



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO – EFG/ BRASÍLIA
II TURMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA BARROS DO NASCIMENTO
LUDMILA SOUZA SANTOS

A REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO -
DISTRITO FEDERAL NA PERSPECTIVA DO PACIENTE

Brasília, 2018



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

FERNANDA BARROS DO NASCIMENTO
LUDMILA DE SOUZA SANTOS

**A REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO -
DISTRITO FEDERAL NA PERSPECTIVA DO PACIENTE**

Projeto aplicativo apresentado à Escola Fiocruz de
Governo para obtenção do título de especialista em Saúde
Coletiva.

Orientador: André Vinicius Pires Guerrero

Brasília, 2018.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N244r Nascimento, Fernanda Barros do.

A reinternação psiquiátrica no hospital São Vicente de Paulo: distrito federal na perspectiva do paciente / Fernanda Barros do Nascimento, Ludmila Souza Santos. – Brasília, 2018.

64 f. : il.

Orientador: André Vinicius Pires Guerrero;

Trabalho de conclusão de curso (Especialização – Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2018.

1. Saúde mental. 2. Rede de Atenção à Saúde Mental. 3. Reinternação. 4. Hospital Psiquiátrico. I. Santos, Ludmila Souza. II. Guerrero, André Vinicius Pires. III. Título.

CDU: 613.86

Bibliotecária responsável: Caroline Lago de Carvalho Pires CRB-DF 3170



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



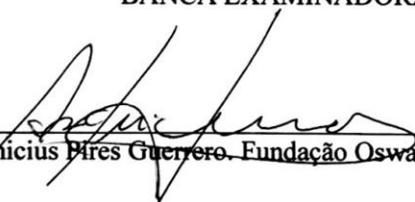
Fernanda Barros do Nascimento
Ludmila de Souza Santos

A reinternação Psiquiátrica no Hospital São Vicente de Paulo - Distrito Federal na Perspectiva do Paciente

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 29/03/2018.

BANCA EXAMINADORA


Me. Andre Vinicius Pires Guerrero. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília


Me. Adélia Benetti de Paula Capistrano. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília


Me. June Correa Borges Scafuto. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília


Me. Bárbara Coelho Vaz. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Agradecimentos:

Agradecemos Karine Dutra e June Scafuto



RESUMO

No contexto brasileiro, quase 20 anos após a publicação da Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216 de 2001), ainda se faz necessário lidar com alguns desafios, dentre eles a reinternação em hospitais psiquiátricos. O Distrito Federal- DF, campo de estudo deste trabalho, conta com uma rede de atenção à saúde mental que inclui um hospital psiquiátrico de referência, o Hospital São Vicente de Paulo - HSVP. A partir da experiências de uma das autoras, trabalhadora do acolhimento do HSVP observou-se uma demanda crescente de identificação de usuários que necessitam de tratamento imediato (urgência e emergência), observou-se também um fluxo de circulação desordenado nas portas do Pronto Socorro, com um histórico de pacientes em quantidade e frequência que recebem alta e retornam ao hospital em pouco tempo. Este trabalho tem como objetivo analisar ocorrências de reinternações psiquiátricas, a partir do ponto de vista de um recorte de pacientes reinternantes no Hospital São Vicente de Paulo no momento da realização da pesquisa. O questionamento que motivou a realização deste estudo foi: Quais são os motivos que têm feito com que os Usuários com sofrimento psíquico do DF (e entorno), vem buscando com frequência o processo de reinternação no Hospital São Vicente de Paulo? Para a coleta de dados, foi realizado um grupo focal com usuários que tenham reinternado no HSVP tendo como pergunta disparadora: O que na sua opinião motivou a internação atual? E a anterior? Durante a realização do GF, pode-se observar que todos os participantes tiveram algum contato com outros serviços de saúde diferentes do hospital psiquiátrico, porém o HSVP é, para eles, referência para a atenção às crises. Sobre os resultados do Grupo focal, o que se pode concluir sobre a relação dos usuários com o HSVP, é que este é para eles um local de acompanhamento. Os pacientes são internados sem consentimento, sem possibilidade de decidir quando sair e que as reinternações ocorrem por motivos alheios a eles. Os pacientes com as outras formas de acompanhamento da rede de atenção, seja durante a internação, seja no momento da alta.

Palavras Chaves: Saúde Mental; Rede de Atenção à Saúde Mental; Reinternação; Hospital Psiquiátrico.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

ABSTRACT

In the Brazilian context, almost 20 years after the publication of the National Mental Health Policy (Law N^o. 10.216 of 2001), it is still necessary to deal with some challenges, including rehospitalization in psychiatric hospitals. The Distrito Federal, DF, the field of study of this work, has a network of mental health care that includes a reference psychiatric hospital, Hospital São Vicente de Paulo - HSVP. Based on the experiences of one of the authors, the host worker of the HSVP observed a growing demand for identification of users who need immediate treatment (urgency and emergency), a flow of disordered circulation in the doors of the Emergency Room was also observed, with a history of patients in quantity and frequency who are discharged and return to hospital in a short time. This study aims to analyze occurrences of psychiatric rehospitalization, from the point of view of a cut of reinternating patients at Hospital. At the moment of the research. The question that led to this study was: What are the reasons that have made users with psychological distress of the DF (and environment), have been frequently seeking the process of readmission in the Hospital São Vicente de Paulo? For the collection of data, a focus group was carried out with users who have readmitted to the HSVP with the trigger question: What, in your opinion, motivated the current hospitalization? And the previous one? During GF, it can be observed that all the participants had some contact with other health services different from the psychiatric hospital, but the HSVP is, for them, a reference for the attention to the crises. Regarding the results of the Focus Group, what can be concluded about the relationship between users and HSVP is that it is a monitoring site for them. Patients are hospitalized without consent, with no possibility of deciding when to leave and that the readmissions occur for reasons unrelated to them. Patients with other forms of follow-up of the care network, either during hospitalization or at discharge.

Key Words: Mental Health; Mental Health Services; Psychiatric readmission; Psychiatric Hospital.



LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial.....	16
Tabela 2:	Cobertura da Atenção Primária do DF.....	31
Tabela 3:	CAPS em funcionamento do DF.....	32
Tabela 4:	Roteiro do Grupo Focal.....	41

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Redemocratização e Reforma Sanitária Brasileira.....	12
1.2	Saúde mental e a Reforma psiquiátrica Brasileira: Caminhos para um novo modelo de atenção à saúde mental.....	13
1.3	Rede de Atenção Psicossocial.....	20
1.3.1	A Atenção Básica.....	21
1.3.2	CAPS como componente estratégico da rede de atenção psicossocial....	22
1.3.3	Atenção às Urgências e Emergências.....	23
1.3.4	Atenção residencial de Caráter Transitório.....	24
1.3.5	Atenção Hospitalar.....	25
1.3.6	Estratégias de Desinstitucionalização.....	25
1.3.7	Reabilitação psicossocial.....	26
1.4	A Atenção Primária e o Apoio Matricial como estratégias da rede de atenção à Saúde Mental.....	26
1.5	A rede de atenção à Saúde Mental do Distrito Federal.....	31
1.6	Reinternação.....	35
2.	OBJETIVOS.....	38
2.1	Geral.....	38
2.2	Específicos.....	38
3.	DESENVOLVIMENTO/ MÉTODO.....	39
3.1	Desenvolvimento da Pesquisa.....	39
3.2	Realização do Grupo Focal.....	41
3.3	Resultados e Discussões.....	42
4.	PROPOSTA DE APLICAÇÃO.....	51



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS.....	59



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

1. INTRODUÇÃO

Segundo OMS, milhões de pessoas no mundo são afetadas por sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais. Estima-se que 154 milhões de pessoas sofrem de depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; 91 milhões de pessoas são afetadas por perturbações do abuso de álcool e 15 milhões por perturbações do abuso de drogas. Pelo menos 50 milhões de pessoas sofrem de epilepsia e 24 milhões de Alzheimer e outras formas de demência. Cerca de 877 000 pessoas morrem devido a suicídio cada ano (OMS, 2003).

No contexto brasileiro, passados quase 20 anos após a publicação da Política Nacional de Saúde Mental a partir da Lei nº 10.216 de 2001, ainda se faz necessário lidar com um grande quantitativo de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos durante longos períodos, reafirmando a necessidade de integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde gerais, apoiados por outros níveis de cuidados, incluindo serviços baseados na comunidade e serviços hospitalares (FUNK, 2004).

A negligência para as questões de saúde mental continua apesar da existência de evidência sobre a alta prevalência de transtornos mentais, e os custos substanciais que se impõem aos indivíduos, famílias, comunidades, e sistemas de saúde quando não tratado. (OMS, 2009).

O Distrito Federal- DF, campo de estudo deste trabalho, conta com uma rede de atenção à saúde mental que inclui um hospital psiquiátrico de referência, o Hospital São Vicente de Paulo - HSVP.

A partir da experiências de uma das autoras, trabalhadora do acolhimento do HSVP observou-se uma demanda crescente de identificação de usuários que necessitam de tratamento imediato (urgência e emergência), observou-se também um fluxo de circulação desordenado nas portas do Pronto Socorro, com um histórico de pacientes em quantidade e frequência que recebem alta e retornam ao hospital em pouco tempo.

Apoiada nos fatores assinalados, a motivação para a realização deste trabalho partiu do desejo das duas autoras, uma do HSVP e outra da Atenção Primária em Saúde - APS do DF, em um pensar as conexões para o acesso às estratégias de cuidado aos usuários de Saúde Mental pautado no território de abrangência do paciente, favorecendo a sua reinserção social, na perspectiva do próprio usuário, fortalecendo a ideia de “protagonismo social”, no sentido de desenvolver a autonomia e autodeterminação (BRASIL, 2010).

Diante desses fatos, o questionamento que motivou a realização deste estudo foi: Quais são os motivos que têm feito com que os usuários com sofrimento psíquico do DF e entorno, vêm buscando com frequência o processo de reinternação no Hospital São Vicente de Paulo?

1.1 Redemocratização e Reforma Sanitária Brasileira

Na década de 60, no que tange ao sistema público de saúde, o Brasil vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo. Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado (PAIVA E TEIXEIRA, 2014).

