiátricas no período de 2012 a 2015, vale ressaltar também que o serviço CAPS III até um período recente funcionava em um fluxo de urgência e emergência exercitando pouco sua função como Centro de Atenção Psicossocial e que a implementação da RAPS em Ribeirão Preto ainda é recente. Rosolem (2016) menciona que quando não há uma articulação efetiva entre os serviços das redes de atenção há lacunas na prática que impedem a efetividade dos princípios norteados pela reforma psiquiátrica.

As internações realizadas no município apresentaram uma predominância do sexo masculino, não há um consenso na literatura acerca da predominância do sexo nas internações, os dados obtidos pelo SISAM 13 quanto as internações por sexo corroboram com os estudos de Pereira (2015), Machado (2013) e Bezerra (2011) realizados, respectivamente, em uma cidade do triângulo mineiro, em Ribeirão Preto/SP e em Natal/RN, indicaram prevalência do sexo masculino nas internações, os autores apontam como fatores os aspectos culturais: do homem não cuidar da saúde, Barros (2008) *apud* Guany (2003) menciona que a população masculina apresenta maior potencial de agressividade e violência de se expor mais em conflitos e agressões físicas concomitante a alta propensão do uso de substâncias psicoativas que promove agitações psicomotoras e alteração do comportamento (BEZERRA, 2011; BARROS, 2008; CAETANO, 2004).

Observou-se a predominância de tentativas de suicídio com aumento significativo ao longo dos anos como motivo para as internações psiquiátricas. Os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (2017) apresentam o aumento das tentativas de autoextermínio em regiões urbanas e peri urbanas, com aumento significativo tanto no sexo feminino como no masculino. Rosa *et al* (2016) menciona que os centros urbanos apresentam importantes fatores sociais como o desemprego, alta exposição à violência, dificuldades de acesso aos serviços básicos, vulnerabilidade social, conflitos familiares que são preditores das tentativas de suicídio. Em consonância Rosolem (2016) ressalta a

importância das ações de promoção de saúde mental e prevenção de agravos e o cuidado compartilhados os demais setores. O sujeito com transtorno mental, após a reforma psiquiátrica, circula pelo território e está exposto as dificuldades cotidianas que perpassam apenas a área da saúde.

Barros (2008) menciona que a média do período de internações está entre 15 e 30 dias, refere que não são longas como no período anterior a reforma psiquiátrica brasileira, porém que ocorrem com grande frequência caracterizando assim um número significativo de reinternações em um curto período de tempo. As reinternações vão de encontro com os princípios da reforma psiquiátrica, ressalta-se que se um território possui uma rede articulada efetiva de saúde mental a quantidade de internações e reinternações deveria diminuir, Ramos (2014) alega que quando há um alto índice de reinternações no território há lacunas nas práticas e na implementação da reabilitação psicossocial, ao se caracterizar as reinternações se possibilita pensar estratégias para melhor implementação dos princípios da reforma psiquiátrica. .

A caracterização dos sujeitos reinternantes neste estudo apresentou predominância da faixa etária entre 30 aos 50 anos, ressalta-se que é a faixa considerada economicamente e produtivamente e ativa na vida, estes dados vão ao encontro com estudos feitos recentemente, apresentando que a média das pessoas com sofrimento psíquico reinternantes compreendia a faixa etária adulta. (ZANARDO, 2017; PEREIRA 2015; SILVA, 2014; MACHADO, 2013; CARDOSO, 2011). Considerando que este período da vida está comumente designado a criação e execução de projetos pessoais, afetivos e profissionais considera-se que passar parte deste período em reinternações pode prejudicar o processo de construção e manutenção dos mesmos (BOARINI, 2006 *apud* ROSOLEM, 2016).

Verificou-se predominância do sexo feminino na reinternação, ao relacionar estes dados com as informações referentes à internação hospitalar psiquiátrica extraídos do SISAM 13 há uma divergência já que nos dados totais de internações há uma predominância do sexo masculino e nos dados da reinternação são mulheres que mais reinternam. Na literatura revista não apresentou uma consistência homogênea quanto à prevalência. Há alguns estudos que elencam a prevalência do sexo feminino nas reinternações psiquiátricas, o que reforça os dados encontrados nesta pesquisa (ZANARDO, 2017; SILVA, 2014; CARDOSO, 2011). Santos (2010) *apud* Rosolem

(2016), em seu estudo de revisão de literatura não encontrou resultados conclusivos sobre a prevalência de reinternações, quanto a variável sexo. Observa-se que ao correlacionar estes dados com a variável estado civil e faixa etária, o perfil do sujeito reinternante são mulheres, solteiras com faixa etária próxima a fase idosa da vida, que não apresentaram ocupação que gerasse renda, sendo dependentes dos familiares com os quais habitam e com alto índice de tentativa de suicídio. Pozo (2014) menciona que a saúde mental de um sujeito está influenciada por diversas interações biológicas, psicológicas e sociais e que o gênero influi na alteração da saúde mental. O autor menciona que as mulheres apresentam maior exposição a situações e violências que promovem perturbações na saúde mental, elenca-se como determinantes a posição socioeconômica da mulher, o acesso aos serviços, os papéis sociais desempenhados e os *status* obtidos ao longo da vida. Ressalta-se que estes determinantes sociais são mais proeminentes em países subdesenvolvidos associando a situações de abuso e violência doméstica e/ou de gênero, pouca autonomia e dificuldade no acesso à educação o que influi negativamente na saúde mental promovendo altos índices de ansiedade, depressão e suicídio (ALVES, 2010). Ressalta-se que a mulher desempenha diversos papéis e responsabilidades (familiares, domiciliares, laborais) e possíveis violências domésticas e/ou de gênero que condicionam situações de intenso sofrimento psíquico que pioram somados aos fatores biológicos, como as alterações hormonais ocasionando além de afecções ginecológicas, também emocionais. Machado (2012) refere que a prevalência ser feminina se deve também ao fato de a mulher procurar mais os serviços de saúde para cuidado pessoal, e de haver maiores internações de homens, pelo simples fato de alguns hospitais possuírem uma maior quantidade de leitos masculinos disponível.

A ausência de relacionamento conjugal é predominante entre os sujeitos com transtorno mental nesta pesquisa, Chaves (2000) diz que os usuários apresentam início da doença quando ainda muitos jovens, dessa forma dificultando o começo e a manutenção dos laços conjugais.

Um dos fatores determinantes no processo de saúde e doença do sujeito com saúde mental é privação de um emprego rentável, de uma possibilidade de aquisição de renda e da autonomia em seu gerenciamento (SILVA, 2010), verificou-se que os sujeitos com transtorno mental deste estudo não apresentaram ocupações que promovessem renda, Alves (2010) refere que o desemprego e a falta de dinheiro ou bens materiais associa-se a um processo de fragilidade da saúde mental. Ressalta-se este

determinante social é mais proeminente nos sujeitos com transtorno mental devido às dificuldades de se organizar no ambiente e nas relações de trabalho (RAMOS, 2014). Ao não possuírem renda os sujeitos com transtorno mental se tornam dependentes dos familiares e pessoas com quem habitam, este fator pode ocasionar conflitos cotidianos no seio familiar, os estudos já realizados que referem que o sujeito com transtorno mental residir com familiares não significa cuidados a saúde mental (ZANARDO, 2017; SILVA, 2014; CARDOSO, 2011). Observa-se que o núcleo familiar apresenta um movimento de caráter ambivalente, quanto ao auxílio na manutenção da Saúde Mental do sujeito reinternante.

Machado (2012) menciona que os conflitos cotidianos em conjunto com outros fatores de exposição e risco social inserem a internação psiquiátrica na rotina e cotidiano dos sujeitos com transtorno mental, ocasionando assim diversas internações ao longo da vida. Verificou-se que os sujeitos deste estudo apresentam mais de 10 internações psiquiátricas em sua recente trajetória de cuidado. Estes dados vão ao encontro dos estudos de Cardoso (2011), também realizado na cidade de Ribeirão Preto/SP, e que apresenta um número de reinternações significativa acima de três, sendo três a média de reinternação considerada. Os estudos realizados por Zanardo (2017) em Porto Alegre/RS, Rosolem (2016) em Maringá/PR e Silva, (2014) no Estado do Pará, apresentaram que a média de reinternações de um sujeito em seu percurso de cuidado ficou entre 03 (três) e 05 (cinco). Bezerra (2009), em estudo no Rio Grande do Norte, verificou que as reinternações estavam em torno de 60% do total de internações registradas. Silva (2014) refere que as internações, mesmo de pouco período, promovem quebras na identidade de um sujeito, nas suas relações afetivas e em seus projetos pessoais e profissionais.

Um dos princípios da reforma psiquiátrica é o cuidado na base comunitária, com objetivo de evitar a restrição de espaço e a quebra do convívio do sujeito com transtorno mental (Amarante, 2009). A política da reforma psiquiátrica visa um cuidado em mais de um equipamento da saúde, visto que o sujeito com transtorno mental agora circula na sociedade e tem na Atenção Básica formas de acompanhamento da saúde em nível de Atenção Primária à Saúde e assim consta na política da RAPS, porém, verificou-se que os sujeitos desta pesquisa (90%) centralizam seu tratamento nos CAPS, tendo pouco acesso a outros equipamentos. Esses dados vão ao encontro dos estudos visitados que afirmam diminuto cuidado aos sujeitos com transtorno mental realizado em outros

equipamentos (ZANARDO, 2017; SILVA, 2014; MACHADO, 2012; RAMOS, 2011). Infere que a atenção psicossocial não está sendo realizada na rede de atenção psicossocial e sua política não está sendo cumprida uma vez que a maioria dos usuários do CAPS não mencionam acompanhamento da atenção básica, segundo a OMS (2010) a restrição ao acesso aos serviços de saúde e a ausência de intersetorialidade no cuidado apresentam importante impacto negativo na saúde mental da população. Ramos (2011) alegou em seus estudos que a centralização dos cuidados nos serviços especializados se deve a desorganização e a pouca abrangência da atenção básica, que não possui PSF no território.

Outro fator importante é a que a família nos princípios da reforma psiquiátrica assume um papel importante no cuidado em saúde mental e na construção do PTS do usuário dos serviços especializados de saúde mental, sendo uma importante variável no processo de saúde e doença do mesmo. (COVELO, 2015; BIELEMANN *et al*, 2009).

Dessa forma, a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica, a família que antes se distanciava do cuidado e segregava o indivíduo com transtorno mental, muitas vezes o responsabilizando por alterações na dinâmica familiar, passa a ser vista agora como um dos principais eixos para o processo da reabilitação psicossocial. (MACHADO, 2012; RAMOS, 2011).

Para Firmo (2015) a família tem uma importante função no aspecto de romper com a exclusão social e prover a construção de laços afetivos e de papéis sociais.

Nesse sentido, a família é um dos atores sociais que contribuem para definir as formas e sentidos da própria mudança social, que confere um significado social e cultural. A família pode ser entendida como um grupo de indivíduos que podem ter um laço consanguíneo ou não que se relacionam entre si com valores e crenças comuns, possibilitando trocas relacionais, não obrigatoriamente vivendo no mesmo domicílio. Sendo assim, ressalta a influência do familiar no cuidado em saúde e a importância da adesão de familiares nos estudos e pesquisas. (IBGE, 2017; Pizzi, 2012; Bielemann, 2009).

Os usuários pesquisados residem em sua maioria (90%) com familiares. Os familiares apresentam uma faixa etária próxima ou mesmo na fase idosa da vida, estes

dados se aproximam de estudos que apresentam uma média de idade dos cuidadores entre 40 e 50 anos (DEMARCO, 2017; KANTORSKI, 2017; CIRINEU, 2016).

Observa-se predominância do sexo feminino no cuidado dos sujeitos com transtorno mental, Zendrom (2013) menciona que o papel de cuidado está atrelado socioculturalmente as questões de gênero. Esses dados corroboram estudos que apontam a predominância de familiares do sexo feminino (DEMARCO, 2017; KANTORSKI, 2017; COVELO, 2015; ZENDROM, 2013).

Verificou-se que o grau de parentesco dos familiares predominante é o materno (40%), estes dados vão de acordo com às pesquisas que apresentam a predominância do parentesco materno, fraternos e de filhos como os vínculos mais presentes no cuidado ao sujeito com transtorno mental, na literatura apresenta o a figura paterna também que não constou neste estudo (KANTORSKI, 2017; ZENDROM, 2013; SALLES, 2007). O cuidado centralizado em apenas um familiar pode ocasionar conflitos e sobrecarga, Salles (2007) menciona que nas são nas relações cotidianas dentro do domicílio que ocorrem as trocas relacionais e as possibilidades de transformações sociais dos sujeitos com transtorno mentais e seus familiares.

Ao se tratar do cuidado em saúde mental ressalta-se que os profissionais assumem um papel importante na construção do projeto terapêutico e no cuidado aos usuários, sendo atores importantes na melhora do sofrimento psíquico (PEGORARO, 2017).

Dessa forma, pelo modelo da atenção psicossocial o profissional do CAPS centra suas intervenções nos princípios da humanização, da integralidade e da inserção social, sendo um potente ator para o processo de reabilitação psicossocial. (SANTOS, 2014).

No encontro do profissional com o sujeito com transtorno mental há a produção subjetiva do vínculo e a construção de uma relação de confiança que são determinantes na eficácia, ou não, do tratamento. (BALLARIN, 2011).

Neste estudo observou-se predominância de profissionais com faixa etária entre 50 e 69 anos, este dado é confrontado pelos estudos levantados que apresentam uma predominância de faixa etária entre 30 e 49 anos (ALMEIDA, 2015; MENDES, 2015, GARLA 2010). Infere-se que estes profissionais, pensando nessa faixa etária

predominante, passaram tanto pelo processo da reforma psiquiátrica como, provavelmente, pela prática do modelo asilar. Ramos (2014) menciona a importância de se desconstruir o conceito de cuidado anterior à reforma, desconstruindo assim estigmas quanto aos cuidados com o sujeito com transtorno mental e a loucura, possibilitando assim maior acesso aos serviços de saúde e evitando o cuidado tutelar.

Observou-se que os profissionais em sua maioria são do sexo feminino esses dados corroboram estudos que apontaram predominância de profissionais do sexo feminino (ALMEIDA, 2015; MENDES, 2015; RANGEL, 2014; GARLA, 2010), cabe colocar que a predominância de profissionais na área da saúde do sexo feminino pode ser devida às questões culturais, as quais mostram que as práticas do cuidado estão relacionadas à mulher. (GARLA, 2010).

Neste estudo observou a predominância de profissionais da categoria da enfermagem, esses dados vão ao encontro do estudo de Mendes (2015), a autora refere que o processo de trabalho do serviço especializado de saúde mental determina o quórum de profissionais da área da enfermagem, dessa forma um CAPS III apresenta maior recurso humano da área da enfermagem devido os cuidados com a acolhida noturna. Estes dados, porém, são confrontados pelos estudos de Almeida (2015) e Garla (2010) que mencionam um maior número de profissionais participantes na pesquisa de psicólogos.

A partir deste parágrafo serão discutidos os resultados da construção das categorias empíricas.

Com o advento da reforma psiquiátrica o cuidado ao sujeito com transtorno mental deixou de ser distanciado da sociedade e passa a ser embasado em uma base comunitária, deixando o espaço disciplinador e organizador do hospital. Com a assistência pautada na atenção psicossocial mais atores são inseridos nos cuidados aos sujeitos com transtorno mental, como a família, os equipamentos substitutivos e a atenção básica, de forma a se ofertar um cuidado amplo que garanta assim acesso e uma continuidade no tratamento. Porém, observou-se pelas falas nesta pesquisa que há dificuldade do usuário em manter o tratamento no CAPS, em específico, a dificuldade em se manter o tratamento medicamentoso regular, foi identificado pelos entrevistados, sobretudo pelos profissionais do serviço e pelos familiares como um dos fatores diretamente relacionados às repetidas internações. Este dado corrobora outros estudos

que apontam a baixa adesão medicamentosa entre os usuários dos serviços especializados de Saúde Mental (ROSOLEM, 2016; CZANORBAY, 2015; MACHADO, 2012; CARDOSO, 2011; PINHEIRO, 2010; SALLES, 2007).