Na segunda metade da década de 1970, o cenário mundial estimulou movimentos no combate ao Estado autoritário que vigorava no país, emergindo críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo brasileiro. A crítica teórica às políticas de saúde e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde (TENÓRIO, 2002).

Reivindicava-se, assim, a reorganização da assistência à saúde, por meio da criação de um sistema único e nacional que atendesse às demandas dos cidadãos (PINHO, 2009). Com isso, mobilizaram-se inúmeras organizações sociais que tentavam encontrar saídas ao regime imposto pelos militares em 1964, que, mediante questionamentos da relação entre Estado e sociedade civil, fomentou uma prolífica produção intelectual e práticas alternativas ao modelo hegemônico (YASUI, 2006).

Nasce, assim, o conjunto de princípios da Reforma Sanitária sintetizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Suas proposições teóricas e metodológicas foram incorporadas à Constituição Federal de 1988: a Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/1990) que instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS por meio da Lei Federal 8080/90, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade e

descentralização, com financiamento compartilhado pelas três esferas de Governo (Federal, Estadual e Municipal).

Dessa forma, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático no contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, que transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde (PAIVA E TEIXEIRA, 2014).

1.2 Saúde mental e a Reforma psiquiátrica Brasileira: Caminhos para um novo modelo de atenção à saúde mental

A instituição psiquiátrica e as práticas e os saberes sobre a loucura, centradas no asilo como um espaço de tratamento, “cura” e controle, foram estudadas por autores como Foucault, Castel, Machado, Birman, Amarante, Hoffman, Basaglia e Rotelli (SILVEIRA, 2009).

Para Foucault, em a História da Loucura, durante a Antiguidade e a Idade Média a loucura era revestida de um poder sobrenatural, elementos de um saber difícil, fechado, esotérico, chegando a ser entendida como uma forma de ligação entre os homens e os deuses, não podendo, portanto, ser capturada. O autor argumenta suas idéias declarando que antes de ser dominada, por volta da metade do século XVII, a loucura aparece atrelada a todas as experiências da Renascença, que de todos os modos, só tem sentido e valor no próprio campo da razão (FOUCAULT, 1978).

Portanto, a razão enunciada se contrapõe à desrazão, estabelecendo uma ruptura com a experiência da loucura, uma incompatibilidade entre a loucura e o pensamento. O discurso da razão, na época, começa a ser identificado como o discurso da ciência, contrapondo-se ao discurso da loucura, presente no Renascimento e, pela primeira vez na história do Ocidente europeu acontece o enclausuramento da loucura (BIRMAM, 1992).

Dentre os autores estudiosos da história da loucura, Lancetti e Amarante (2006) reafirmam que, nesse percurso, o discurso da “desrazão” é substituído pelo conceito de alienação mental e que o asilo, ao colocar a questão do isolamento em novas bases como a principal medida terapêutica passa a ser justificado cientificamente.

Preconizava-se, então, que os alienados fossem isolados e transferidos a lugares que fornecessem a sua reeducação pelo tratamento moral, regulamentadas pelo exercício da

disciplina e pelo uso do trabalho. Em outras palavras, basicamente, o modelo de assistência à doença mental era centrado na exclusão social e no hospital psiquiátrico (SILVEIRA, 2009).

Para Goffman (1992), o principal problema relacionado à disciplina nessas Instituições é denominado como a "mortificação do eu", o que corresponde à contínua mutilação da identidade do indivíduo quando este se depara com a consequente padronização de procedimentos em que os internos perdem sua identidade, suas vestes, seus pertences e ficam sob o subjugo do outro, sem poder de decisão.

No Brasil, foi somente a partir da chegada da família real que os chamados loucos passaram a ser objeto de intervenção do Estado. Em 1852, concretizando o projeto de agrupá-los em um espaço próprio e destinado ao tratamento, foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, o Hospício de Pedro II (AMARANTE, 1994).

Assim, nessa época, o cuidado psiquiátrico desenvolvido no Brasil fundava-se no modelo higienista francês, baseado nas práticas pedagógicas, no tratamento moral e na reclusão em grandes asilos no formato de hospitais-colônias (BARROS E EGRY, 2001). Nesses hospitais, a princípio, instituiu-se o trabalho agrícola aos internos como suposta modalidade de tratamento, o que gradualmente evidenciou sua verdadeira função: segregar os doentes mentais em locais distantes da cidade (PINHO, 2009).

Na Era Vargas, seguindo a mesma lógica segregacionista de cuidado, houve reforma e ampliação das instalações existentes e a vasta criação de novos hospitais, financiados pelo governo federal, culminando em superlotação, precariedade das infraestruturas, maus-tratos aos pacientes e, por conseguinte, violação de direitos humanos (MACHADO, 2012).

Sob o regime dos governos militares (1964-1985), a assistência psiquiátrica brasileira esteve marcada fortemente pela política de privatização dos hospitais psiquiátricos prestadores de serviços (LUZIO, 2003) em plena ditadura militar, se faziam a construção de manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos, o que culminou no interesse mercantilista nas internações indiscriminadas, designado como "indústria da loucura" (LOBOSQUE, 2001).

Por outro lado os militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, insatisfeitos com o sistema psiquiátrico vigente, lutavam pelas mudanças de paradigma por meio de congressos, associações, sindicatos, redes e constituindo-se como movimentos sociais, também chamado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O movimento foi fortalecido pela sociedade civil organizada e pelas primeiras experiências de desinstitucionalização, que

dispõe sobre a superação do manicômio e a construção de assistência substitutiva (PITTA, 2011).

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foi aprovada a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais ou por serviços alternativos à institucionalização psiquiátrica. No mesmo ano, foi realizado o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, no qual, a partir da participação de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, foi solidificado o Movimento de Luta Antimanicomial. Com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, o movimento posicionou-se decididamente contra o papel exercido pelos hospitais psiquiátricos, penetrando vários campos dos cenários social, político, jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1995, 1999).

Tenório, 2002 fez uma revisão da reforma psiquiátrica brasileira nas décadas de 1980 e 1990, até a promulgação da Lei de Saúde Mental, em abril de 2001. O autor coloca a importância da valorização da cidadania como valor fundante e organizador do processo da reforma como um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico.

Após anos de negociação no Congresso, em 6 de abril de 2001, foi finalmente aprovada a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei Federal nº 10.216/2001) tendo como eixo estruturante a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais” por meio da substituição progressiva de instituições asilares por serviços de base comunitária, articulando o cuidado em saúde mental desde a atenção primária até a atenção hospitalar.

Os serviços de saúde mental de base comunitária foram sendo implantados por meio de experiências pontuais. Em 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram regulamentados pela Portaria nº 336, que estabelece as modalidades destes serviços, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Os CAPS, que constituem o principal eixo da Política Nacional de Saúde Mental, devem atender à população com transtornos mentais graves e operar de modo integrado com os demais serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Neste contexto, a atenção à Saúde Mental requer estratégias particulares, alinhadas ao perfil clínico-social, demandando intervenções singulares. Assim, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) vem atuando na redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, e, simultaneamente a isso, dedicou grande esforço para a implantação dos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) e outros serviços substitutivos, como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Apresenta-se no quadro abaixo o consolidado destas ações por meio dos marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tabela 1: Marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Rede de Atenção Psicossocial

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A FORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
ANO/DÉCADA	MARCO
DÉCADA DE 1980	Amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar - segregador.
	Ampliação dos atores sociais envolvidos no processo
	Iniciativa de reformulação legislativa
	Surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP).

1987	<p>I Conferência Nacional de Saúde Mental (início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura - Desinstitucionalização) temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.</p> <p>II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.</p>
1991	<p>Portaria 189 do Ministério da Saúde instituiu no plano nacional, no rol dos ‘procedimentos’ e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial</p>
1992	<p>Portaria 224 do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo</p>
1992	<p>II Conferência Nacional de Saúde Mental - Participação da sociedade no processo da reforma e ampliação dos setores nele envolvidos. Temas: rede de atenção em Saúde Mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania</p>
2000	<p>Portarias 106 e 1.220 instituem os “serviços residenciais terapêuticos”</p>

2001	Lei de Saúde Mental (Lei 10.216)
2001	III Conferência Nacional de Saúde Mental - Tema “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”
2002	Portaria nº 336, regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS
2003	Lei 10.708/2003, institui o Programa de Volta para Casa
2006	Portaria 678 - Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.
2009	PORTARIA Nº 1.190, de 4 de junho de 2009- Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
2010	Portaria 4279/2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2010	IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Eixos: a) Políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; b) Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; c) Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial.

2011	Portaria 3088 - Rede de atenção Psicossocial (RAPS)
2011	Portaria 3090/2011 - Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
2012	Portaria 130 - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
2012	Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012 -Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
2017	Consolidação número 03 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. A Portaria 3088/2011 foi incluída nesta consolidação.

Júnior, em 2007, trouxe os DESAFIOS da reforma psiquiátrica no Brasil:

- As formas de pensar as noções de rede e território dentro dos diferenciados contextos do país;
- A necessidade de avançar na elaboração de dispositivos teóricos e de formas de ação que faça ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito e amplie o alcance da rede (clínica ampliada, a incorporação de várias categorias profissionais

às estratégias terapêuticas, o recurso a modalidades de intervenção oriundas de diversas orientações teóricas);

- As unidades gestoras da saúde mental precisam defender mecanismos e critérios de financiamento que reforcem as propostas da Reforma - como a construção de redes territoriais de assistência, o estímulo a dispositivos do tipo CAPS, a implantação de programas de moradia;

- A formação de recursos humanos voltada para as formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito;

- Não apenas buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio nesse campo é produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico.

- Formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica - elemento indispensável para a superação das imensas dificuldades inerentes ao trabalho (desvalorização do servidor público, investimentos aquém do necessário) - e para a sustentação de uma prática de cuidado que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta deles.

Esses desafios podem ser considerados parcialmente superados nos dias de hoje por meio da instituição da RAPS como política e por suas formas de financiamento.