Considera-se a adesão medicamentosa como sendo a utilização de medicações segundo a prescrição médica. Em relação aos transtornos mentais, o uso de psicofármacos tem como função o controle das crises (psicóticas, maníacas, depressivas), dos episódios de auto e heteroagressividade e no melhor prognóstico (CZANORBAY, 2016). Apesar dos avanços nesta ciência, em termos de eficácia, custo, disponibilidade e da melhora da qualidade dos cuidados prestados no serviço de Saúde Mental, a literatura traz como frequente a ocorrência da diminuição ou interrupção intencional da terapia medicamentosa. Isto ocorre geralmente pela presença de efeitos colaterais adversos e, pela auto avaliação do paciente, que considera desnecessário dar continuidade ao uso da medicação assim que apresenta melhoras dos sintomas mais visíveis, interrompendo por si só o tratamento (CZARNBAY, 2016; MACHADO, 2012). Cardoso (2011) refere que essa interrupção do uso também se faz pelo não entendimento do processo terapêutico; pela confusão dos nomes dos remédios e da própria dificuldade de organização dos horários de ingestão. Salles (2007) reforça que o cuidado pela administração da medicação não deve estar na responsabilidade do sujeito em sofrimento psíquico, mas sim de outras pessoas que possam auxiliá-lo a cumprir com as recomendações prescritas.

Estes relatos dessa pesquisa vão ao encontro da literatura, que elege como motivos da não aderência ao tratamento medicamentoso, o autoconvencimento do usuário de que está melhor e não precisa mais fazer uso da medicação (CZARNOBAY, 2016), assim como em relação à confusão e desorganização quanto aos horários de tomarem os remédios, com o esquecimento do uso partindo do paciente ou do cuidador responsável (CARDOSO, 2011).

Bielemann (2009) refere-se à importância da parceria entre o serviço de saúde e da família no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, embora pontue que o núcleo familiar necessita de orientações claras e reforçadas quanto às intervenções, incluindo a orientação quanto administração correta da medicação e as consequências da interrupção do tratamento.

O projeto terapêutico singular é amplo e construído junto ao sujeito com transtorno mental, validando as demandas apresentadas por ele e as observadas pelo profissional de saúde. Desta construção conjunta, definem-se as possibilidades de intervenções: participação em grupos no espaço do CAPS e no território; atendimentos individuais feitos pelos profissionais; atendimentos realizados pelo técnico de referência; seguimento medicamentoso, entre outros.

A mudança do modelo de cuidado à Saúde Mental – do hospitalocêntrico e médico-centrado, para a Atenção Psicossocial e multiprofissional – é relativamente recente, o que propicia a manutenção da ideia de ainda ser centrado na medicação e, em Psiquiatria, centrado nos profissionais de saúde (RAMOS, 2011; AMARANTE, 2009). Estes dados da literatura corroboram os dados deste estudo, conforme se notou nos relatos dos entrevistados, que o termo “adesão ao tratamento” está intrinsecamente relacionado ao uso da medicação. Essa ideia infere que somente ao uso correto do medicamento cabe a possibilidade de um prognóstico favorável. Nos discursos observados, apenas um entrevistado considerou a não aderência ao tratamento como algo a ser construído além do cuidado medicamentoso. Ressalta-se que a Atenção Psicossocial preconiza a descentralização do conhecimento e do cuidado com base comunitária. Dessa forma, Ramos (2011) alega que o profissional de saúde deve se atentar aos conceitos que utiliza em sua prática. Na ausência de fundamentação e conceitos bem definidos, estamos sujeitos a reproduzir ainda marcas de paradigmas já superados e que se provaram, ao longo do tempo, ineficazes numa proposta de busca por um bem-estar real, não apenas visando a um mero controle de sintomas.

Ao longo da história da Psiquiatria, o cuidado dirigido ao sujeito com transtorno mental era de incumbência exclusiva do manicômio e do médico psiquiatra, o que implicava num distanciamento da família no processo de cuidado. Ressalta-se que o doente mental encontrava-se marginalizado na sociedade, ou seja, distante dos grandes centros, o que tornava o contato com seus familiares possível apenas se mediado pelos profissionais dos grandes asilos. O hospital ofertava aos seus internos os serviços de hotelaria, alimentação e cuidados gerais, aliviando assim a sobrecarga da família no convívio e obrigações com o doente. Ao terceirizar esse papel, tornava-se eixo central e essencial no tratamento, restando à família apenas aguardar os efeitos das intervenções terapêuticas realizadas nos manicômios (MACHADO, 2012; BIELMANN, 2009).

Esta modalidade de atendimento, disciplinador e recluso, perdurou no Brasil desde o nascimento do Hospital Psiquiátrico, até o início da década de 1970, quando a instituição “hospício” e as ações intramuros foram questionadas pelos movimentos sociais. A partir da década de 1990, a família e o convívio afetivo começaram a ser um dos principais eixos das políticas sociais. Passa a ser convocada a assumir responsabilidades que antes eram apenas do Estado – em conjunto, e não anulando a atuação deste – e a se reconhecer como parte também primordial do processo de recuperação (RAMOS, 2011; SALLES, 2007).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, há a descentralização do saber psiquiátrico sobre a doença mental e a implementação de condutas norteadas pela atenção psicossocial. Essa atenção preconiza o familiar como aliado no cuidado, ao mesmo tempo em que há intervenções que propiciam o desenvolvimento da autonomia, tal como do poder de fala e escolha dos sujeitos com transtorno mental. Estes, que outrora eram silenciados e isolados do convívio social, têm o reconhecimento legitimado e garantidas pela Lei nº 10.216 (AMARANTE, 2015; RAMOS, 2011; MIRANDA-SÁ, 2007;).

O modelo atual enfatiza o tratamento à doença mental junto ao núcleo familiar, que é incorporado no processo terapêutico, sendo a relação familiar considerada um dos aspectos mais relevantes na construção dos projetos terapêuticos singulares dos centros de atenção psicossocial. De um olhar distanciado e cúmplice do cuidado manicomial, a familiar passa a desempenhar um papel de auxiliador no cuidado. Assume-se, assim, ações como mediadora da relação dos serviços de saúde com o usuário, bem como auxiliar na manutenção do tratamento multiprofissional (funções das quais era antes mera espectadora) (BIELEMANN *ET AL*, 2009; SARACENO, 1999). Essa afirmação é ratificada por Jardim (2017), que refere que o familiar é um ator importante nos centros de atenção psicossocial.

A partir desta breve contextualização, é possível identificar que familiares e os contextos social, político e cultural interferem no novo desenho da estrutura familiar. Assim, a família se vê com novos papéis sociais atribuídos pela Atenção Psicossocial. Ramos (2011) refere que a mudança no papel da família frente ao cuidado é recente na história da Psiquiatria. Dessa forma, nota-se dificuldades de a família assumir o papel do cuidado. Machado (2012) considera esse fator ser compreensível, já que a família se

vê em situações de conflito que demandam sobrecargas físicas, emocionais e materiais, situações antes não vivenciadas na função do cuidado e nem sempre recebem um cuidado adequado necessário, por sua vez, ao familiar cuidador.

Em decorrência do movimento antimanicomial, preconiza-se a redução de leitos, um período menor de internações e o tratamento de base comunitária. Assim sendo, a família se torna, possivelmente, um dos provedores de cuidados dos usuários, o que pode gerar dúvidas, anseios e dificuldades em lidar com a doença e seus percalços.

As dificuldades nas interações e convivência cotidiana influenciam na compreensão dos familiares e se apresentam como um problema prioritário, porém, Bielmann (2017) e Machado (2012) mencionam que, nos períodos de crise e agitação psicomotora – durante os quais se acentuam o sofrimento psíquico – determinam uma grande sobrecarga emocional, muitas vezes extenuante àqueles que residem junto à pessoa com transtorno mental. Nesse contexto, observa-se que há uma busca pelo culpado pela situação estressora, o que agrava mais o distanciamento das pessoas com sofrimento psíquico de seu núcleo de apoio básico.

Nos relatos deste estudo verificou a dificuldade do familiar em gerenciar os momentos de intenso sofrimento psíquico dos sujeitos com transtorno mental, estes dados dialogam com os estudos de Machado (2012) e Salles (2007), que identificam o desconforto do familiar em lidar com as crises e as alterações do humor do sujeito com transtorno mental. Os sintomas, que fogem à noção padrão de normalidade, causam medo, aversão e preocupação. Salles (2011) traz a importância de se auxiliar o familiar em como conviver com os momentos de fragilidade da doença mental. Menciona que, em determinados momentos, é o familiar que precisará ser acolhido. Machado (2012) reforça essa afirmação, alegando que os serviços de saúde mental podem ofertar um cuidado extensível aos cuidadores.

Segundo a literatura, percebe-se que quando há vínculos e laços afetivos preservados, tanto o sujeito em sofrimento psíquico, como o familiar, se sentem seguros com a função de cuidado e de cuidador.

Os relatos inferem que o familiar apresenta um desgaste emocional e físico ao assumir o papel de cuidador, alegam a restrição de seus papéis sociais e de suas atividades cotidianas. Machado (2012) menciona a complexa relação entre o movimento

de reinternação, com o desgaste da relação afetiva, o desgaste das energias físicas, a perda de renda a qual o cuidador está exposto, ressaltando a importância da atenção do serviço de Saúde Mental incluir o cuidador.

Na literatura, menciona-se que o papel de cuidador impõe ao familiar uma sobrecarga emocional, física e muitas vezes a restrição de aquisição de renda. No estudo de Kantorski *et al* (2017), que menciona a relação direta entre a sobrecarga do cuidador com sua qualidade de vida, e com a qualidade da relação com o sujeito com transtorno mental. Machado (2012) *apud* Loch (2012) relaciona a sobrecarga com a busca pela internação e o surgimento do desejo do familiar pela institucionalização; não mais de forma permanente, porém, por meio de várias internações breves. Dessa forma, os autores ressaltam a importância de se incluir a família no tratamento, proporcionando-lhe espaços de escuta e proporcionando orientações e estratégias de cuidado.

Observa-se que a relação do familiar com o usuário sendo mediada e cuidada pelo serviço de saúde pode diminuir a recorrência de internações psiquiátricas. Para isso, Ramos (2011) infere que um serviço precisa estar organizado internamente e em consonância com seu território, sendo possível assim se explorar a potencialidade dos atores envolvidos e promover novos recursos de cuidado (SARACENO, 1999).

Na perspectiva do modelo da Atenção Psicossocial, o cuidado não equivale mais à busca da cura do transtorno mental, mas sim a uma nova forma de existência em comunidade. Para tal, deve se centrar em caminhos possíveis para se viver de forma plena. Nessa lógica, os episódios mais intensos de sofrimento psíquico (nomeados de “crise”), devem ser suportados na comunidade e nos serviços inseridos, como os CAPS, os serviços de urgência e emergência, e as UBS de referência do sujeito com transtorno mental (SANTOS, 2011).

Entretanto, Pinheiro *et al* (2010) menciona que quando há a gravidade dos sintomas e alteração do comportamento, há uma busca prioritária pelo Hospital. Isso vai de acordo com Salles (2007), que alega que o hospital mantém um caráter controlador, organizador e disciplinador da doença e dos sintomas, o que não condiz com os conceitos e princípios dos serviços de base comunitária. Ramos (2014) traz que esse conceito, intrínseco à sociedade, de que a gravidade deve ser tratada sob a ótica da proteção e do cuidado hospitalar, é personalizado também pelos familiares, pelos

sujeitos com transtorno mental e por alguns profissionais. Assim, quando há crise, há também a busca pelo hospital para o alívio do sofrimento imediato.

Não há um consenso na literatura sobre a definição de “crise”. Almeida (2014) menciona que a definição é polissêmica, pois depende da cultura e de contexto que a tange. Bichueti (2000) denuncia que, em geral, a “crise” acaba sendo um veredito alheio que define para alguém a condição de inconveniente, falando mais frequentemente de uma expectativa social, neste estudo a crise foi associada a um intenso período de sofrimento psíquico que promove a exposição social.

Nos relatos deste estudo verificou-se que os sujeitos em crise identificam o hospital como local prioritário de assistência, alegam que o mesmo lhe ofertam uma proteção contra as crises e contra os riscos que impõe a si próprios, como as tentativas de suicídio, os pesquisados referiram que o hospital é o local aonde há a diminuição do sofrimento, este dados vão ao encontro dos estudos de Ramos (2014) que enfatiza o papel de proteção e do cuidado do hospital, o qual dará as medicações corretamente e amenizará o sofrimento. Porém, observa-se que o cuidado centrado no hospital favorece o fortalecimento do cuidado asilar, distanciado da sociedade e com rupturas dos papéis sociais do sujeito com transtorno mental o que confronta os princípios da reabilitação psicossocial da inserção do sujeito no território e da possibilidade de suporte à crise nos equipamentos de base comunitária.

Amarante (2009) refere que há a necessidade da mudança cultural sobre o *locus* de cuidado da crise, transportando-o para os serviços territoriais. Martins (2012) afirma que a crise, em geral, é o determinante das demandas em Saúde Mental, e é um dos fenômenos de maior interrogação entre os profissionais da saúde, observou-se pouco conhecimento acerca do manejo à crise nos serviços da atenção básica, junto ao estigma do cuidado em saúde mental.

Ressalta-se que a Reforma Psiquiátrica inaugura uma ruptura epistemológica, propõe uma noção de crise e, conseqüentemente, um tratamento divergente do que vinha sendo usado ao longo dos tempos, baseado nas ideias da Psiquiatria clássica (MARTINS, 2012). Ramos (2014) aponta que há lacunas nas práticas e nos serviços em relação ao suporte ao momento de maior sofrimento dos pacientes. Demarca, ainda, a importância de se pensar estratégias de atendimento nesses momentos, dentro do território. Silva (2013) cita que o cuidado à crise inicia-se no manejo com o sujeito,

entendendo o seu momento de sofrimento. Para tal ressalta a importância do fortalecimento do vínculo entre usuário e serviço profissional. Valoriza-se a importância da Atenção Básica, das ações de promoção de Saúde Mental e prevenção do agravamento do transtorno mental. Verifica-se a importância do trabalho em rede intersetorial nas ações e na alteração da cultura do cuidado à loucura (AMARANTE, 2015, RAMOS, 2014, SILVA, 2013).

A partir do final da década de 1970, houve um deslocamento do conceito de saúde, saindo do modelo estritamente biomédico (que considerava que saúde e doença deveriam ser estudados apenas em laboratórios) e reducionista (que o distanciava de seu contexto sociopolítico), para um modelo que valorizasse os aspectos psicossociais, enfatizando o entendimento das Ciências da Saúde como sendo essencialmente Ciências Sociais (MACHADO, 2012).

Em 1978, com a Conferência de Alma-Ata, questionou-se a dicotomia *saúde versus doença*, centrada no plano biológico. Passou a se enfatizar o cuidado para além do psicofármaco, incluindo-o em uma rede de atenção que considerasse a relação dos fatores sociais e políticos no processo; e uma atenção integral com foco na promoção de saúde e prevenção de doença. Estes conceitos foram revistos a partir da carta de Ottawa (1986) e afirmados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1987, que menciona que a promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem.

A OMS (2010) define que há diversas maneiras de se promover e manter a saúde. Algumas ficam fora dos limites do Setor de Saúde. As “circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem” influenciam fortemente em como as pessoas vivem e morrem. A educação, habitação, alimentação e emprego influenciam a saúde. Reduzir as desigualdades nestas áreas irá reduzir as desigualdades em saúde. Souza (2013) menciona que os “DSS” são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população”.