1.3 Rede de Atenção Psicossocial

Segundo a Portaria ministerial número 3088/2011, são diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, dentre outros, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

A portaria enfatiza a necessidade de desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

Para isso prevê organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

A RAPS tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.

Segundo a Consolidação número 03 de 2017, A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes (Art. 5): Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

1.3.1 A Atenção Básica

São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde - Equipes de Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da família - NASF;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade desta equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.

III - Centro de Convivência Cultural: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Os cuidados primários para a saúde mental buscam garantir direitos e diminuir o risco de violações dos direitos humanos comuns em hospitais psiquiátricos. Além disso, o estigma e a discriminação são reduzidos porque as pessoas com transtornos mentais são tratadas da mesma maneira que as pessoas com outras doenças. Isto é importante para a percepção das pessoas em relação às suas perturbações, assim como para a percepção dos membros da família, amigos e outros membros da comunidade, e até para a percepção dos profissionais de saúde que tratam essas pessoas (OMS, 2009).

1.3.2 CAPS como componente estratégico da rede de atenção psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. É constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente 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. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

II - CAPS II: atende prioritariamente 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. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende prioritariamente 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. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente 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. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

1.3.3 Atenção a Urgências e Emergências

São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral: oferece retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular.

1.3.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório

São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do

projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos). Funcionam de forma articulada com: a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período e pelo planejamento da saída, em parceria com o Serviço de Atenção em Regime Residencial, e pelo seguimento do cuidado após a saída, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

1.3.5 Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar é formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Leitos de psiquiatria em hospital geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).

1.3.6 Estratégias de Desinstitucionalização

São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado

integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

O Programa de Volta para Casa, como estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Segundo a Portaria em vigor, o hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

1.3.7 Reabilitação Psicossocial

O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que devem articular sistematicamente as Redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial têm como objetivo a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

1.4 A Atenção Primária e o Apoio Matricial como estratégias da rede de atenção à Saúde Mental

Tendo em vista que uma das autoras desse trabalho é trabalhadora da atenção primária optou-se por destacar o papel da APS e do apoio matricial como estratégias para o desenvolvimento da rede de atenção à saúde mental.

Pensando na necessidade da PNSM de articulação da rede de atenção visando a integralidade do cuidado, a Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) – DAPE/SAS/MS – desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, para garantia de assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. As principais diretrizes para esta articulação envolvem o apoio matricial de saúde mental às equipes de ESF, Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica, Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica.

Segundo Campos e Gama 2010, para atender à demanda de saúde mental na APS em primeiro lugar há necessidade de reconhecimento do território para saber a prevalência de Transtornos mentais comuns. Segundo dados do Ministério da Saúde (2003) aproximadamente 20% da população do país necessitaria de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados eventuais e 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas necessitando de atendimento regular.

Os autores apontam que pesquisas recentes mostram que para os usuários de transtorno mental já existe no Brasil uma política de saúde mental eficaz em andamento. Através dos equipamentos substitutivos, programas de transferência de renda como "de volta para casa" e moradias protegidas, vai se construindo uma rede de proteção, tratamento e reinserção social. No entanto, para os transtornos menos graves, percebe-se a ausência de uma política mais efetiva e o desafio de se construir uma rede de assistência competente, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental. Na pesquisa avaliativa referida, um dos pontos em destaque foi a dificuldade da integração entre os CAPS e a Atenção Básica (ONOCKO-CAMPOS et al, 2005; CAMPOS E GAMA, 2010).

Ainda segundo os autores, uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente na APS, que é a porta de entrada sistema de saúde, com a expectativa de que o profissional possa dar uma resposta ao seu sofrimento de forma rápida e eficaz. Todavia, uma série de fatores irá dificultar o acolhimento e tratamento do usuário como a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento por parte dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes sejam tratadas apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento. Os autores apontam a Estratégia de Saúde da Família

(ESF) como um modo de promover a transformação do modelo tradicional de atenção à Saúde, valorizando o trabalho multidisciplinar, buscando aproximar as ações do território, fortalecendo o vínculo entre equipe de saúde e população.

A ESF é um espaço estratégico para se fazer à aproximação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. Há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento. Principalmente levando-se em conta: noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia.

O Caderno de Atenção Básica nº 28, Volume II, que trata do acolhimento na atenção primária traz um capítulo sobre a atenção em saúde mental no acolhimento à demanda espontânea. O objetivo do capítulo é orientar as equipes de atenção básica quanto à identificação e manejo das situações mais agudas em saúde mental relacionadas às situações mais comuns, como transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool, crises psicóticas agudas, risco de suicídio e transtornos de ansiedade agudos. O Caderno aponta que as situações referentes à saúde mental estão entre aquelas que mais exigem esforço da equipe para a percepção oportuna do problema e a tomada de decisão o que exige escuta atenta, que seja feita por qualquer um dos profissionais da equipe, não só no acolhimento na Unidade Básica como também em qualquer local de contato com o usuário, como o atendimento domiciliar.

As queixas de saúde mental sempre demandarão um plano de acompanhamento mais complexo: agendamento para novo encontro em tempo breve, discussão do caso na equipe, levantamento da rede social, abordagem familiar, discussão de caso/avaliação com a equipe de referência de saúde mental.

O texto de Campos e Gama (2010), traz algumas recomendações para o desenvolvimento de boas práticas de saúde mental na APS como: Acolhimento/ avaliação de risco/ análise da demanda, Intervenções breves, na crise, Projetos terapêuticos singulares, responsabilização do sujeito, impactos do uso da medicação para a vida do sujeito e práticas grupais.

No capítulo “Atenção psicossocial e a (Des) institucionalização como eixo do cuidado”, Nina Soalheiro e Desiane Martins (SOALHEIRO, 2017) discutem o conceito de desinstitucionalização, não como uma técnica nem um conjunto de normas, nem como uma nova fórmula de gestão do cuidado. Ela tem a ver com tudo isso, mas deve ser pensada como

uma nova perspectiva, novas realidades no sentido de repensar as soluções para o problema - Saúde mental. Redefinir o tratar e cuidar, transformar práticas. A desinstitucionalização toma dimensão de um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas como sujeitos.

Seria a saúde mental pensada em um contexto do processo saúde/doença, resultante de processos sociais complexos que demandam abordagens interdisciplinares e intersetoriais.

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem procurar ressignificar suas práticas nas abordagens psicossociais na Atenção básica (SOALHEIRO, 2017). Pouco se discute sobre as exigências do processo de trabalho na ESF e as angústias dos profissionais diante do como fazer.

O território deve ser o ponto central para a transformação e avaliação do modelo de atenção da saúde mental (GONDIM, 2017). Observar as características de um território é um importante para introduzir os tipos de mudanças na lógica do cuidado que vem sendo proposta no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

A APS/Estratégia Saúde da Família tem função estratégica de reorientação das práticas e ações de saúde, no sentido da integralidade e territorialização do cuidado.

Reconhecer as características singulares de cada território é fundamental para compreender e caracterizar a população, e nele as questões relacionadas ao campo da saúde.

As propostas de territorialização e desinstitucionalização traz para as práticas de cuidado uma pauta que parte do reconhecimento do lugar para identificar recursos e dispositivos para a inclusão do sujeito como cidadão capaz de estruturar sua identidade e decidir sobre seu próprio processo terapêutico. Trata-se da construção de uma vida com pertencimento a território, lugares e histórias.

Na rede de atenção, a Atenção Primária deveria ter o papel de principal porta de entrada e coordenadora do cuidado. A Unidade Básica de Saúde, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, sendo constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, devem ter o papel de apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s)

na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Nas situações de sofrimento psíquico os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade das ações da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes (CAB 39). A organização dos processos de trabalho dos NASF deve ter como foco o território sob sua responsabilidade, e deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. O Caderno traz como ferramentas/estratégias das quais os profissionais do NASF podem lançar mão para colocar em prática o apoio matricial: práticas grupais, desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS), atenção domiciliar à saúde (o que inclui a visita domiciliar), atendimento ou consulta compartilhada e a possibilidade de atendimento individual.

O NASF é um importante elo entre os CAPS e a APS com objetivo de promover articulação entre as unidades locais de saúde organizando o fluxo e o processo de trabalho, podendo o NASF atuar como mediador dessa integração.

Segundo o CAB 39 os CAPS são acionados em casos mais graves (incluindo as crises) que necessitem de cuidado intensivo e/ou de reinserção psicossocial. Isto é, aqueles usuários que ultrapassam as possibilidades de intervenção conjunta da ESF com o NASF. Pessoas que buscam os CAPS por demanda espontânea devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe, e os casos que não tiverem necessidade de acompanhamento neste serviço devem ser direcionados (de modo cuidadoso) para as ESF de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do CAPS com o profissional da UBS ou do NASF.

Os usuários egressos de internação psiquiátrica também podem ser atendidos diretamente pelos CAPS, visando reinserção psicossocial e organização do retorno da pessoa para tratamento no plano comunitário.

Os casos de usuários acompanhados pelo CAPS que, após estabilização, receberem alta do serviço também podem ser discutidos entre CAPS, ESF e NASF, em vez de serem encaminhados diretamente para as ESF.

Esse fluxo não deve ser rígido e, portanto, se um indivíduo procurar qualquer um dos pontos de atenção da rede, deve ser acolhido, avaliado e encaminhado para o serviço que melhor se adequar às suas necessidades no momento. Assim, os usuários podem transitar por diferentes serviços de saúde, dependendo de suas necessidades. Para tanto, é imprescindível a existência de comunicação e de espaços de discussão de casos entre ESF, NASF e CAPS. O fluxo é variável de acordo com a realidade de cada rede de atenção.

Diante do que aponta observa-se a importância da constituição da articulação da rede de atenção para que a APS seja capaz de cumprir seu papel de ordenadora da rede. Há necessidade de planejar e estudar como garantir o acesso e tratamento desta população.

1.5 A rede de atenção à saúde mental do Distrito Federal

ATENÇÃO PRIMÁRIA

A cobertura de atenção primária no DF era de 59,49% no mês de fevereiro de 2018, segundo o quadro abaixo, sendo que apenas 34,76% da população é coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Existem apenas 08 equipes de NASF e 03 equipes dos consultórios na rua. Tendo em vista a necessidade de aumento da cobertura e mudança nos processos de trabalho, a APS do DF está em processo de conversão de modelo de atenção após a publicação das Portarias nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e da Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 que regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 2: Cobertura da Atenção Primária do DF

Período: Dezembro de 2017						
Competência	População	Número ESF	Estim. Pop. Cob. ESF	Cob. Pop. Estimada ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cob. Pop. Estimada AB
DEZ/2017	2.977.216	300	1.035.000	34.76%	1.771.230	59.49%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica. Dado gerado em: 14 de Fevereiro de 2018 - 09:17h. Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB

EQUIPE NÚCLEO APOIO A SAÚDE FAMÍLIA	ENASF1
-------------------------------------	--------

Distrito Federal	8
------------------	---

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp, consulta em 05/03/2018.

EQUIPE DOS CONSULTÓRIOS NA RUA	ECR MI	ECR MIII
Distrito Federal	1	2

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp, consulta em 05/03/2018.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A Rede de atenção conta com 17 CAPS nas diferentes modalidades descritos no quadro abaixo:

Tabela 3: CAPS em funcionamento do DF

Serviços de Saúde Mental – CAPS - em funcionamento no DF				
CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS i
CAPS II Brasília	CAPS III Samambaia	CAPS AD Guará	CAPS AD III Ceilândia	CAPS i Asa Norte
CAPS II ISM		CAPS AD Itapoã	CAPS AD III Candango	CAPS i Recanto das Emas
CAPS II Paranoá		CAPS AD Santa Maria	CAPS AD III Samambaia	CAPS i Sobradinho
CAPS II Planaltina		CAPS AD Sobradinho		CAPS i Taguatinga
CAPS II Taguatinga				

FONTE: DISAM/SES-DF

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

O Distrito Federal possui 06 UPAS localizadas em: Ceilândia, Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas, Samambaia, São Sebastião e Sobradinho.

HOSPITAIS GERAIS

O Distrito Federal possui 10 Hospitais Gerais, localizados nas sete regiões de saúde, são eles: Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional de Samambaia, Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Regional do Paranoá, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional de Planaltina, Hospital regional do Gama, Hospital Regional do Guará, Hospital Regional de Ceilândia e Hospital Regional de Brazlândia.

Conforme experiência profissional das autoras, os Hospitais Gerais só acolhem pacientes com transtornos mentais que são conduzidos pelo SAMU ou Corpo de Bombeiros. Além disso, o DF conta apenas com 01 CAPS III, 03 CAPS AD III, o que pode reforçar a característica do HSVP como porta de entrada para atendimento às crises.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Conforme levantamento de informações a partir do local de trabalho de uma das autoras, e segundo o seu Regimento Interno, o HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO (HSVP), localizado na CSC 01 Área Especial N° 01 – Setor “C” Sul – Taguatinga – DF é uma instituição psiquiátrica que atende uma parcela da população em Saúde Mental, acima de 18 anos, no caso os pacientes agudizados ou que necessitam de uma abordagem especializada, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar sob regime de internação. A abrangência do serviço abarca todo o Distrito Federal e a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE.

O HSVP recebe pacientes que procuram diretamente o Hospital no Pronto Socorro, sendo um serviço de porta aberta, que funciona 24horas, além de receber casos referenciados da RIDE, que sejam dos Hospitais Regionais, da Atenção Básica e/ou dos CAPS, quando há necessidade de avaliação psiquiátrica.

Conta com serviços de:

- Acolhimento
- Urgência/Emergência: Pronto Socorro – 41 leitos oficiais¹ de internação, separados entre enfermarias masculinas e femininas e 1 sala exclusiva para atendimento de urgência – Unidade de Procedimentos Especiais (UPE).
- Internação: ALA - 21 leitos de internação masculina e 21 leitos de internação feminina.

¹ Leitos oficiais: são os leitos cadastrados. Por ser demanda espontânea, pode haver situações de superlotação, superando esses valores de 41 leitos.

- Ambulatório
 - Vigilância: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)
 - Educação Permanente: Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEPS)
 - Farmácia Hospitalar
 - Gestão de Leitos
- Programas:
- Residência médica e multidisciplinar (enfermagem, fisioterapia, Terapia Ocupacional, serviço social, farmácia, psicologia).
 - Controle de Tabagismo
 - Acompanhamento de visitas: atendimento familiar
 - Grupos Terapêuticos e reinserção social: PS-Dia e Núcleo de Oficinas Terapêuticas (NOT)
 - Grupo de Acompanhamento pós-internação (GAPI)

O hospital conta ainda com sistema de informação que utiliza prontuários eletrônicos, onde se faz o registro de todas as atividades realizadas pela equipe. Há dificuldade em acessar o atendimento dos pacientes em unidades onde não há ainda implantado o Prontuário Eletrônico.

Uma vez que o usuário dá entrada no Hospital, passa pelo Acolhimento, feito por enfermeiro que o classificará de acordo com a gravidade. Posteriormente ele é encaminhado para o atendimento médico, psiquiatras ou residentes do 2º ano (R2) sob supervisão dos preceptores, cabendo a eles a decisão de internação ou não.

Em casos de Internação, os pacientes serão admitidos no Pronto Socorro e recebem diariamente consulta médica especializada e de enfermagem (procedimentos de enfermagem), e atendimento psicossocial e de fisioterapia conforme solicitação/necessidade. Quanto à participação nas atividades ofertadas pelo NOT, depende-se da agenda das atividades ofertadas e da situação clínica de cada usuário.

Hospital São Vicente de Paulo não conta com serviço de Análises Clínicas, sendo que a Enfermagem faz a coleta de sangue para avaliação e envia as amostras para a Policlínica de Taguatinga, parceria feita entre Direção Geral desta e daquela instituição.

O Pronto Socorro não tem rotina para solicitação de exames de imagem de alta complexidade, quando estes são necessários, os pacientes são encaminhados para Ala de

internação, onde são regulados pela Central de Regulação do SUS. Há dificuldades de encaminhamento pela grade estabelecida:

(a) Remoções – há retenção das equipes para realização de exames complementares em algumas unidades hospitalares, mesmo após admissão dos pacientes, devido à falta de RH para realizar os cuidados no outro serviço.

(b) Outras causas – dificuldade em realizar exames complementares, principalmente exames de imagem; dificuldade em agendar parecer com especialistas junto aos ambulatórios, demora na obtenção do laudo dos exames.

Para continuidade do tratamento, os usuários internados no Pronto Socorro podem (1) receber alta com encaminhamento para seguimento ambulatorial ou comunitário na rede de atenção psicossocial (CAPS, Hospitais Gerais ou Atenção Primária); (2) ser encaminhados para ALA de Internação; ou (3) ser transferido para outras instituições asilares de assistência social, como albergues).

Segundo as informações do próprio HSVP, os pacientes, ao receberem alta, recebem medicação para 03 meses e a família é orientada a procurar um CAPS para acompanhamento. Não há contato com UBS ou CAPS de referência.

Além de algumas das dificuldades já apontadas, o hospital enfrenta ainda problemas estruturais (dificuldade de acesso, rede elétrica precária) e de fluxo com demais serviços dentro da própria rede de assistência.

De acordo com o Núcleo de Escala do HSVP o hospital conta com:

- 2 Fisioterapeutas para atendimento de AMBULATÓRIO/PS/ALA
- 3 Assistentes Sociais para atendimento de PS/ALA
- 2 Agentes de serviços complementares em Serviço Social
- 3 Terapeutas Ocupacionais para atendimento de PS/ALA (exclusivas do NOT)
- 16 Enfermeiros para atendimento de PS/ALA
- 17 médicos psiquiatras para atendimento de PS/ALA, sendo 5 destes preceptores da residência médica
- 1 médico clínico geral
- 1 Farmacêutico para atendimento de PS/ALA
- 2 Nutricionistas para atendimento de PS/ALA
- 32 técnicos de enfermagem ALA + 4 Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos - AOSD
- 39 técnicos de enfermagem PS + 3 AOSD

- 9 técnicos de enfermagem PS-Dia

1.6 Reinternação

O trabalho de Cíntia, et al, (2011) traz o fenômeno da reinternação em hospital psiquiátrico, conhecido na literatura como “revolving door”, como de altíssima incidência na maioria das instituições, indicando a relevância de conhecer suas causas e pensar estratégias que o evitem. Este fenômeno da evidência a um grande desafio da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que a ausência de uma rede extra-hospitalar que acolha a demanda e garanta uma atenção de qualidade e eficaz resulta na reincidência de internações constantemente, expondo a dificuldade em se garantir uma continuidade no tratamento do sujeito inserido no meio social e familiar, havendo a necessidade da internação. Uma das possíveis justificativas seria o fato de o usuário não ter acesso ao serviço substitutivo ou não aderir a esse tipo de tratamento. Além disso, colocam a falta de espaços sociais que possibilitem o estabelecimento de relações que possam transformar as experiências de vida dos usuários.

No mesmo trabalho as autoras ressaltam que existem diferentes definições acerca do fenômeno de reincidência, variando o número de readmissões e o período relevados. Muitos autores definem os usuários recidivistas como aqueles que foram admitidos três a quatro vezes em um período de cinco a dez anos.

Gastal et al. (2000) acompanharam pacientes de um hospital psiquiátrico da cidade de Pelotas, RS, objetivando identificar variáveis relacionadas ao fenômeno de reinternação. Os autores consideraram os usuários que foram internados quatro ou mais vezes como recidivistas. As variáveis consideradas para este estudo foram sexo, gênero, idade, estado civil, cidade de residência, diagnóstico, tempo de permanência na primeira internação e o tempo entre a primeira e a segunda internação. Essas três últimas variáveis foram consideradas como as de maior poder para ocorrência da reinternação. Também, a partir dos resultados deste estudo, fizeram-se associações entre a reincidência e outros aspectos, como a condição social do usuário, a falta de suporte social, a gravidade da doença, além de fatores mais ligados à conduta do recidivista, como comportamento violento, abuso de álcool ou drogas e o não comprometimento com o tratamento.