O hospital, ao longo da história, se manteve como cerne da produção do conhecimento e único local possível do tratamento da loucura. Com o cuidado asilar e distante dos grandes centros, o hospital provia aos seus internos os cuidados básicos à Saúde como alimentação, autocuidado e higiene, e também proteção às alterações

climáticas e à exposição a outros riscos. Em alguns casos, provia também uma irrisória geração de renda e privilégios (Amarante, 2015; Ramos, 2014).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, o *locus* do cuidado se tornou o território, clarificando iniquidades sociais que se relacionam ao adoecer em Saúde Mental. A partir dos relatos deste estudo que corroboram as informações de Machado (2012) em seus estudos, verifica-se que o hospital oferta recursos básicos como alimentação, abrigo, higiene e medicação, aparecendo assim como provedor de condições que sustentam a sobrevivência. Assim, há a sua procura por questão de sobrevivência, e para prevenir que estes fatores promovam um sofrimento psíquico intenso, chamado entrevistados de “crise”. Alves (2010) menciona que a relação dos determinantes sociais com a saúde mental é complexa e multifacetada, considera que os determinantes apresentam impactos significativos na saúde mental, podendo ocasionar a mortalidade do sujeito com transtorno mental.

As mazelas sociais, presentes na realidade nacional, se amplificam quando incidem no sujeito com transtorno mental. Dessa forma, compreende-se que oferta da Hotelaria hospitalar seja vista como benefício, privilégio e como suprimimento à uma garantia de vida, segurança e integridade social. Ramos (2014), aponta que o olhar da sociedade perante o “louco” o marginaliza, assemelhando-o ao “pedinte”. Salles (2007) refere que estes atuais serviços de Hotelaria são resquícios da função tutelar e misericordiosa do hospital. Coloca-se que são ações compensatórias às mazelas sociais produzidas pelo Estado e pelo atual sistema de produção capitalista.

Ressalta-se que o transtorno mental pode ocasionar desorganizações na manutenção da rotina e no desempenho das atividades cotidianas, tal como na manutenção da moradia e do trabalho, necessários para se manter condições mínimas de subsistência (CIRINEU, 2016).

Para se evitar que esta função tutelar se cristalice novamente no hospital, é importante ofertar aos usuários condições para que consigam prover sua sobrevivência. Assim, é importante descentralizar o cuidado ao sujeito com transtorno mental como função exclusiva da Saúde e articulá-lo junto a outros setores, como a Assistência Social, a habitação, a Cultura, o lazer, a Educação, as questões de Previdência e Seguridade Social. Dessa forma, viabilizando o acolhimento no território e instrumentalizando-o para que consiga provar-se mais autônomo, utilizando-se de

ferramentas como os programas sociais, as oficinas de geração de renda, a economia solidária, os centros de acolhida e o fortalecimento com a rede social de suporte. Em suma, assegurando o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

Os aspectos sociais são demandas que podem ser analisadas e trabalhadas junto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), já que ela endereça seu foco ao cuidado de base comunitária, com ênfase no tratamento extra-hospitalar, fomentando ações de promoção de saúde mental, prevenção de agravos e intervenção precoce. A articulação dos serviços que regem a saúde do sujeito com transtorno mental tem como um de seus objetivos a diminuição da internação psiquiátrica hospitalar, sendo esta o último recurso terapêutico a ser utilizado (RAMOS, 2014).

Nos relatos dos entrevistados observou-se a centralidade do cuidado nos CAPS do município, verifica-se que este dado confronta os princípios e cuidado da atenção psicossocial, em seu estudo Quinderé (2014) menciona que apenas um serviço ou uma única equipe de saúde não é considerada autossuficiente para a produção de cuidado já que a complexidade de um sujeito com transtorno mental envolve campos interdisciplinares do saber requerendo uma multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão do cuidado, assim, uma rede de atenção se tornam inerentes e necessários no processo de trabalho de cuidado à saúde, ao se falar de sujeitos com transtorno mental há um aprofundamento considerando a fragilidade em aspectos da vida além da apresentação sintomática.

A RAPS também propõe a descentralização das ações no modelo de atendimento clínico e do modelo de atenção centrado no psicofármacos, ofertando estratégias como a Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o apoio matricial do CAPS à atenção básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (GUSMÃO *et al*, 2017) .

A sistematização de uma rede de cuidados com um modelo de atenção integral visa ao direito ao livre acesso e circulação do sujeito com transtorno mental garantindo intervenções no território que evita a internação e assim a manutenção da proposta asilar do cuidado. Ramos (2011) refere que a efetividade da interdependência dos serviços de da RAPS está relacionada com a labilidade das internações psiquiátricas. Assim, em seus estudos alega que se houver uma pouca articulação ou desarticulação da RAPS há o aumento das internações psiquiátricas e das reinternações dos sujeitos com transtorno

mentais, esta afirmação vai de encontro com os relatos dos participantes desta pesquisa, que apontam a desarticulação da rede como um dos preditores da reinternação psiquiátrica.

Por meio dos relatos observou-se a desorganização da RAPS no município de Ribeirão Preto, como desencadeador foi referido as divergências de conceito de cuidado entre a coordenação de saúde mental e os profissionais dos serviços especializados, o pouco investimento financeiro na RAPS e na educação permanente dos profissionais para melhor compreensão de sua organização e fluxo. Amarante (2009) aponta a importância da mudança política quanto aos cuidados em saúde mental, havendo apoio da gestão da esfera federal, estadual e municipal à RAPS há uma implantação e ações resolutivas e efetivas.

Nota-se que a importância do investimento em educação permanente e no esclarecimento dos profissionais pois apesar da mudança do modelo de atenção ao cuidado em saúde mental observou-se resquícios de pensamentos do conceito asilar de cuidado, este fator contribui para uma desarticulação e enfraquecimento da rede de atenção psicossocial (Ramos, 2014), verificou-se que no município pesquisado há divergências ideológicas entre gestão e práticas, mas observou-se também o fortalecimento e articulação dos profissionais para manutenção das ações da RAPS e da desconstrução do paradigma da assistência asilar à loucura imposto na sociedade

Scheffer e Silva (2014) afirmam que o desconhecimento e a precariedade do trabalho em rede aprofundam ainda mais o fosso histórico da segmentação das políticas sociais e acesso dos sujeitos com transtornos mentais, Ramos (2014) enfatiza a importância do fortalecimento da articulação em rede como estratégia para impedir o aumento das reinternações.

A reforma psiquiátrica em seus ênfases o olhar integral sobre a doença mental, impera em seu conceito a garantia de livre circulação do sujeito com transtorno mental. A partir do viés da atenção psicossocial e da mudança do conceito de saúde se ressaltou a necessidade de diversas estratégias de cuidado e a ampliação do conhecimento técnico de outros setores que influenciam no processo da saúde e do adoecimento mental. Dentre as várias estratégias que contemplam as dimensões complexas do sujeito em sofrimento psíquico, é preciso que as políticas de saúde mental sejam orientadas não apenas reduzindo o cuidado ao setor da saúde, mas o ampliando. A intersetorialidade se

faz importante como estratégias para se articular serviços, pessoas e políticas. A intersetorialidade é uma política complexa que visa superar a fragmentação das diferentes áreas de conhecimento e de atuação social, tendo como objetivo articular setores da sociedade para melhoria das condições sociais. A composição da intersetorialidade no cuidado à saúde mental proporciona o fortalecimento das relações sociais do sujeito em sofrimento psíquico, a sua inserção na comunidade (re)construindo a dignidade e o seu reconhecimento como cidadão (AZEVEDO, 2014; OLSCHOWSKY, 2014)

Nos relatos deste estudo observou-se poucas ações intersetoriais, os entrevistados afirmam o estigma e o preconceito de outras áreas de conhecimento acerca da doença mental. Estes dados vão ao encontro com o estudo de Scheffer e Silva (2014) em relação a rede de saúde mental de Palmas –TO, os autores referem que o estigma do doente mental nos equipamentos de atenção o impedem de exercer sua cidadania, que é historicamente negada. Ressalta que o aparato intersetorial é fundamental para a rede de atenção á saúde mental, se amplia e se consolida a cidadania. Corroborando com esta afirmação a OMS (2012) afirma que a estigmatização de pessoas com transtornos mentais tem persistido ao longo da história, manifestada por estereotipia, medo, assédio, raiva e rejeição ou evitação. Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum, tanto dentro de instituições como na comunidade.