O estudo de Machado (2012) analisou a reinternação psiquiátrica na perspectiva dos pacientes reinternantes em Ribeirão Preto. Para a autora os pacientes reinternantes, frequentemente definidos como “hospitalistas”, são aqueles que, diante de suas condições psíquicas e sociais, bem como das condições de assistência e recursos comunitários, ficam

sujeitos a sucessivas internações em hospitais psiquiátricos, caracterizando uma nova forma de institucionalismo (MACHADO apud JUNIOR E NETO, 1981; RIBEIRO, 1986).

A autora cita que a taxa de reinternação tem sido utilizada como um indicador de qualidade do serviço hospitalar, contudo, revela o funcionamento dos serviços ambulatoriais nos quais os pacientes dão continuidade ao seu tratamento (MACHADO apud MORGADO E LIMA, 1994).

Além do agravamento da sintomatologia clínica, outros fatores motivam a recorrência das internações: falta de suporte sócio-familiar, baixa adesão ou abandono do tratamento ambulatorial, ausência de medicamentos na rede, interrupção do tratamento ambulatorial por falta de médicos, pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento. Trata-se de uma dificuldade que limita o alcance das intervenções e, conseqüentemente, o efetivo desenvolvimento do processo de desinstitucionalização.

Segundo a autora, embora exista uma sofisticada legislação em saúde mental, a rede de serviços se depara com a dificuldade de atingir um alcance mais efetivo, amplo e duradouro de suas intervenções. Diante de tal situação, a reinternação psiquiátrica configura-se como uma modalidade de institucionalização, avessa às propostas da atual política de saúde mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar ocorrências de reinternações psiquiátricas, a partir do ponto de vista de um recorte de pacientes reinternantes no Hospital São Vicente de Paulo no momento da realização da pesquisa.

2.2 Específicos

- Compreender o processo de reinternação psiquiátrica ao qual o paciente está sujeito.
- Compreender, junto aos pacientes, a inserção na rede de atenção aos usuários com sofrimento psíquico em saúde mental no DF e a Rede de Saúde.
- Observar o cenário assistencial e sócio-familiar e sua relação com a internação.

3. DESENVOLVIMENTO E MÉTODO

O estudo fará parte de uma pesquisa em andamento na FIOCRUZ/Brasília: Investigação sobre a implementação das estratégias de fortalecimento de protagonismo e garantia de direitos dos usuários nos CAPS - Brasília-DF. Essa pesquisa procura investigar quais as principais barreiras de implementação, bem como os facilitadores das ações e estratégias de fortalecimento do protagonismo e garantia de direitos promovidos pelos CAPS, a fim de produzir subsídios para a superação das barreiras, bem como a qualificação dos facilitadores. Nesse sentido, o estudo visa superar a baixa qualificação dos profissionais às diretrizes de implementação da RAPS, a baixa apropriação dos usuários sobre os seus direitos, a diferença cotidiana entre a prática da gestão e do serviço.

3.1 Desenvolvimento da Pesquisa

Para o atendimento dos objetivos propostos, esta pesquisa foi realizada no Pronto Socorro do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP).

Adotou-se a abordagem qualitativa por pressupor uma interação entre o pesquisador e o objeto pesquisado, sendo que o conhecimento do fenômeno a ser investigado é construído a partir dessa interação e oferece sentido à investigação. Assumiu-se que o método da pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva e está diretamente relacionado aos significados que os atores sociais atribuem a suas experiências no mundo social e ao modo como eles compreendem esse mundo (SILVEIRA, 2009).

Dentro da abordagem qualitativa optou-se por utilizar a metodologia do Grupo Focal (GF) como técnica.

A essência GF consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos. O grupo focal pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço (Iervolino, 2001).

Foram utilizados como Critérios de Inclusão:

- residir no Distrito Federal
- estar internado no HSVP na data da realização do grupo focal
- apresentar reinternação no pronto socorro do HSVP
- aceitar participar voluntariamente da pesquisa

A seleção dos pacientes foi realizada na data escolhida para realização do GF.

A pesquisa compreendeu a realização de um GF com os usuários reinternantes presentes no PS-Dia. Este se caracteriza por ser um ambiente de convivência entre pacientes de ambos os sexos, participando de atividades terapêuticas, consultas de enfermagem, atividades com psicólogos e assistentes sociais. É um espaço dentro do próprio hospital que funciona de segunda a sexta em horário comercial, tendo a retaguarda da equipe do Pronto Socorro em caso de necessidade de manejo de uma crise.

No GF, os participantes foram estimulados a conversar entre si, a perguntar, a trocar histórias, a comentar sobre as suas experiências e pontos de vista e interagir suas ideias, sentimentos, valores e dificuldades. O GF revelou-se neste estudo como um espaço privilegiado de diálogo e intercâmbio, em que a comunicação entre os participantes foi valorizada, além de gerar dados preciosos para este estudo.

Logo no início, os objetivos do estudo foram explicitados. A seguir, procedeu-se a dinâmica de apresentação dos participantes, com o esclarecimento sobre o andamento da atividade e o convite para a participação de todos com o máximo de espontaneidade possível. Depois de estabelecido o contato inicial, o consentimento livre e esclarecido foi lido e garantido o anonimato de todos os entrevistados, o que amenizou de certa forma a desconfiança em relação à assinatura do TCLE. Os usuários foram avisados que poderiam interromper sua participação quando desejarem.

As discussões foram orientadas por um roteiro, com questões norteadoras, que serviu como fio condutor da sessão. Nesse momento, os usuários foram convidados a discorrer livremente sobre suas experiências.

O GF foi gravado, e os relatos foram transcritos na íntegra, preservando a fidedignidade dos discursos. Baseado em Machado (2012), a Análise do Discurso foi adotada como técnica, por estar de acordo com os propósitos teóricos e metodológicos do estudo e pelas possibilidades oferecidas de refletir sobre os discursos.

Assim procurou-se atribuir sentido aos trechos dos discursos que continham uma ideia, elaborando uma classificação, em que cada tema foi recortado e agrupado. A aproximação das ideias centrais semelhantes originou a definição dos temas e o agrupamento dos temas.

Durante esse processo, buscou-se assegurar o anonimato dos participantes, de acordo com os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos. As entrevistas foram codificadas e classificadas utilizando-se: G1, G2, [...] G5.

3.2 Realização do Grupo Focal

Participaram do estudo 5 pacientes reinternantes no PS do HSVP e 1 paciente de primeira internação que se voluntariou. Como não faz parte do estudo o aprofundamento da primeira crise, optou-se por não utilizar os dados referidos pelo mesmo.

Pacientes	Sexo	Última Internação
G1.	Feminino	2016
G2.	Masculino	2017
G3.	Masculino	2017
G4.	Masculino	2017
G5.	Masculino	2017
G6.	Feminino	1 internação (não considerado devido aos critérios de inclusão)

Foi utilizado o roteiro do quadro abaixo. Procurou-se observar durante as falas o vínculo com outros serviços da rede de atenção: CAPS, Unidades Básicas de saúde e a relação/apoio da família.

Tabela 4: Roteiro do Grupo Focal

GRUPO FOCAL	
Tamanho do grupo	6 pessoas
Composição do grupo	Homogênea: Pacientes reinternados no pronto socorro do HSVP.
Data e Horário	20/02/2018 às 15 horas.
Espaço físico	Ambiente de Convivência do PS-DIA do HSVP
Duração	aproximadamente 30 minutos
Moderação e Observação	Moderação- Fernanda Observação – Ludmila OBS: Optou-se por essa distribuição tendo em vista que Ludmila trabalha no HSVP.
Registro	Gravação áudio

Roteiro de Questões	<p>Em primeiro lugar foi esclarecido o objetivo da pesquisa;</p> <p>Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (leitura e resposta às dúvidas).</p> <p>Questões Iniciais: Onde vocês fazem o acompanhamento do tratamento? O que vocês acham de lá?” “O que vocês acham do HSVP?”</p> <p>Essas perguntas mais gerais foram realizadas com intuito de tentar trazer outras informações gerais de como eles veem o Hospital e os serviços de um forma generalizada , ajudando a construir um clima inicial mais tranquilo;</p> <p>O que na sua opinião motiva a internação no HSVP?</p> <p>E nesta vez? Foi assim também nas anteriores?</p> <p>Questão de transição: Antes de procurar a reinternação, houve procura por algum outro serviço?</p> <p>Questões centrais: Como é para você voltar a ser internado?</p> <p>No caso de crise, onde e como gostariam de ser atendidos? E por que?</p> <p>Questão resumo:</p> <p>O que deveria acontecer para que não haja necessidade de ser reinternado?</p>
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3 Resultados e Discussões

3.3.1 O Relato dos Pacientes

Na condução do grupo, as pesquisadoras desempenharam o papel de facilitadoras, pelo conhecimento do objeto de estudo e dos seus objetivos, promovendo, durante a sessão, a participação de todos e evitando a monopolização da fala de alguns participantes sobre outros. Em alguns momentos, o foco de discussão foi desviado, sendo necessárias habilidade e atenção para retomar o tema. E embora com um pouco de dificuldade para expressar o significado do vivenciado no cotidiano de cada um, os participantes apresentaram bom

entendimento das questões abordadas, manifestando suas posições, contando experiências, pedindo esclarecimentos, explicando e, até mesmo, ausentando-se do espaço de discussão após expressarem suas idéias.

O grupo teve uma duração média de 30 minutos. Ocorreu no ambiente externo, chamado pelas equipes de “área verde”. Apesar dos ruídos externos ao hospital, pareceu ser um ambiente acolhedor e confortável. Houve interrupção da equipe em alguns momentos.