Para além da não identificação do sujeito com transtorno mental pelos outros setores do município, os relatos evidenciam que a atenção básica apresenta dificuldade em se apropriar deste público. Segundo Aosani (2013) a atenção básica configura um campo de práticas e de produção de novos modelos que incluem o cuidado á saúde mental , na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade, em seu estudo identificou que os profissionais da atenção básica recebem pouca capacitação para o cuidado e manejo ao sujeito com transtorno mental. Ressalta-se que se o território limita ou restringe o cuidado ao sujeito com transtorno mental há afirmação do hospital como lugar de cuidado.

Tais relatos vão de encontro com o estudo de Salles (2007) que menciona que a necessidade de fortalecimento do conhecimento dos profissionais acerca da doença mental para não se reproduzir o estigma do cuidado asilar. Aosani (2013) corrobora em seu estudo que os profissionais não identificam cuidado da atenção básica em relação à saúde mental. Ressalta-se que no município de Ribeirão Preto a realização do matriciamento ainda é recente e que a história da cidade é marcada pelo hospital psiquiátrico o cuidado asilar. Zanardo (2017) verificou a centralidade do cuidado nos CAPS dos sujeitos que reinternam e a pouca busca pelos atendimentos e tratamento na atenção básica.

Barros (1994) *apud* Machado (2012) alertam que os serviços territoriais muitas vezes contribuem para o a restrição de cuidados aos usuários mediante práticas que o leva a uma dependência de apenas um serviço, tal prática estigmatiza o local de cuidado e o sujeito restringindo seu acesso a outras modalidades de cuidado, como a atenção básica.

É proposto, na RAPS, que a atenção aos casos sejam integradas à atenção básica e que a dificuldade de apropriação do sujeito com transtorno mental seja remitida por meio do apoio matricial de referência em saúde mental para a equipe da rede básica, assegurando assim o cuidado. O isolamento de um serviço de saúde mental no cuidado favorece a perpetuação da segregação do sujeito com transtorno mental, reafirmando assim o hospital como local de tratamento e contribuindo para as reinternações psiquiátricas (BRASIL, 2017; KODA, 2003).

Partimos do pressuposto que a internação psiquiátrica engloba uma multiplicidade de variáveis complexas. Com base nos resultados das consultas aos prontuários e na base de dados do SISAM 13 verificou-se que ainda há um alto índice de internações e reinternações psiquiátricas, considerando o avanço que a proposta contida na RAPS representa para a articulação intersetorial no contexto da atenção psicossocial, possibilitando a ampliação da atenção e cuidado a novos cenários sociais. Identificou-se que há um número grande de reinternações de mulheres e com uma alta taxa de tentativas de suicídios como principal motor para as internações e reinternações psiquiátricas. Também verificou-se que há dentre esses sujeitos que mais reinternam uma predominância de solteiros e sem renda. Assim observa-se uma íntima relação entre os Determinantes Sociais da Saúde e os fatores que levam a vulnerabilidade a internação hospitalar.

A partir da análise das entrevistas, foi possível analisar que o hospital psiquiátrico se mantém como *locus*, suprimindo diferentes carências de recursos em setores distintos, no atual cenário da Atenção Psicossocial. Oferta materiais que garantem a sobrevivência física e social do sujeito com transtorno mental, assim respondendo a demandas de origens socioeconômicas.

O hospital também é utilizado como recurso de acolhimento em situações de crise e de sofrimento psíquico intenso, mantendo seu papel de local de tratamento e ofertando proteção às relações familiares.

Os relatos permitiram inferir que a reinternação psiquiátrica é intrínseca ao cotidiano do usuário recorrente do serviço de Saúde Mental, sendo sua diminuição de frequência algo a ser considerado como estratégia prioritária. Sua frequência na história de vida do indivíduo contribui para uma cristalização na frequência de sua utilização. Entretanto, percebe-se, através dos relatos, que a internação possui caráter iatrogênico, fortalecendo o preconceito e estigma da loucura. Isso reforça no sujeito o sentimento de não pertencimento ao território e à comunidade, limitando assim suas possibilidades de desempenhar a cidadania de forma mais plena.

Em complementação, os serviços “extra-muros” apresentam lacunas nas intervenções, que acabam por dificultar a obtenção de respostas às demandas socioeconômicas dos sujeitos com transtorno mental. O resultado é um processo ainda mais lento de desconstrução do estigma da loucura no território. Nos relatos, foi

possível identificar a baixa articulação de práticas territoriais intersetoriais, pouco integradas aos serviços de assistência social e, menos ainda, com os recursos socioculturais e laborais. Pelo contrário, verificou-se uma centralização da responsabilidade pelo cuidado, por parte dos serviços especializados em Saúde Mental. Estes, muitas vezes, que já se encontram inchados de usuários e com pouco investimento organizacional, estrutural e de recursos humanos.

Logo, a partir da análise de dados, se observa uma combinação de carências: ausência e baixo suporte familiar, aspectos socioeconômicos precários, desorganização da rede de apoio, não-identificação da Saúde Mental na Atenção Básica, não apropriação e responsabilização do usuário em seu tratamento. Esse cenário favorece o isolamento social, e, nos momentos de intenso sofrimento psíquico, que a acolhida não seja feita na base comunitária (onde seria mais efetiva). Acaba, nesse contexto, restando ao hospital o papel de recurso mais utilizado, o que gera uma superlotação e demanda de recursos (financeiros, estruturais e de pessoal especializado) num nível de complexidade onde, muitas vezes, a chance de reincidência tende a aumentar. Todo esse ciclo se retroalimenta, tornando a situação algo crônico, pelos motivos aqui analisados.

No entanto, os relatos dos usuários, familiares e profissionais apontam para um cenário de transição, no qual se percebe atuante a Atenção Psicossocial, embora ainda pendurem práticas e pensamentos que remontam ao modelo asilar, sem uma efetiva ampliação das áreas de saber. Esse coexistir de realidades produz um novo fenômeno, a reinternação, que reproduz, de certa forma, o fenômeno da antiga internação psiquiátrica institucionalizada. Essas reinternações perduram ao longo da vida do sujeito através de “marcas” psicológicas, sociais e culturais, intensificadas conforme a permanência e quantidade de vezes em que vão se repetindo.

A reinternação então se mostra como característica de um processo ainda não concluído da reforma psiquiátrica. Contudo, ressaltam a importância de se investir na rede de Atenção Psicossocial e nos modelos de cuidados substitutivos ao manicômio. Com tal investimento, estimula-se a alteração da lógica do “grande hospital” como centro de referência único do cuidado em Saúde Mental, e de um reforço aos estigmas enraizados na sociedade e no próprio setor: o de se isolar e marginalizar o sujeito com transtorno mental.

Com a desconstrução do estigma da loucura e da lógica manicomial a Atenção Psicossocial poderá repercutir com todo seu potencial. Ressalta-se que o senso comum da loucura é um conceito que deve ser revisitado para que se rompam preconceitos. Somente assim pode haver uma substituição plena, para que se criem novos significados e práticas, a partir de uma nova consciência do outro enquanto indivíduo em sofrimento.

Porém, para além das mudanças no *locus* da assistência e da prática profissional, se faz necessário que esta discussão encontre espaço na esfera das Políticas Públicas, pois, ressalta-se que as práticas e o conceito de cuidado estão intrinsecamente permeados e influenciados pelo contexto cultural e sociopolítico de seu recorte temporal.

As limitações da pesquisa são a área geográfica do estudo, a qual concentrou-se em apenas um município, sendo interessantes novos estudos mais amplos que possam coletar dados em nível estadual por exemplo, para comparação dos dados. Também se considerou uma limitação o número da amostra, podendo esta ser ampliada para abarcar outros serviços, da saúde e outros setores, e outras áreas geográficas.