G1

- *“É que hoje eu fui internada por coisa banal mesmo, não era nem pra tá aqui”*
- *“O nosso corpo é uma máquina né?! nunca sabe quando tá bem nem quando tá ruim...”*
- *“Eu faço (acompanhamento) na... 213/214. Eu faço acompanhamento com meu médico lá. Porque eu fazia acompanhamento aqui há muito tempo, aí meu médico... achou melhor por eu morar na vila Telebrásília fazer perto de casa. Me deu encaminhamento e pegar os remédios lá, aí se acontecesse alguma crise, como aconteceu agora, eu venho pra cá. Mas é muito raro. ”*
- *“Tenho consulta lá de 3 em 3 meses, tomo remédio. Quando acaba eu vou lá e compro de novo. Ele (o médico assistente) passa e eu compro de novo. Normal. Tranquilo. ”*
- *“Geralmente essas pessoas têm uma recaída né e aí tem o hospital são Vicente, vem pra cá, já conhece, já tem prontuário e aí fica aí 1 semana, 2 dias, 4 dias, fica bem e volta pra casa. Se levar direitinho. O problema é que a gente tem o sistema nervoso que abala a qualquer momento. ”*
- *“Antes de vim pra cá eu fui pro Instituto de saúde mental (ISM), aí depois foi que eu vim pra cá (HSVP). Porque aqui é bem melhor do que lá. ”*
- *“Eu tô desgastada. Tô doida pra voltar pra casa. ”*
- *“É péssimo” (sobre estar internada)*
- *“Ter um padrão de vida na sua casa que você não usa droga, cê acorda, toma seu café né?! Vai pro seu trabalho, come sua comida. É outro ambiente do que esse daqui. É horrível gente. Só quem sabe o que tá passando é a gente. ”*
- *“Eu me sinto muito triste. ”*

G2

- *“A questão comigo é espiritual. Porque psicologicamente eu não tô com nada. Aí o espírito vem e... pega. ”*
- *“Foi um bom tempo, mas eu não volto mais. ” (Sobre a última internação)*
- *“Eu tenho medico particular. Já fui no CAPS. Fiquei lá 2 dias mas a mulher lá me destratou aí eu fui embora. Ela me destratou porque eu fiz uma brincadeira e não foi nem pra ela. Falei foi pra todo mundo. Aí não voltei mais. Esse foi em Sobradinho. Aí fui no CAPS do Paranoá, muito bom também. Mas eu fui lá e o moço falou ‘você tá vindo no horário errado, volta amanhã’ aí eu não voltei. Mas fui atrás. ”*
- *“A mais ou menos 1km da minha casa tem 1 postinho de saúde. ”*
- *“Eu não gosto daqui não. De vim pro HPAP? Eu não gosto daqui não mas já tô acostumado. Deus botou a mão em mim e aí eu me conformei mais. ”*
- *“Porque o que não tem remédio, remediado está... e outra coisa... é... teve um motivo pelo qual eu vim pra cá... não só para cuidar da minha saúde não. Eu tenho tipo uma missão né?! Todo mundo tem. ”*
- *“A minha missão tá um pouco envolvida com isso aqui. Mas eu não gosto de falar porque as pessoas não acreditam... vamos nos ater mesmo só na pesquisa em si. Porque se aprofundar no que a gente sente... todo mundo aqui passa por uma situação diferente...”*
- *“Quando eu ouvi a voz falando assim ‘bate’ (gaguejando) eu ameacei agredir minha irmã e ameacei agredir minha mãe. A voz fala aqui (apontando pra cabeça) e ela magnetiza. Ela faz você fazer. ”*
- *“Aí não é só problema psiquiátrico. Aí cê tem que cuidar do espírito, cê tem que ir pra igreja. Tem que procurar cuidar do espírito. O espírito faz a gente trazer pra cá (HSVP). Você perde as ‘estribeiras’ e começa a fazer besteira. ”*
- *“...aí minha família muito bacana, minha irmã deixa que ela cuida dessa parte aí. Tá com ela os papéis. ”*
- *“...tem haldol no centro de saúde número 1 e no centro de saúde número 2 em Sobradinho... só pego o remédio. ”*
- *“Porque infelizmente eu tive uma recaída. ” (sobre a reinternação)*
- *“Em relação ao meu caso, é muito específico ne, porque eu sinto uma briga entre o bem e mal e eu to no meio. Não sei... o que o médico tem a ver com isso? Tem a ver que o Deus fica passivo com médico pra lhe ajudar... aí eu acho que foi necessário voltar pra cá (HSVP). ”*

- *“Eu vim direto. Outro lugar fora esse a pessoa tem que ter condições (financeiras), assim uma clínica, um estabelecimento...”*
- *“Aqui é nota 7, 7.5 por aí. É bom. Profissionais nota 10. Mas as condições nossa naquele lugarzinho lá meio preso (referente ao PS)... não tem toalha... e assim as condições são meio insalubres... lá o pessoal rouba muito... ontem teve espancamento... é isso mesmo. A forma como tá esse sistema aqui não tem muito o que a gente melhorar... melhorar o que? ”*
- *“Eu vou procurar meu Deus. Parei de beber. Parei de fumar... ficar esperto também. Quando o surto vem eu já sei... eu falo pra minha família ‘tá vindo aí’. É uma questão de se cuidar... o pessoal daqui... muitos usam droga. ”*
- *“A gente sente um pouco de derrota (sobre voltar a ser internado). Eu não me conformava em ficar aqui. Foi Deus que me conformou. Minha maior missão é me manter restabelecido. ”*

G3

- *“tenho não... aqui (HSVP)” (sobre fazer acompanhamento)*
- *“Trabalho... em casa mesmo ”*
- *“Hospital do Gama” (sobre procurar outro serviço além do HSVP)*

G4

- *“No Gama também. ” (sobre ter procurado outro serviço).*
- *“Eu me trato no ambulatório aqui de cima (HSVP). De 3 em 3 meses eu tenho consulta. ”*
- *“Porque eu tava trocando tiro com a polícia. Aí eu bati com a cabeça no chão. Quando eu voltei, voltei meio doido das ideia. Aí foi quando me internaram aqui (HSVP)... fiquei surtando. ”*
- *“Eu só acho que já tô bom, já tô pronto... só queria saber como faz pra receber alta desse lugar aqui. Mais alta pra sempre pra não tomar remédio nunca mais. ”*
- *“Parei de estudar, parei no 1º do 2º ano. ” “Cansei de estudar já. ” (sobre rede de apoio).*
- *“Onde fica esse CAPS? Tem CAPS no Gama? ”*
- *“Tem uma doutora que cuida de mim, é que esqueci o nome dela...”*

- *“Ficar bom, respeitar a família e voltar pra casa... não tomar remédio nunca mais. ”*
(sobre não precisar ser internado)
- *“Minha doença tem cura. Nem de todas pessoas tem cura... a minha tem. ”*
- *“Mas tem solução”* (sobre as dificuldades enfrentadas mencionadas pelo G1).

G5

- *“Sei não. Meu irmão. ”* (sobre a internação)
- *“CAPS não. Só aqui mesmo. ”* (sobre fazer acompanhamento)
- *“Me encaminharam lá pro instituto (ISM)... ainda não fui... No CAPS eu não fui não.*

Os dados colhidos neste estudo foram submetidos à Análise de Conteúdo, segundo Minayo (2008). Dentro da análise de conteúdo foi utilizada a análise temática, proposta por Laurence Bardin (1977).

A análise temática consiste em identificar e interpretar os núcleos de sentido que compõem a material. Dessa maneira, a análise considerou aquilo que foi mais marcante em cada entrevista, sendo recortados de cada resposta os fragmentos mais significativos dos discursos enunciados. Privilegiando, assim, a compreensão do sentido do que foi expresso pelos entrevistados e não uma verdade essencialista (MINAYO, 2012)

3.3.2 Análise do Conteúdo

A partir da análise feita dos relatos dos pacientes participantes do GF, agrupamos os discursos em quatro temas centrais, descritos a seguir.

A. O Hospital como lugar de acolhimento à crise

Historicamente o hospital é o único espaço que pode acolher a loucura em suas manifestações (OLIVEIRA, 2007). Na fala, os pacientes demonstraram ter o hospital como referência nos momentos de crise.

G1. *“geralmente essas pessoas têm uma recaída né e aí tem o Hospital São Vicente, vem pra cá, já conhece, já tem prontuário e aí fica aí 1 semana, 2 dias, 4 dias, fica bem e volta pra casa. Se levar direitinho. O problema é que a gente tem o sistema nervoso que abala a qualquer momento. ”*

G2. *“porque o que não tem remédio, remediado está... e outra coisa... é... teve um motivo pelo qual eu vim pra cá... não só pra cuidar da minha saúde não. Eu tenho tipo uma missão né?! Todo mundo tem... a minha missão tá um pouco envolvida com isso aqui... Em relação ao meu caso, é muito específico ne, porque eu sinto uma briga entre o bem e mal e eu tô no meio. Não sei... o que o médico tem a ver com isso? Tem a ver que o Deus fica passivo com médico pra lhe ajudar... aí eu acho que foi necessário voltar pra cá (HSVP).”*

B. A percepção da reinternação e a insatisfação em permanecer/ ficar internado no hospital psiquiátrico

Sobre a reinternação, os pacientes G1 e G2 relatam reinternação porque tiveram “recaída”, sentem-se tristes e com sensação de derrota. O paciente G5 relata que não sabe porque foi reinternado e que o irmão o reinternou. Sobre o que se pode fazer para que não precisem ser reinternados, o paciente G4 relata que quer *“ficar bom, respeitar a família e voltar para casa... não tomar remédio nunca mais”*. Nenhum paciente demonstrou associar a necessidade de acompanhamento para não voltar a ser internado.

G1

“É que hoje eu fui internada por coisa banal mesmo, não era nem pra tá aqui”

G2

“Porque infelizmente eu tive uma recaída. ” (sobre a reinternação)

“A gente sente um pouco de derrota (sobre voltar a ser internado). Eu não me conformava em ficar aqui. Foi Deus que me conformou. Minha maior missão é me manter restabelecido. ”

G4. *“porque eu tava trocando tiro com a polícia. Aí eu bati com a cabeça no chão. Quando eu voltei, voltei meio doido ‘das idea’. Aí foi quando me internaram aqui (HSVP)... fiquei surtando.”*

G5

“Sei não. Meu irmão. ” (sobre a internação)

Partilhar um espaço físico, fechado e indiferenciado, insalubre, segundo os participantes, é um fator que agrava o sofrimento. Os participantes expuseram o mal-estar vivido ao relatar como é para eles estar internado no HSVP.

G1. *“Eu tô desgastada. Tô doida pra voltar pra casa. ”*

“É péssimo” (sobre estar internada)

“Ter um padrão de vida na sua casa que você não usa droga, cê acorda, toma seu café né?!

Vai pro seu trabalho, come sua comida. É outro ambiente do que esse daqui. É horrível gente. Só quem sabe o que tá passando é a gente. ”

“Eu me sinto muito triste. ”

G2. *“eu não gosto daqui não. De vim pro HPAP? Eu não gosto daqui não mas já tô acostumado... Mas as condições nossa naquele lugarzinho lá meio preso (referente ao Pronto Socorro)... não tem toalha... e assim as condições são meio insalubres... lá o pessoal rouba muito... ontem teve espancamento... é isso mesmo.”*

G4. *“eu só acho que já tô bom, já tô pronto... só queria saber como faz pra receber alta desse lugar aqui. Mais alta pra sempre...”*

C. Identificação e percepção de outros pontos da Rede de Atenção

Durante a realização do GF pode-se observar que todos os participantes tiveram algum contato com outros pontos da RAPS, diferentes do hospital psiquiátrico, porém o HSVP é a referência para a atenção às crises.

Ao comentar sobre outros pontos da rede de atenção, os participantes demonstram identificar outros pontos da rede, sendo que dois deles demonstram já terem sido acompanhados em outros pontos (Atenção Primária e CAPS). Os outros três relatam ter o HSVP como referência de tratamento/acompanhamento.

Apesar de ter acesso à algum ponto da RAPS, não ficou claro se o vínculo foi estabelecido.

G1. *“antes de vim pra cá eu fui pro Instituto de saúde mental (ISM), aí depois foi que eu vim pra cá (HSVP). Porque aqui é bem melhor do que lá.”*

“Eu faço (acompanhamento) na... 213/214. Eu faço acompanhamento com meu médico lá. Porque eu fazia acompanhamento aqui há muito tempo, aí meu médico... achou melhor por eu morar na vila Telebrasília fazer perto de casa. Me deu encaminhamento e pegar os remédios lá, aí se acontecesse alguma crise, como aconteceu agora, eu venho pra cá. Mas é muito raro. ”

“Tenho consulta lá de 3 em 3 meses, tomo remédio. Quando acaba eu vou lá e compro de novo. Ele (o médico assistente) passa e eu compro de novo. Normal. Tranquilo. ”

G2. *“eu tenho medico particular. Já fui no CAPS. Fiquei lá 2 dias mas a mulher lá me destratou aí eu fui embora. Ela me destratou porque eu fiz uma brincadeira e não foi nem pra ela. Falei foi pra todo mundo. Aí não voltei mais. Esse foi em Sobradinho. Aí fui no CAPS do Paranoá, muito bom também. Mas eu fui lá e o moço falou ‘você tá vindo no horário errado, volta amanhã’ aí eu não voltei. Mas fui atrás.”*

“A mais ou menos 1km da minha casa tem 1 postinho de saúde. ”

“...aí minha família muito bacana, minha irmã deixa que ela cuida dessa parte aí. Ta com ela os papéis. ”

- *“...tem haldol no centro de saúde número 1 e no centro de saúde número 2 em Sobradinho... só pego o remédio. ”*

G3

- *“tenho não... aqui (HSVP)” (sobre fazer acompanhamento)*
- *“Hospital do Gama” (sobre procurar outro serviço além do HSVP)*

G4. *“No Gama também. ” (sobre ter procurado outro serviço).*

“eu me trato no ambulatório aqui de cima (HSVP). De 3 em 3 meses eu tenho consulta... onde fica esse CAPS? Tem CAPS no Gama?”

G5

“CAPS não. Só aqui mesmo. ” (sobre fazer acompanhamento)

“Me encaminharam lá pro instituto (ISM)... ainda não fui... No CAPS eu não fui não.

Quanto ao acompanhamento, apenas paciente G1 relata fazer acompanhamento da Unidade Básica de Saúde. O paciente G2 relatou apenas pegar a medicação na UBS, que é próxima da sua residência. Pacientes G3, G4 e G5 relatam que fazem acompanhamento apenas no próprio HSVP. Dois pacientes relatam já terem procurado o Hospital Geral da região onde residem. Pelas falas, percebe-se dificuldades de acesso, ou falta do acesso aos CAPS. O paciente G4 não conhecia o CAPS, e não sabia se havia CAPS na sua região, mesmo não sendo a primeira internação.

D. Relações Familiares

Os pacientes relatam da seguinte forma suas relações com as famílias:

Um dos participantes referiu ser o próprio irmão o responsável pela sua internação. *“Sei não. Meu irmão.” (G5).*

O relato do paciente **G2**: *“quando eu ouvi a voz falando assim ‘bate’ (gaguejando) eu ameacei agredir minha irmã e ameacei agredir minha mãe. A voz fala aqui (apontando pra cabeça) e ela magnetiza. Ela faz você fazer... O espírito faz a gente trazer pra cá (HSVP). Você perde as ‘estribeiras’ e começa a fazer besteira... aí minha família muito bacana, minha irmã deixa que ela cuida dessa parte aí. Tá com ela os papéis.”*

Outro participante se refere também à família quando fala sobre não querer mais ser internado *“ficar bom, respeitar a família e voltar pra casa... não tomar remédio nunca mais.” (G4).*

Historicamente falando, na época dos grandes asilos, o cuidado dirigido ao portador de sofrimento mental era de incumbência exclusiva da psiquiatria, o que implicava sua segregação da família. Com surgimento da abordagem psicossocial, houve uma inversão no papel da família, que passou a assumir a posição importante nas estratégias de reabilitação psicossocial (LUZIO, 2010).

Antes do início do GF (não gravado) a paciente **G1** solicitava insistentemente que as pesquisadoras disponibilizassem o telefone celular. Solicitava contato telefônico com o filho, alegando que ele nem tinha conhecimento de que ela estava internada, e precisava ser comunicado. Relatou conflito familiar com a nora, por não concordar com o relacionamento do filho. Durante a realização do GF a paciente não relatou os fatos.

3.4 CONCLUSÃO

No campo da saúde mental, procura-se transcender a exclusiva medicalização da doença e oferecer aos pacientes espaços de escuta, acolhimento, interação e laço social.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) vem atuando na redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, e, simultaneamente a isso, dedicou grande esforço para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços substitutivos, como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Um dos dispositivos que podem ser utilizados para fortalecer o convívio e sustentação das diferenças na comunidade seriam os Centros de Convivência e Cultura que se configuram de forma diferente dos serviços de saúde

Os Centros de Convivência e Cultura, previstos na PNSM, também não foram instituídos no DF. Os centros são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Conforme já foi informado nesse trabalho, os Hospitais Gerais só acolhem pacientes com transtornos mentais que são conduzidos pelo SAMU ou Corpo de Bombeiros. Além disso, o DF conta apenas com 01 CAPS III, 03 CAPS AD III, o que pode reforçar a característica do HSVP como primeiro contato para atendimento às crises.

Sobre os resultados do Grupo focal, o que se pode concluir sobre a relação dos usuários com o HSVP, é que este é para eles um local de acompanhamento. Os pacientes são internados sem consentimento, sem possibilidade de decidir quando sair e que as reinternações ocorrem por motivos alheios a eles. Os pacientes são parte de um processo de reinternação, e o atendimento no HSVP não envolve contato com as outras formas de acompanhamento da rede de atenção, seja durante a internação, seja no momento da alta.

4. PROPOSTA DE APLICAÇÃO

Diante dos fatos apresentados, acreditamos que existe dificuldade nos fluxos do HSVP para a RAPS, principalmente no momento da alta do paciente. Além disso, o pequeno número de CAPS III para todo o DF pode estar provocando dificuldades quando se trata de atenção às crises. Esses fatos podem contribuir para as ocorrências de reinternação.

Inicialmente sugere-se a necessidade de alterar a forma de realizar a referência do HSVP para as outras unidades. Há necessidade de que o encaminhamento se realize de forma responsável, com contato entre as unidades (CAPS e UBS) para que o paciente saia do HSVP com uma referência de unidade para acompanhamento, com identificação de em qual território o paciente está inserido e com a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular realizados em conjunto com o CAPS e UBS de referência, colocando-se em prática as estratégias de matriciamento e transformação de práticas para redefinir a forma de tratar e cuidar (Soalheiro, 2017).

O acesso na APS também é fator importante para a organização da rede. Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisar, no horário compatível com a

disponibilidade da equipe e do paciente e com a forma de agendamento viável. Para isso faz-se necessário discutir a reorganização do processo de trabalho dos profissionais; as formas de acesso dos usuários e a organização da agenda das equipes da atenção primária em saúde e, os fluxos dentro da rede de atenção à saúde (RAS).

O usuário, ao ser recebido por um trabalhador de saúde e ter suas demandas acolhidas, pode encontrar diversas formas de resolução do problema (Camargo-Borges e Japur, 2008). Assim, o vínculo possibilita a ampliação da eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário no seu tratamento. Implica colocar o usuário no centro do cuidado.

Espera-se que o resultado apresentado no estudo possa servir de subsídio para provocar a discussão de uma proposta de fluxo para a Rede de Atenção à Saúde Mental no DF, além de mudanças no fluxo de referência e contra-referência, principalmente após a atenção às crises.

Sugere-se como continuação para pesquisas futuras que se possa verificar o acesso desses pacientes aos outros pontos da rede, e se existe vínculo com algum território, e se o mesmo tem cobertura de atenção primária.

Há necessidade de rever as formas de acesso do paciente na rede, tanto para atenção às crises como para acompanhamento. Principalmente relacionadas a forma de acesso aos hospitais gerais e CAPS.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. 1994. In MACHADO, V. **Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes**. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, 2012.

AMARANTE, P. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. São Paulo: IPUSP, 1999.

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. A. Reto, trad.). Edições 70. Lisboa, 1977.

BARROS, S., e EGRY, E. Y. **O louco, a loucura e a alienação institucional: O ensino de enfermagem psiquiátrica subjudice**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Tradução de Joana Angélica d'Avila. Rio de Janeiro: Garamond, 1985.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA, B; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Cap. 3, p. 71-90. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consolidação número 3 de 2017. **Consolidação das normas sobre redes do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Anexo V. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011. **Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades**

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Conteúdo: V.I – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/MS, 2010.

CAMARGO-BORGES, C., e JAPUR, M. **Sobre a (não) adesão ao tratamento:** Ampliando sentidos do autocuidado. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(1), 64-71. 2008.

CAMPOS, G. W. S., GUERRERO, A. V. P., et al. **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Ed. Hucitec; 2008.

CAMPOS, R. O. e GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In CAMPOS, G. W. S., GUERRERO, A. V. P., et al. **Manual de Práticas da Atenção Básica.** Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

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

BEZERRA, C. G., DIMENSTEIN, M. **O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica.** Mental - ano IX - no 16 - Barbacena-MG - jan./jun. 2011 - p. 417-442.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica.** 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FUNK, M. *et al.* **Mental health policy and plans: promoting an optimal mix of services in developing countries.** International Journal of Mental Health, v. 33, p. 4-16. 2004

GASTAL, F. *et al.* **Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses.** Revista de Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 280-285, 2000.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 4. ed. São Paulo: Perspectiva; 1992.

GONDIM, G. e SOALHEIRO, N. **Território, Saúde Mental e Atenção Básica em Saúde Mental para a Atenção Básica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GONDIM, S. **Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: Desafios Metodológicos.** Universidade Federal da Bahia, v. 12, n. 24, p. 149-161. Paidéia, 2003.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n.2, p.115-21, jun., 2001.

JÚNIOR, B. B. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, p. 243-250. Rio de Janeiro, 2007.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LOBOSQUE, A. M. **Experiência da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001. In MACHADO, V. **Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes.** Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, 2012.

LUZIO, C. A. **Atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica.** Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

LUZIO, C. A. **Atenção psicossocial:** Reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MACHADO, R. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

MACHADO, V. **Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial:** a perspectiva dos pacientes reinternantes. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, 2012.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio Janeiro: Abrasco, 2008.

MINAYO, M. C. **Análise qualitativa:** teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

OLIVEIRA, A. *et al.* **O Processo de Construção dos Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa e suas Exigências Metodológicas.** XXXI Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, J. A. **Querer ficar, querer sair:** Os paradoxos da internação psiquiátrica para usuários de serviços de saúde mental. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

PAIVA, C. H.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.-mar. 2014.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica:** As experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. In MACHADO, Vanessa. 2012.

PINHO, L. B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da Reforma Psiquiátrica.** Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. In SOALHEIRO, N. **Saúde Mental para Atenção Básica.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2017.

World Health Organization (WHO). Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 estimates. Geneva, 2004. **Neurological disorders: public health challenges.** Geneva, World Health Organization, 2006. World Health Report 2003. Shaping the future. Geneva, World Health Organization, 2003. Disponível em > <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html> > acesso em 31 de janeiro de 2018.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. D. C. Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1990, p.41-67.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário.** Tese de doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOALHEIRO, N. (organizadora). **Saúde Mental para a Atenção Básica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Usuário do Hospital São Vicente de Paulo (Grupo Focal)

INTRODUÇÃO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “A Reinternação Psiquiátrica no Hospital São Vicente de Paulo - Distrito Federal na perspectiva do paciente”. Esta pesquisa é derivada de uma pesquisa em andamento intitulada “Investigação sobre a implementação de estratégias de fortalecimento de protagonismo e garantia de direitos nos CAPS”, coordenada pelo pesquisador André Vinicius Pires Guerrero, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em Brasília.

Eu vou ler para você esse documento, que tem informações sobre a pesquisa que estamos fazendo, para depois você decidir se gostaria de participar deste estudo ou não. Você pode me interromper para fazer perguntas a qualquer momento, e se não entender alguma coisa que eu disser peça para que eu pare e explique a parte que você não tiver entendido. Quando eu terminar de ler estas informações, e se você ainda desejar participar, eu pedirei a você que assine esse documento para indicar que você deseja participar.

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO

Eu faço parte de um grupo de pesquisadores que está trabalhando em um projeto de pesquisa da FIOCRUZ/Brasília, do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde-OPAS. O objetivo desta etapa do estudo é analisar os motivos de ocorrência de reinternações psiquiátricas, a partir do ponto de vista dos pacientes reinternantes em um hospital psiquiátrico e compreender a inserção na rede de atenção aos usuários com sofrimento psíquico em saúde mental no DF. Você foi convidado (a) para participar desta pesquisa porque foi identificado (a) como uma pessoa que pertence a esta população.

A sua decisão de participar desse estudo é completamente voluntária, e você pode encerrar sua participação a qualquer momento, ou decidir não participar da pesquisa, sem que isso cause qualquer tipo de prejuízo ou desconforto para você.

Todos os gastos e despesas tidas com a pesquisa são de responsabilidade do pesquisador responsável/patrocinador, isto é, o participante da pesquisa não arcará com nenhum custo referente a pesquisa.

2. PROCEDIMENTO DA PESQUISA

Nessa etapa da pesquisa nós iremos coletar dados por meio da realização de um grupo focal.

Estamos lhe convidando para participar do grupo focal que é uma conversa entre um grupo e os pesquisadores de aproximadamente 01 hora. Caso você decida participar deste grupo iremos fazer a você algumas perguntas sobre sua reinternação, entre outras que surgirão no momento da conversa. Para compreender e lembrar melhor de todas as informações que você e os outros participantes do grupo vão dividir conosco, nós gostaríamos de gravar a conversa. Nós também teremos uma pessoa tomando notas, para podermos lembrar melhor das coisas que tivermos conversando durante o grupo. Vale destacar que caso o pesquisador sinta necessidade, irá acessar o seu prontuário e/ou projeto terapêutico singular e observar as informações que constam nele. Caso não queira autorizar iremos tomar nota de todas as atividades terapêuticas proposta pelo seu serviço em seu tratamento apenas com as informações que você trouxer.

3. RISCOS POSSÍVEIS E BENEFÍCIOS ESPERADOS

Nesta pesquisa não existem riscos identificados, contudo a qualquer momento, se necessário, o participante terá assegurado assistência integral de forma gratuita.

A sua participação nesse estudo não vai lhe trazer nenhum benefício direto, mas a nossa intenção é utilizar as informações que você nos dará para poder estruturar melhor nossa pesquisa. Esta pesquisa poderá contribuir para a melhorar a qualidade das ações voltadas para a rede de atenção à saúde mental. No entanto, caso alguma pergunta seja embaraçosa ou você não deseje responder por qualquer outro motivo, você não precisa responde-la. Em qualquer momento você pode terminar sua participação nesta entrevista, sem precisar nos dar qualquer explicação.

4. GARANTIA DE SIGILO

A sua participação nesta entrevista é totalmente confidencial e voluntária. Para assegurar o sigilo das informações que você nos der, as seguintes medidas serão tomadas: nenhum nome próprio, endereço ou informações pessoais serão divulgados; ninguém além do grupo de pesquisadores terá acesso ao que você disser aqui e seu verdadeiro nome não será escrito ou publicado em nenhum local. Nenhuma informação que você vier a nos dar, durante sua participação na pesquisa, serão divulgadas para qualquer outra pessoa que não faça parte do nosso grupo de pesquisa.

Todos os arquivos da pesquisa serão guardados em um escritório trancado e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Todos os arquivos serão guardados durante um período de 5 anos, para atender às normas para pesquisas do Brasil. Se os resultados forem publicados, seu nome será mantido em sigilo.

5. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Você poderá nos fazer qualquer pergunta ou tirar qualquer dúvida que você tenha sobre essa pesquisa a qualquer momento, quer dizer, você pode nos perguntar qualquer coisa da pesquisa antes de ter começado a participar do grupo ou enquanto você estiver participando do grupo. Se você tiver interesse em conhecer os resultados deste estudo quando este terminar, os pesquisadores poderão lhe dar uma cópia do relatório final. Os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes.

Vale destacar que você, a qualquer momento, pode acompanhar as atividades da pesquisa e solicitar os resultados através do e-mail: pesquisaipier.fiocruz@gmail.com não só para esclarecimentos, mas também para divulgação dos dados aos participantes e a população em geral, garantindo todo sigilo necessário.

Caso você tenha qualquer pergunta, preocupação ou reclamação sobre essa pesquisa, você pode entrar em contato com **André Vinicius Pires Guerrero**, pesquisador responsável pela pesquisa, no telefone **(61) 332945/24** ou **(61) 981655504**, e-mail: andre.guerrero@fiocruz.br e endereço **AVENIDA L3 NORTE, GLEBA A, SC4, CAMPUS DARCY RIBEIRO, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) – CEP: 70.910-900, BRASÍLIA/DF;**

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Fiocruz/Brasília. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentre os padrões éticos. Dessa forma o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contatos do CEP/FIOCRUZ BRASÍLIA

Telefone e Fax: **(61) 3329-4607**

E-mail: **CEPBRASILIA@FIOCRUZ.BR**

Endereço: **AVENIDA L3 NORTE, GLEBA A, SC4, CAMPUS DARCY RIBEIRO – CEP: 70.910-900, BRASÍLIA/DF.**

6. SUA PARTICIPAÇÃO E SAÍDA DO ESTUDO

Lembre-se que você pode recusar a responder qualquer pergunta, ou parar de participar do grupo focal a qualquer momento, sem problema algum. A sua participação é totalmente voluntária e não existe problema algum se você não quiser participar. Quando necessário, será garantido o ressarcimento, em dinheiro a ser entregue ao participante das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante com o estudo.

Se você decidir participar da pesquisa, deverá rubricar as duas vias desse Termo, assinando a última folha. Uma dessas vias é sua e a outra é nossa. Você gostaria de perguntar alguma coisa a mais? Você gostaria de participar?

Você tem alguma ressalva e/ou observação a fazer em relação a esse documento ou a sua participação na pesquisa?

Vias e/ou observações do participante da pesquisa:

Declaro que compreendi o estudo e aceito participar do estudo.

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu declaro que o participante teve o tempo necessário para ler e compreender o estudo e que todas as suas dúvidas foram sanadas. É minha opinião que o participante compreendeu os objetivos, riscos, benefícios e procedimentos que irão ser seguidos neste estudo e que concordou em participar de forma voluntária.

(Assinatura do pesquisador (a))

____/____/____

(Data)

Nome: _____