Entretanto, acredita-se que os resultados identificados neste estudo ofertam espaços e instigam discussões para a construção de estratégias de fortalecimento do modelo da Atenção Psicossocial, da RAPS, e da Atenção Básica em Saúde Mental. Visando à diminuição das reinternações, aponta para a necessidade urgente de uma transição efetiva do modelo asilar, conforme vem sendo preconizada como objetivo do atendimento em Saúde Mental, desde a Reforma Psiquiátrica.

ACIOLI-NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.

ALMEIDA, B.A.; NASCIMENTO, E. R.P; SCHWEITZER, G. Intervenção das situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de ua equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev. Bras. de Enfermagem**. V.05. n67. P708-714. São Paulo.2014

ALVES, A. A. M; RODRIGUES, N. F. R; Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. *Rev. Port. de saúde pública*. V02. N 28. Porto. 2010.

AMARANTE, P. D. C. Asilos, alienados, alienistas: Uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-81.

_____. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e recovery: Conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012.

BANDEIRA, M. e SILVA, M.A. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 61(3): 124-132,2012.

BALLARIN, M.L.G.S; FERIGATO, S. H; CARVALHO, F.B; MIRANDA, I. M.S. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Lei n. 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, Poder Executivo, Brasília, 6 abr. 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de atenção psicossocial**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em 04/07/2015.

_____. **Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012, Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Ver. Esc. Enferm USP. V01. N 45. P 87-94. São Paulo. 2011

CAMPOS, C. J. G; Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**. V05. N57. P.611-614. Brasília. 2004.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE. P. D. C. (Org.). **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 141-168.

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

CZARNOBAY, J. Adesão ao uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. 2015.94 f. Dissertação (mestrado em enfermagem) Setor de ciências da saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2015.

DEMARCO, D.A; JADRIM, V. M. R; KANTORSKI, L, P. Perfil dos familiares usuários de Centro de Atenção Psicossocial: distribuição de tipo de serviço.**Rev. Fund. Care online**. V03. N09. p 732-737.2017.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, 2007.

DRX-XIII. **Plano regional da Rede de Atenção Psicossocial do Aquífero Guarani**. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-ribeirao-preto/raps_aquifero_guarani.pdf>. Acesso em 06/02/217.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: O conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76-84, jan./abr. 2011.

FOUCALT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

GULJOR, A. P. F. **Os centros de atenção psicossocial: Um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. 2003. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: Aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 281-298, jul./dez. 2006.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, b. 1, p. 16-22, 2011.

_____.; SANTOS, M. A. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: Um estudo qualitativo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 793-806, jul./set. 2012.

_____.; SANTOS, M. A. Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica. **Aletheia**, n. 40, p. 111-119, jan./abr. 2013.

MACHADO V., LEONIDAS C., SANTOS M.A. & SOUZA J. Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. **International Nursing Review**, 59, 447–457, 2012.

MARTINS, A.G; A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).2012. Dissertação (Mestrado em psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2012

MARTINHADO, F; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde e debate*. V36. N. 95. P 583-594. Rio de Janeiro. 2012

MATEUS, M. D. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. In: MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental: Baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 56-75. (a)

_____. O Centro de Atenção Psicossocial. In: MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental: Baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 139-158. (b)

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 17. n.3. p. 621-6. mar. Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto, contexto enfermagem**. Florianópolis. 17(4):p.758-64. Out./Dez. 2008.

MUNIZ, P. L. **O fenômeno revolving door: Um desafio à reforma psiquiátrica**. 2013. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

NETO, D. D; SILVA, A. C. Characterization of readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: An analysis over a 21 month period. **Portugal. Eur. J. Psychiat.** Vol. 22. N. 02. P.69-76, 2008.

OLIVEIRA, L. R. G; GULJOR, A. P. F; VERZTMAN, J. S. Inclusão da diferença e reinternação psiquiátrica: estudo através de um “caso traçador”. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo. V. 18. N.03. P. 504-518. set. 2015

OLSCHOWKY, A; WETZEL, C; CAMATTA, J,F,S; PINHO, L,B. Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na estratégia saúde da família. Texto contexto enfermagem. V03. N23. P.591-599. Florianópolis.2014

OYFFE, I; KURS, R; GELKOPF, M; YUVAL; MELAMED,Y; BLEICH, A. Revolving-door Patients in a Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study. **Croat Med J.** 50: 575-82. 2009.

PARENTE, C, J, S; MENDES, L. P. F; SOUZA, C. N. S; SILVA, D. K. M; SILVA, J. C; PARENTE, A. C. B. V; PARENTE, A. C. M. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. **Rev. Min. Enf.** V. 11. N.4 p.381-386. Out./dez. 2007

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica: As experiências francesa e italiana.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, T. L. S; CAZOLA, L. H. O; SALES, C. M; ANDRADE, A. R. O. Fatores relacionados com as reinternações de Portadores de esquizofrenia. **Cogitare Enferm.** v. 15.n.02. p.302-7. Abr./Jun. 2010.

PITTA, A. M. F. O que é a reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-26.

PIZZI, M.L.G. Conceituação de família e seus diferentes arranjos. **Ensino de sociologia em debate. Revista eletrônica: LENPES-PIBID de ciências sociais.** Londrina. 2012.

RAMOS, D. K. R; GUIMARÃES, J; MESQUITA, S. K. C. Dificuldades da rede de saúde mental e as reinternações psiquiátricas: problematizando possíveis relações. **Cogitare enfermagem.** V03. N19. 2014.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** v. 15, n. 37, p. 519-27, abr./jun. 2011.

RAMOS, D. K. R; GUIMARÃES, J; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes do portador de transtorno mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ.,** v.15, n.37, p.519-27, abr./jun. 2011.

RIBEIRO, A. M. A idéia de referência: O acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia,** Natal, v. 14, n. 1, jan./abr. 2009.

ROSOLEM, R. Entre idas e vindas ou sobe as reinternações psiquiátricas. Dissertação (mestrado em psicologia, Centro de ciências humanas, Universidade Estadual de Maringá. 2016.

SANTOS, C. J. G. **Metodologia científica**. Disponível em: <http://www.oficinadapesquisa.com.br/APOSTILAS/PROJETO_RH/_OF.TIPOS_PESQUISA.PDF>. Acesso em: 04/07/2015.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Tradução por Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Revisão Técnica: Ana Maria Fernandes Pitta. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SHERRY L; SHAFFER, B.A; SHARI, L; HUTCHISON, M.S; AYERS, A.M; RICHARD W. GOLDBERG, R. W; DUCH, D. A; KOGAN, J.N; TERHORST, L. Brief Critical Time Intervention to Reduce Psychiatric Rehospitalization. **Psychiatric Services**. 66:1155–1161;2015.

_____. Reabilitação psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

ZANARDO, G. L. P; SILVEIRA, L. H. C; ROCHA, C. M. F; ROCHA, K. B. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital de porto alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Epidemiologia**. V03. N.20. p.460-474. Porto Alegre. 2017.

ZHANG, J; HARVEY, C; ANDREW, C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**; 45:578–585. 2011.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ADULTO II E III DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

Título da Pesquisa: “Os fatores que levam as reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”.

Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da escola de enfermagem de ribeirão preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço

Orientadora: Prof^a.Dr^a Regina Célia Fiorati

Estamos convidando o Sr (SRa) para participar desta pesquisa que tem como objetivo identificar e analisar o porque acontece a reinternação no hospital psiquiátrico de pacientes que fazem tratamento no CAPS.

Caso aceite participar, a coleta de dados desta pesquisa será feita em duas etapas: Primeiramente será realizado uma leitura do seu prontuário a fim de identificar o numero de internações psiquiátricas pelas quais você passou. Em seguida, o Sr (SRa) será convidado (a) a responder a algumas perguntas sobre o que acha do tratamento e como se sente como usuário do CAPS e em relação à reabilitação psicossocial.

A entrevista será realizada em horário de acordo com sua disponibilidade e em local onde se sinta confortável para responder as perguntas. A entrevista pode durar até uma hora e meia. A entrevista será disponibilizada caso o participante achar necessário e arquivada após a conclusão da pesquisa.

Essa pesquisa é importante para favorecer avanços e melhorias na atenção à saúde dos usuários dos serviços de saúde e diminuir as internações no hospital. Sua participação na pesquisa pode fazê-lo se sentir envergonhado ou desconfortável ao responder as perguntas. Caso ocorra algum desconforto ou constrangimento durante a entrevista, pedimos que seja comunicado ao pesquisador, para que se possam tomar providências para voltar a se sentir confortável. O Sr (SRa) pode também solicitar a interrupção da mesma).

VERSÃO 03 TCLE 12/2016

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados.

Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas com fim de pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Com Horário de funcionamento das 8h às 17h de segunda à sexta-feira e telefone para contato: 016 33159197, no respectivo endereço Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38- Ribeirão Preto-SP

Em caso de dúvidas, procurar o pesquisador Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço (celoaml@gmail.com ou 11 990050015). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa: Os fatores que levam as reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2017.

Assinatura

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ADULTO II E III DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

Título da Pesquisa: “Os fatores que levam as reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”.

Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da escola de enfermagem de ribeirão preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço

Orientadora: Prof^a.Dr^a Regina Célia Fiorati

Estamos convidando o Sr (SRa) para participar desta pesquisa que tem como objetivo identificar e analisar o porque acontece a reinternação no hospital psiquiátrico de pacientes que fazem tratamento no CAPS.

Caso aceite participar, a coleta de dados desta pesquisa será feita em uma etapa, o Sr (SRa) será convidado (a) a responder a algumas perguntas sobre a percepção do familiar do usuário do CAPS em relação à reabilitação psicossocial e as reinternações hospitalares psiquiátricas.

A entrevista será realizada em horário de acordo com sua disponibilidade e em local onde se sinta confortável para responder as perguntas. A entrevista pode durar até uma hora e meia. A entrevista será disponibilizada caso o participante achar necessário e arquivada após a conclusão da pesquisa.

Essa pesquisa é importante para favorecer avanços e melhorias na atenção à saúde dos usuários dos serviços de saúde e diminuir as internações no hospital. Sua participação na pesquisa pode fazê-lo se sentir envergonhado ou desconfortável ao responder as perguntas. Caso ocorra algum desconforto ou constrangimento durante a entrevista, pedimos que seja comunicado ao pesquisador, para que se possam tomar providências para voltar a se sentir confortável. O Sr (SRa) pode também solicitar a interrupção da mesma).

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados. Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas com fim de

pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Com Horário de funcionamento das 8h às 17h de segunda à sexta feira e telefone para contato: 0 16 33159197, no respectivo endereço Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38- Ribeirão Preto-SP

Em caso de dúvidas, procurar o pesquisador Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço (celoaml@gmail.com ou 11 990050015). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa: “Os fatores que levam as reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2017.

Assinatura

VERSÃO 03 TCLE 12/2016

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARIDO DOS PROFISSIONAIS DO CENTRS DE ATENÇÃO PISCOSSOCIAL ADULTO II E III DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

Título da Pesquisa: “Os fatores que levam as reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”

Pesquisa, nível Mestrado, vinculada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da escola de enfermagem de ribeirão preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Pesquisador Responsável: Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª Regina Célia Fiorati

Estamos convidando o Sr (SRa) para participar desta pesquisa que tem como objetivo identificar e analisar o porque acontece a reinternação no hospital psiquiátrico de pacientes que fazem tratamento no CAPS.

Caso aceite participar, a coleta de dados desta pesquisa será feita em uma etapa, o Sr (SRa) será convidado (a) a responder a algumas perguntas sobre a percepção do profissional do CAPS em relação à reabilitação psicossocial e as reinternações hospitalares psiquiátricas.

A entrevista será realizada em horário de acordo com sua disponibilidade e em local onde se sinta confortável para responder as perguntas. A entrevista pode durar até uma hora e meia. A entrevista será disponibilizada caso o participante achar necessário e arquivada após a conclusão da pesquisa.

Essa pesquisa é importante para favorecer avanços e melhorias na atenção à saúde dos usuários dos serviços de saúde e diminuir as internações no hospital. Sua participação na pesquisa pode fazê-lo se sentir envergonhado ou desconfortável ao responder as perguntas. Caso ocorra algum desconforto ou constrangimento durante a entrevista, pedimos que seja comunicado ao pesquisador, para que se possam tomar providências para voltar a se sentir confortável. O Sr (SRa) pode também solicitar a interrupção da mesma).

Seu envolvimento na pesquisa será somente durante a entrevista, porém caso necessário, poderemos entrar em contato novamente para complementar os dados. Todas as informações coletadas durante o processo serão usadas apenas com fim de

pesquisa e construção de conhecimento, mantendo a confidencialidade e anonimato durante todo o processo. A sua participação na pesquisa pode ser retirada a qualquer momento, caso julgue necessário, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em eventos e revistas científicas, sem a identificação dos participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa. Com Horário de funcionamento das 8h às 17h de segunda à sexta-feira e telefone para contato: 0 16 33159197, no respectivo endereço Av. Bandeirantes 3900, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Sala 38- Ribeirão Preto-SP

Em caso de dúvidas, procurar o pesquisador Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço (celoaml@gmail.com ou 11 990050015). Uma via assinada deste documento lhe será entregue caso aceite participar da pesquisa.

Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa: “Os fatores que levam as reinternações psiquiátricas hospitalares no contexto da consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2017.

Assinatura.

**APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO
APLICADO NOS USUÁRIOS DOS CAPS ADULTO II E III DE RIBEIRÃO
PRETO-SP.**

- 01) Você sabe por quantas internações passou?
- 02) O que acha que houve para internar?
- 03) como é seu tratamento no CAPS?
- 04) Você faz outro tratamento de saúde mental além do CAPS?
- 05) Onde você vai quando não está em casa ou no CAPS?
- 06) Como você se relaciona com sua família?
- 07) Além do CAPS e de sua família, de quem mais você recebe apoio?
- 08) você tem amigos?
- 09) como Você se sente quando se reinterna no hospital psiquiátrico?

**APÊNDICE E- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO
APLICADO NOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS DOS CAPS ADULTO II E III
DE RIBEIRÃO PRETO-SP.**

- 01) Descreva a constituição de sua família.
- 02) Como é relacionamento na família e com o seu parente que está fazendo tratamento psiquiátrico?
- 03) quantas internações o seu parente teve?
- 04) quais as causas que levaram o seu familiar a internar no hospital das ultimas vezes?
- 05) como você se sente quando seu familiar está internado no hospital?
- 06) Como é o tratamento do seu familiar no CAPS?
- 07) Ele faz algum outro tratamento em saúde mental além do CAPS e do hospital?
- 08) seu familiar frequenta outros lugares além do CAPS?
- 09) Como é a relação dele(a) com a vizinhança? Ele tem amigos?

**APÊNDICE F- ROTEIRO SEMIESTRUTURADO APLICADO NOS
PROFISSIONAIS E DOS CAPS ADULTO II E III DE RIBEIRÃO PRETO-SP.**

- 01) Como é realizado o Projeto terapêutico Singular (PTS) em seu serviço?
- 02) Em sua opinião quais os fatores que levam as reinternações psiquiátricas hospitalares dos usuários que são atendidos aqui no CAPS?
- 03) Quais os recursos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) você utiliza?
- 04) Você consegue se comunicar com outros equipamentos e serviços com facilidade?
- 05) Em sua opinião, o CAPS inserido na RAPS, está conseguindo ser mais efetivo nas ações de reanilitação psicossocial?
- 06) Existem ações intersetoriais sendo desenvolvidas?
- 07) Em sua opinião, considera que algo possa ser mudado no CAPS?
- 08) Em sua opinião, considera que algo possa ser mudado na RAPS?

**ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - serp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 005/2017, de 01.02.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 01 de fevereiro de 2017.

Protocolo CAAE: 60207816.0.0000.5393

Projeto: REINTERNAÇÕES HOSPITALARES PSIQUIÁTRICAS: UMA ANÁLISE DAS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA IMPLEMENTAÇÃO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisadores: Marcelo Augusto de Medeiros Lourenço
Regina Celia Fiorati (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Regina Celia Fiorati

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP