

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

PAMELA MANOELA DOS SANTOS OLIVEIRA

**MONITORAMENTO DA RECORRÊNCIA DOS USUÁRIOS EGRESSOS DO
TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II**

CURITIBA - PR

2021

PAMELA MANOELA DOS SANTOS OLIVEIRA

**MONITORAMENTO DA RECORRÊNCIA DOS USUÁRIOS EGRESSOS DO
TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II**

CURITIBA - PR

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 23 DE FEVEREIRO DE 2021

O trabalho intitulado **MONITORAMENTO DA RECORRÊNCIA DOS USUÁRIOS EGRESSOS DO TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II** de autoria da aluna **PAMELA MANOELA DOS SANTOS OLIVEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Profª. Dr./Msc Flávia Granzotto Fachini
Orientadora do TCR/PI

Msc Flávia Caroline Figel
Avaliadora da Instituição

Msc Rafael Rocha de Oliveira Baptista
Avaliador Externo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me concedido saúde mental e física, por ter me dado a força, persistência e resiliência necessária para superar as adversidades que encontrei no caminho. Por permitir que tudo isso acontecesse e fosse possível realizar-se ao longo destes dois anos de formação, e por mais esta conquista em minha vida pessoal.

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e a Escola de Saúde Pública do Paraná, a Coordenação desta Residência, ao corpo docente, por todo conhecimento proporcionado e compartilhado, a direção e administração, a todos pela oportunidade de realizar esta especialização.

À minha orientadora Prof^a. Dr. Msc. Flávia Granzotto Fachini, pelo suporte, orientações, correções, por todo seu empenho e tempo dedicados a mim, sempre com apoio e incentivos.

A minha preceptora Lenir Cotrim Barbosa, por sua doçura, força, determinação, sinceridade, e por todo conhecimento, vivências e experiências compartilhadas.

A coordenadora do CAPS II Fátima Klauss, por toda alegria, compreensão, afeto, por todas as animadas reuniões de equipe e confraternizações.

A todos os profissionais da equipe do CAPS II, aprendi muito com cada um de vocês.

Agradeço ao meu companheiro, Claudio Cesar Adamowicz, por sempre ter estado ao meu lado, pelo apoio nas horas difíceis de desânimo e cansaço, por sua infinita paciência, compreensão e por todo seu amor.

Ao meu pai, Manoel da Silva Oliveira, que me incentivou e apoiou desde o início.

A minha mãe, Lenir Rodrigues dos Santos Oliveira, por sempre alegrar meus dias, por me dar forças e sempre me encorajar, obrigada por seu amor infinito.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação nesta especialização, que contribuíram nesta jornada, o meu sincero muito obrigada.

Gratidão!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVAS	9
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....	10
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	10
2.2 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	12
2.3 O SERVIÇO SOCIAL COMO DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II.....	14
2.4 REINCIDÊNCIA DE INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	15
2.5 REDES DE APOIO SOCIAL E COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL.....	16
3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	18
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	20
4.1 MONITORAMENTO REALIZADO	22
4.2 ORIENTAÇÕES REALIZADAS	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6. REFERÊNCIAS.....	28
7. APÊNDICE.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Usuários que receberam alta melhorada no CAPS II – 2019.....	20
--	-----------

RESUMO

O estudo apresentado é resultado de um trabalho de monitoramento dos usuários egressos do tratamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do município de Pinhais/PR, que obtiveram alta por melhora do quadro psicopatológico. A investigação decorreu com os usuários egressos e visou monitorar a recorrência dos mesmos ao tratamento neste equipamento de saúde pós alta, bem como os encaminhamentos a fim de que se efetive a continuidade do tratamento e adesão em outros espaços promotores de saúde e a vinculação na atenção primária a saúde. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, através do método de pesquisa-ação, com a finalidade de compreender, por meio das demandas do usuário, quais são as suas necessidades e buscar transformar sua realidade. Os resultados obtidos trazem para discussão e promovem algumas reflexões acerca da importância do trabalho multiprofissional e intersetorial no campo da saúde mental, da importância da atenção primária nos atendimentos em saúde mental. Destaca ainda, o papel fundamental do profissional Assistente Social na construção de uma rede de cuidados direcionados para a integralidade do atendimento, com compromisso a autonomia e desenvolvimento da cidadania do usuário da Política de Saúde Mental e nos oferecem um panorama dos desafios e avanços da Reforma Psiquiátrica no cotidiano do trabalho profissional do Assistente Social na Saúde Mental, e na vida social das pessoas em sofrimento mental. Problematicamos também os efeitos da pandemia da Covid-19 na realização e obtenção dos resultados desta pesquisa.

Palavras-chave: monitoramento; recorrência; saúde mental; serviço social.

1. INTRODUÇÃO

O movimento de Luta Antimanicomial, que teve início na década de 70, passa a propiciar concepções em práticas menos institucionalizantes e mais politizadas de atendimentos territoriais em saúde mental, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2005).

Conforme Dimenstein *et al* (2017), a noção de território/territorialização é fundamental para as ações de promoção de saúde, pois configura-se pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento. O território é uma noção dinâmica, fluida, viva, mutante, portanto, conhecê-lo é condição para o planejamento das estratégias e políticas públicas. Assim, os serviços substitutivos em saúde mental quando territorializados, ou seja, localizados nos espaços de convívio social tornam-se mais eficazes.

A partir da década de 90, os CAPS configuram-se como um espaço sócio-ocupacional de atuação do/a Assistente Social, que compõem a equipe multidisciplinar conforme a portaria 336/2002.

No Brasil o SUS conta com 2.661 Centros de Atenção Psicossocial em todo o país. Na Região Sul, a população aproximada de 29.230.180, conta com 85 CAPS II (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Sendo o Paraná com 22 regionais de saúde e na modalidade CAPS II são 25 equipamentos habilitados (PARANÁ, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), os CAPS são serviços comunitários, abertos e que atuam de maneira interdisciplinar junto à população em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, tanto em situações de agudização dos sintomas, quando nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015).

Os CAPS estão inseridos em locais estratégicos dos territórios, e são os equipamentos fundamentais para a articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Na atuação com os usuários, os CAPS devem primar pela emancipação e autonomia dos sujeitos, bem como promover a vida comunitária e (re) inserção em locais geradores de saúde (sejam eles: trabalho formal, centros de espiritualidade, centros de convivência, empreendimentos solidários, centros culturais, entre outros) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

1.1 JUSTIFICATIVAS

A partir desta nova forma de tratar as pessoas em sofrimento psíquico, com esta pesquisa, pretende-se realizar o apoio social aos usuários como possibilidade de intervir de forma mais efetiva nas expressões da questão social na área da saúde mental promovendo autonomia no tratamento, convívio social e familiar. Considerando a saúde mental muito além das expressões da questão social, são diversos os determinantes da saúde que favorecem/desencadeiam crises e o fenômeno da porta giratória neste equipamento de saúde pública. A “porta giratória” da psiquiatria, consoante Bandeira e Barroso (2005), configura-se como sendo um fenômeno caracterizado por rehospitalizações frequentes da pessoa com transtorno mental, obedecendo a um ciclo recidivo de internação/alta/internação.

Os fenômenos da vida social impactam diretamente na vida dos usuários, faz-se necessário que os usuários transitem em outros espaços promotores de saúde, cultura, educação, cidadania e lazer. De acordo com Vasconcelos (2011, p.430), “o campo da saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado diretamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética”.

A presente pesquisa justifica-se pela importância da atuação do profissional Assistente Social em equipe multidisciplinar, conforme o código de ética profissional em seu cap. III art 10º, pois cabe ao assistente social, d) incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar, na busca pela efetivação dos direitos dos usuários.

Acredita-se que é dever dos cientistas das ciências sociais a análise, investigação, intervenção e reanálise das intervenções, promovendo estudos, a fim de que as práticas profissionais possam contribuir com o desenvolvimento da ciência e de novas pesquisas.

Nesse sentido, buscou-se descrever o monitoramento da recorrência e encaminhamento dos usuários em tratamento no centro de atenção psicossocial CAPS II, do município de Pinhais, Paraná.

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Realizar o monitoramento dos (as) usuários (as) que obtiveram alta do tratamento no CAPS II – Pinhais/PR por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os usuários (as) que obtiveram alta do tratamento por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019;
- Mapear os recursos e serviços disponíveis no território para orientações e encaminhamentos;
- Verificar junto ao usuário qual o serviço que melhor atenda sua necessidade terapêutica;
- Articular com a rede de serviços disponíveis no município;
- Identificar, por meio do contato telefônico, a adesão dos usuários/as em espaços promotores de saúde, desde o processo do pós-alta no CAPS;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município de Pinhais, localizado no estado do Paraná, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, encontra-se na Microrregião de Curitiba e na Mesorregião Metropolitana de Curitiba, tendo sua posição geográfica a 893 metros de altitude. Sua população, no Censo de 2010 (IBGE), era de 117.008 pessoas e em 2018 era estimada em 130.789 - 48,55% da população residente masculina e 51,45% feminina (Atlas do Desenvolvimento Humano).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018), no ano de 2016, ocorreram cerca de 11,2 óbitos por transtornos mentais ou comportamentais. Já em 2018, segundo o IPARDES (2019), foram cerca de 15 óbitos.

No que se diz respeito aos motivos de internação, no ano de 2016, foram 817 casos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, sendo distribuídos por faixa etária, com predominância a faixa etária de 20 a 49 anos (491 casos). (PINHAIS, 2018). Com relação aos internamentos por lesões autoprovocadas voluntariamente, foram notificados apenas dois, entre as faixas etárias de 10 a 14 anos, e 30 a 39 anos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

De acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Plano Municipal de Saúde (2018), na Atenção Básica, o município de Pinhais possui 11 Unidades de Saúde da Família.

Na Atenção Secundária; uma Unidade de Saúde da Mulher, um Centro de Controle de Agravos (CCA), um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), um Serviço de Radiologia e Eletrocardiograma; 09 clínicas conveniadas ao SUS para prestação de serviço; três clínicas de fisioterapia; cinco clínicas credenciadas, sendo uma de ortopedia, uma de psiquiatria, uma de odontologia especializada, duas clínicas de tomografia computadorizada; uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). Existe também um ambulatório de especialidades, o qual oferece serviços de psiquiatria, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, entre outros. Há que se destacar que existe uma fila de espera para o atendimento em psicologia neste último equipamento, a qual era composta de aproximadamente 700 pessoas no mês de março/2019.

E na atenção terciária: dois hospitais para atendimento à população sendo: Hospital Geral Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e Hospital Psiquiátrico Estadual Adauto Botelho (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

Em Pinhais, o CAPSII atende pessoas a partir de 17 anos e 06 meses de idade, em conformidade com os critérios expostos acima. A equipe que compõe o CAPS II de Pinhais conta com um médico psiquiatra, um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, duas psicólogas, duas técnicas de enfermagem (uma gestora delas gestora do serviço), uma auxiliar de enfermagem, dois instrutores de artes e uma auxiliar administrativa, quadro profissional compatível com a equipe mínima preconizada na portaria nº. 336/02.

2.2 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Iniciada na década de 1970 e com períodos históricos marcados por movimentos sociais, reforma dos hospitais psiquiátricos, desinstitucionalização psiquiátrica e luta antimanicomial, que culminaram avanços e desafios a Reforma psiquiátrica no Brasil (HIRDES, 2009).

O modelo de cuidado à pessoa em sofrimento mental, baseado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica provocou transformações das práticas, saberes e valores culturais e sociais na saúde mental, e desenvolve-se nos espaços substitutivos de atenção. Essas transformações nas formas de cuidado mostram-se viáveis e favorecem a efetivação da reforma psiquiátrica (FERREIRA, 2017).

Tais mudanças vêm ocorrendo aos poucos, com o objetivo de reinserção do sujeito com transtorno mental ao seu território, à sua família, comunidade e sociedade num todo, oferecendo-lhe todas as condições necessárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Destacam-se importantes conquistas, a Constituição Federal de 1988, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 e a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Com a mudança na assistência à saúde mental e com os avanços propostos pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, certamente a maior conquista é o processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico (SANTIN, 2011).

A clínica deixa de ser o isolamento terapêutico para tornar-se criação de possibilidades, sociabilidade e subjetividades.

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações (AMARANTE, 2009, p.01).

Sob este novo olhar, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, se constitui uma Rede de Atenção Psicossocial através da PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, composta pela atenção básica em saúde, nas unidades básicas de saúde, quanto pelos serviços especializados que incluem ambulatórios de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, serviços de

urgência e emergência psiquiátricas, leito ou unidade em hospital geral e serviços de residenciais terapêuticos.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em saúde mental de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, sob a responsabilidade de atender pessoas em sofrimento ou transtornos mentais severos e persistentes e com necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas (MIELKE, 2009).

O CAPS II é preconizado pelo Ministério da Saúde (2015, p.18) como o equipamento que:

“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 70 mil habitantes” (BRASIL, 2015).

A partir desta nova forma de tratar as pessoas com transtornos mentais, de forma não mais isolada e sim como parte integrante da sociedade, os sujeitos que antes eram enclausurados em hospitais psiquiátricos, agora podem ser tratados mais próximos dos familiares e da comunidade onde vivem (BRASIL, 2005).

O Serviço Social contribuiu na viabilização de direitos sociais e na luta pela garantia dos serviços, buscando erradicar todas as formas de exploração e discriminação como afirma o Código de Ética Profissional de 1993.

Cabe aqui ressaltar que por meio da lei 10.216 de abril de 2001, que dispõem sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, foi redirecionado o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, iniciando uma reforma psiquiátrica em todo o território nacional. Evidencia-se a importância da promulgação da referida lei, pois anterior a isto não havia um respaldo que assegurasse o cidadão portador de transtorno mental como uma pessoa de direitos e os encaminhamentos realizados na perspectiva de tratamentos, fatos que envolvessem estes tipos de casos, tinham-se como soluções internamentos manicomiais.

A partir desta lei houve uma transformação nos esforços de acompanhamento de pessoas que sofriam com transtornos mentais abolindo a prática de internamento manicomial/longa permanência, ou qualquer outra situação que seja desprovida dos recursos mencionados no Artigo 2 da Lei 10.216:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela

inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 1993).

Nos CAPS são desenvolvidas atividades através de grupos terapêuticos com equipe técnica multiprofissional que se deparam em seu cotidiano de trabalho com usuários que por trás do transtorno mental se encontram em precárias condições de vida, que refletem diretamente em suas condições de saúde, sendo necessária uma atuação que compreenda suas necessidades, em sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele.

Deste modo, é preciso ultrapassar o espaço institucional sob o qual atua, articulando-se com outras instituições, trabalhando em rede, para que atendam as demandas postas pela realidade social dos pacientes numa perspectiva de acesso aos direitos sociais destes.

No sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida para a pessoa em sofrimento mental, seja através de esforços para contribuir com a estabilização do seu quadro psíquico, ou por meio de orientações para o seu ingresso e/ou (re) inserção do sujeito com transtorno mental ao seu território, à sua família, comunidade e sociedade num todo, oferecendo-lhe as condições necessárias, respeitando sua singularidade, autonomia e cidadania.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL COMO DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II

O sofrimento psíquico, por vezes, apresenta-se como consequência de fatores sociais, econômicos, culturais e até mesmo políticos. E nem sempre está relacionado a causas orgânicas ou físicas. Desta forma, cada indivíduo conforme sua história de vida e experiências é marcado em sua subjetividade pelas complexidades inerentes ao mundo social (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Cezar *et al.*, (2008, p.6), “a promoção da saúde depende da satisfação de diversas necessidades básicas, através das mais diversas políticas sociais e que não se esgotam no setor da saúde”, portanto, é necessário o

envolvimento de outros segmentos, visando possíveis alternativas para superar processo de saúde/doença, identificado como expressão da questão social.

É possível destacar que as condições socioeconômicas das famílias, aliada à falta de acesso aos serviços públicos, além da exposição às diversas situações de violências, exclusão social, discriminação em suas várias formas, entre outras condições/situações, são fatores de vulnerabilidade vivenciados pelos indivíduos submetidos às internações psiquiátricas e que posteriormente são atendidos nos CAPS.

Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é o agente articulador da rede de serviços que compreende o seu território de abrangência.

A política de assistência social deve ser articulada ao cuidado em saúde mental, visando ampliar as estratégias de enfrentamento das fragilidades sociais.

Dentre os seus desafios, destacam-se as diversas violações de direitos sociais e a necessidade de efetivar a intersetorialidade, ou seja, articular outros setores no acesso às políticas públicas para o atendimento das necessidades no cuidado com em saúde mental (SCHEFFER, SILVA 2014).

Sobre intersetorialidade, Campos (2004) salienta que é um:

“[...] processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população” (CAMPOS, 2004, p. 747).

A partir dessa concepção entende-se que a intersetorialidade consiste numa construção coletiva que se fortalece com a participação da população, considerando as particularidades e potencialidades que compõem cada realidade, no intuito de atender as necessidades individuais e coletivas encontradas (NASCIMENTO, 2010).

2.4 REINCIDÊNCIA DE INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Para que haja uma redução de leitos hospitalares e tempo de permanência dos usuários nas instituições, se faz necessário uma rede de alternativas à internação

psiquiátrica que seja compatível com as necessidades dos usuários que retornam ao convívio familiar e social.

Nesta perspectiva:

A desinstitucionalização propõem a redução das internações psiquiátricas que, a partir de então, passam a se configurar como um instrumento clínico terapêutico indicado apenas em casos que exijam proteção a própria vida ou a de terceiros, devendo ser utilizada quando há ruptura no acompanhamento de base comunitária. A decisão do internamento deve ser tomada de forma criteriosa, especificamente em casos necessários, na tentativa de evitar a cronificação do indivíduo e da doença (RAMOS, GUIMARÃES, ENDER; 2011, p.520).

A “porta giratória” da psiquiatria pode ser vista como sendo um fenômeno que analisa as rehospitalizações frequentes de pessoa com transtorno mental, e conforme descrevemos anteriormente, segue um ciclo recidivo de internação/alta/internação. (Bandeira e Barroso, 2005).

A percepção de que a “porta giratória” é uma realidade presente nos serviços de saúde mental, e que este fenômeno apresenta relevância e pertinência para os estudos acerca da rede de atenção em saúde mental. Revolving door, expressão inglesa utilizada para o termo “porta giratória” (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001), fenômeno que vem sendo estudado desde a década de 1960.

No Brasil, os estudos acerca do tema apontam a taxa de readmissões sem utilizar critério para definir o fenômeno da porta giratória. Estas experiências repetitivas de reclusão podem desencadear rupturas nos laços familiares e na permanência dos sujeitos no seu entorno social. A manutenção do tratamento dos pacientes egressos de internação psiquiátrica é pautada na maioria das vezes apenas na terapêutica farmacológica, esse tipo de assistência deixa de absorver outras necessidades cotidianas e coletivas que exigem atenção e interferem na manutenção do tratamento (CARDOSO E GALERA, 2011).

2.5 REDES DE APOIO SOCIAL E COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL

O suporte social é hoje considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde (SIQUEIRA,2008). Dentro dos fatores externos encontra-se o suporte social. Este, de uma forma geral pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio, além da rede de serviços e pessoas que lhe estão acessíveis – serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços na comunidade (BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006).

O apoio social proporciona assim mais saúde. Estando sozinhas, quando se sentem doentes, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a doença. A partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua autoestima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, aumentando assim a possibilidade de uma vida melhor. Os riscos de adoecer por problemas ligados a fatores psicológicos tendem a ser reduzidos (PIETRUKOWICZ, 2001).

A intervenção no suporte social torna-se relevante quando verificamos a existência de pessoas com transtornos mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou por um técnico de acompanhamento, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem (ORNELAS, 1996).

Para um cuidado ampliado em saúde mental, se faz necessário também abordar o tema do apoio social. Os serviços da rede de saúde precisam estar articulados para oferecer atenção integral aos usuários, incluindo os serviços da Atenção Básica (AB), que são indispensáveis para o monitoramento da saúde dos sujeitos, proporcionando um cuidado longitudinal e ampliado. Desta forma proporcionando um sentimento de pertencimento a uma estrutura social mais ampla e um sentido de identidade social e territorial.

Ainda hoje evidencia-se que os trabalhadores da AB experimentam dúvidas e receios ao lidar com o portador de sofrimento psíquico. Há uma dicotomia, como se cuidar da saúde mental não fizesse parte dos cuidados básicos em saúde, quando, na verdade, os cuidados primários para a saúde mental formam uma parte essencial dos cuidados primários gerais (OMS, 2009).

Portanto, há uma necessidade de fomentar e potencializar as fontes de apoios formais e informais do território dos usuários, resgatando vínculos e retomando hábitos de vida em comunidade, aumentando a sensação de pertença a uma estrutura social mais ampla.

A rede de serviços de saúde mental territorializada (CAPS, Hospital Dia, etc) pode ser potencializada com grupos de apoio, autoajuda, grupos de associações de bairro, comunidades religiosas, entre outros dispositivos que proporcionem uma melhor qualidade de vida para as pessoas.

É necessário empoderar cada vez mais as comunidades e estimular políticas públicas de saúde que atuem em conjunto com essas redes naturais de apoio entre as pessoas, e que trabalhem na direção contrária das práticas excludentes.

O sofrimento psíquico tem por característica o isolamento social, é necessário esforço redobrado para que os sujeitos sejam estimulados a participar da vida em comunidade (PIZZINATO, 2018).

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A intervenção fruto desta pesquisa, aprovada pelo comitê de ética da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, conforme protocolo CAAE: 32120720.0.0000.5225, Número do Parecer: 4.244.641, realizada no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II, localizado no município de Pinhais/PR, que atende pessoas em sofrimento mental e com transtornos mentais graves e persistentes. Os sujeitos desta investigação foram os usuários do CAPS II.

Trata-se de uma pesquisa de intervenção, de abordagem qualitativa, cuja metodologia é baseada em orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, seja na estrutura ou no processo (VALERIANO, 2008).

Foi utilizado o método de pesquisa-ação, que se destaca por objetivar a transformação de uma realidade através de uma ação planejada. Este método permite uma interação entre o pesquisador e o pesquisado além da colaboração dos participantes como agentes transformadores de sua realidade (THIOLLENT; SILVA, 2007).

O objetivo geral foi realizar o monitoramento dos (as) usuários (as) que obtiveram alta do tratamento no CAPS II – Pinhais/PR por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019, com intuito de buscar evitar o fenômeno da porta giratória.

Para tanto, em um primeiro momento, através da busca em prontuário eletrônico do sistema de saúde do município e nas planilhas administrativas do referido serviço, foram identificados os usuários (as) que obtiveram alta do tratamento por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019. Depois, foram coletados também em prontuário dados como: nome, telefone, unidade de saúde de referência.

A pesquisadora realizou então um contato telefônico inicial com o usuário que obteve alta melhorada do tratamento, convidando este a participar da pesquisa e em caso de aceite, a comparecer presencialmente ao CAPS II em horário previamente

agendado acompanhado de um familiar para que a pesquisadora faça a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e para que o participante e/ou familiar o assine, bem como a pesquisadora possa fazer o esclarecimento de quaisquer dúvidas que tenha em relação à pesquisa.

No decorrer da pesquisa de forma articulada, realizou-se o mapeamento dos recursos e serviços disponíveis no município em diversas áreas, como saúde, lazer, educação, assistência social, trabalho, etc.

Através dos contatos telefônicos a pesquisadora realizou a entrevista semiestruturada com o usuário, onde foram discutidos os seguintes pontos: 1) O tratamento realizado no CAPS II, atendeu suas necessidades terapêuticas e/ou expectativas?; 2) Após a alta do tratamento no CAPS II, você foi encaminhado a outro serviço de saúde do município?; 3) Você foi atendido e/ou frequentou este serviço?; 4) Você sabe qual é a sua Unidade de Saúde da Família de referência?; 5) Atualmente você frequenta a sua Unidade de Saúde da Família de referência?; 6) Atualmente você frequenta algum outro espaço promotor de saúde do município?; 7) Você gostaria de frequentar algum outro espaço promotor de saúde do município?; 8) Você identifica e/ou possui alguma necessidade terapêutica neste momento?; 9) Orientações realizadas.

A entrevista nada mais é do que um diálogo, um processo de comunicação direta entre o Assistente Social e o usuário, momento de interação entre ambos. Cabe ao Assistente Social conduzir este diálogo e direcionar para os objetivos que se pretendem alcançar, tornando este um espaço em que o usuário possa expressar suas ideias, vontades, necessidades, ou seja, para que possa ser ouvido. Deste modo, entrevistar é mais do que “conversar”: requer um rigoroso conhecimento teórico-metodológico (Silva,1995).

Considerando a escuta qualificada como um instrumento importante, o Sistema único de Saúde (SUS) preconiza entre seus princípios o acolhimento e a escuta qualificada. Através da escuta qualificada, obtêm-se informações importantes sobre cada paciente, considerando seu contexto social e de vida, bem como suas particularidades e singularidades. Assim possibilitando de forma ampla as escolhas de intervenção e resolução das suas demandas e necessidades. Tornando-se uma forma de prestar uma assistência de qualidade (BRASIL,2012).

Sobre a instrumentalidade do Serviço Social, Guerra (2007) destaca:

Foi dito que a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (GUERRA,2007).

Utilizando tais instrumentais, a assistente social pode identificar a demanda do usuário e verificou junto a ele qual o serviço que melhor atenda sua necessidade terapêutica, bem como efetuou as orientações e encaminhamentos através do contato telefônico. Realizou também a articulação da rede de serviços disponíveis no município, com objetivo que se dê à continuidade do tratamento extra-caps. Através do contato realizado com a USF de referência de cada usuário participante da pesquisa, foi solicitado que o ACS realizasse a visita domiciliar ao usuário, assim a USF terá conhecimento deste usuário em tratamento de saúde mental e também com o objetivo de vincular o mesmo a unidade de saúde para efetivar a continuidade do tratamento na atenção primária.

Por fim, também por meio do contato telefônico foi verificada a adesão dos usuários/as nos espaços promotores de saúde e na USF, desde o processo do pós-alta no CAPS II.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Como resultados, foram identificados 36 usuários que obtiveram alta por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019, foram identificados 24 usuárias do gênero feminino e 12 usuários do gênero masculino. Porém, apenas 07 usuários aceitaram participar da pesquisa, destes foi realizada a entrevista apenas com 04, conforme possível observar na tabela a seguir.

Tabela 1 – Usuários que receberam alta melhorada no CAPS II – 2019

ALTA MELHORADA CAPS II - 2019									
JANEIRO									
Nome	Tipo de Alta	Data da alta	Idade	Encaminhamento	Contato Telefônico	Entrevista Realizada		Recorrência ao tto em 2019	Recorrência ao tto em 2020
						Sim	Não		
Alecrim	Alta Melhorada	07/01/2019	72	GP SM NASF	cont. s/ sucesso		X		06/06/2020
Antúrio	Alta Melhorada	07/01/2019	40	USF	cont. s/ sucesso		X		

Amarilis	Alta Melhorada	18/01/2019	70	USF	cont. s/ sucesso		X		
Alfazema	Alta Melhorada	30/01/2019	58	USF	aceitou / TCLE OK		X		
FEVEREIRO									
Azaléia	Alta Melhorada	08/02/2019	36	USF	Não aceitou		X		
Astromélia	Alta Melhorada	11/02/2019	38	USF	aceitou / TCLE OK	X			09/06/2020
Acácia	Alta Melhorada e a pedido	12/02/2019	51	USF	cont. s/ sucesso		X	08/10/2019	
Begônia	Alta Melhorada	13/02/2019	45	USF	aceitou / TCLE OK		X		
Bromélia	Alta melhorada+não adesão	14/02/2019	21	USF	cont. s/ sucesso		X	26/09/2019	
MARÇO									
Bonina	Alta Melhorada	06/03/2019	37	UBS	aceitou / TCLE OK	X			
Buganvílea	Alta Melhorada	18/03/2019	36	GP SM NASF	internada / AD		X		
Brassia	Alta Melhorada	25/03/2019	29	AMB	cont. s/ sucesso		X	27/09/2019	
ABRIL									

MAIO									
Beladona	Alta Melhorada	02/05/2019	57	GP SM NASF	cont. s/ sucesso		X		
Cravo	Melhorada	28/05/2019	35	AMB	cont. s/ sucesso		X		
JUNHO									
JULHO									
Crisântemo	Melhorada	03/07/2019	36	USF	reside em CWB		X		
Camomila	Melhorada	19/07/2019	92	USF	cont. s/ sucesso		X		
Cártamo	Melhorada	29/07/2019	38	USF	cont. s/ sucesso		X		
Calêndula	Melhorada	30/07/2019	54	USF	aceitou / TCLE OK	X			23/06/2020
AGOSTO									
Camélia	Melhorada	15/08/2019	39	USF	cont. s/ sucesso		X		
Celósia	Melhorada	23/08/2019	21	USF	cont. s/ sucesso		X		
Cinerária	Melhorada	28/08/2019	62	USF	aceitou / TCLE OK	X			
Clívia	Melhorada	28/08/2019	39	AMB	reside em PG		X		
SETEMBRO									
Ciclame	Melhorada	12/09/2019	64	USF	cont. s/ sucesso		X		
Capuchinha	Melhorada	20/09/2019	33	USF	reside em SC		X		
OUTUBRO									
Dália	Melhorada	18/10/2019	65	USF	cont. s/ sucesso		X		
NOVEMBRO									
Dendróbio	Melhorada	01/11/2019	45	USF	cont. s/ sucesso		X		
Dipladênia	Melhorada	04/11/2019	56	USF/GP NASF	cont. s/ sucesso		X		
Estame	Melhorada	29/11/2019	63	USF/CCI	cont. s/ sucesso		X		
DEZEMBRO									
Eufórbia	Melhorada	05/12/2019	32	USF	cont. s/ sucesso		X		
Frésia	Melhorada	06/12/2019	55	USF	aceitou / TCLE OK		X		
Girassol	Melhorada	10/12/2019	56	USF	cont. s/ sucesso		X		
Gardênia	Melhorada	11/12/2019	60	USF	cont. s/ sucesso		X		

Gérbera	Melhorada	11/12/2019	20	USF	cont. s/ sucesso		X		
Gerânio	Melhorada	16/12/2019	37	USF	cont. s/ sucesso		X		
Hibisco	Melhorada	18/12/2019	64	USF	cont. s/ sucesso		X		
Hortênsia	Melhorada	19/12/2019	33	USF	cont. s/ sucesso		X		29/10/2020

Conforme a tabela 1 acima, do total de entrevistados, 01 usuário se negou a participar, 01 usuária estava internada em hospital psiquiátrico, 02 usuários não residiam mais no município e 01 estava residindo em outro estado, apenas 07 usuários aceitaram participar da pesquisa, os demais 25 usuários não foi obtido sucesso na realização dos contatos telefônicos devido aos números de telefone não estarem atualizados no cadastro de saúde.

De acordo com a tabela 1, é possível perceber que a maior parte dos usuários apresentou como tipo de alta a condição 'melhorada' e 'alta melhorada'. A idade média dos usuários foi de 46 anos. A maior parte dos encaminhamentos foi direcionada para a USF (Unidade de Saúde da Família). Ainda de acordo com a tabela 1, a maior parte dos contatos telefônicos não foram atendidos ou o usuário não possuía mais o mesmo número de telefone e não atualizou cadastro. Dentre o número total de usuários, apenas 4 aceitaram participar da entrevista.

4.1 MONITORAMENTO REALIZADO

O processo do monitoramento ocorreu em dias alternados, conforme a disponibilidade do usuário em atender os contatos telefônicos realizados pela pesquisadora. O monitoramento faz parte de um trabalho de prevenção da recorrência do usuário ao tratamento no CAPS II.

Compreende-se por monitoramento:

O conjunto de atividades de acompanhamento sistemático do desenvolvimento e/ou desempenho do programa, com fins quase sempre de aperfeiçoamento do mesmo. É importante compreender que trata-se de um processo rotineiro de acúmulo de observação e análise. Em outras palavras, trata-se de uma atividade de registro regular de um programa, projeto ou ação (BOULLOSA E ARAUJO, 2009, P.22).

Durante a realização do monitoramento, constatou-se que os usuários estavam em casa, relatando apresentar boas condições de saúde, humor estável no momento do contato telefônico e desta forma foi aplicado uma entrevista semiestruturada para coleta das informações.

Em relação ao tratamento realizado no CAPS II que estes usuários receberam, durante o período em que estiveram inseridos neste equipamento de saúde, todos os usuários participantes responderam que foram bem atendidos e que o tratamento atendeu suas necessidades e/ou expectativas.

Após a alta por melhora e/ou estabilidade no quadro psicopatológico todos responderam que foram encaminhados a outro serviço de saúde do município para continuidade do tratamento. Destes, 3 usuários afirmaram que foram atendidos e/ou frequentaram este serviço, 1 usuário não se recordava.

Foram questionados se tinham conhecimento de qual é sua unidade de saúde de referência. Foi observado que todos sabiam e frequentavam e/ou frequentaram em algum momento a unidade de saúde para renovação de receitas médicas e outros atendimentos, apenas 1 usuário afirmou ter conhecimento de qual era sua unidade de saúde de referência, porém, relatou que não frequentava a mesma pois a medicação prescrita não era fornecida na rede do município e mantinha consultas com psiquiatra particular.

Quanto a inserção dos usuários em outros equipamentos e espaços promotores de saúde do município, averiguou-se que nenhum dos usuários estava inserido em outro espaço e que desconheciam outros serviços e atividades ofertados por outros serviços e equipamentos do município. Sobre o interesse dos usuários em ocupar outros espaços, apenas 1 usuário não demonstrou interesse, 1 usuário relatou estar trabalhando informalmente e por este motivo não teria disponibilidade no momento. Mas, que já esteve inserido, e que gostaria em outra oportunidade de retomar as atividades de pintura em tela e artesanato ofertados no centro cultural do município. Os outros 2 usuários relataram interesse em atividades físicas como ginástica, e atividades de geração de trabalho e renda com costura e artesanato.

Os usuários foram também indagados se possuíam e/ou identificavam alguma necessidade terapêutica após a alta do CAPS II. 1 usuário relatou estar bem, que estava em uso correto da medicação e que não identificava nenhuma outra necessidade. 1 usuário apresentou necessidade de atendimento de psicologia, 1 usuário gostaria de retomar o convívio social, as atividades artesanais e atividades de qualificação profissional, 1 usuário estava sendo assistido pelo CRAS de sua região e segundo este, devido a comorbidades clínicas não seria possível frequentar assiduamente outro espaço, mas, que gostaria de ter orientação e qualificação para empreender.

4.2 ORIENTAÇÕES REALIZADAS

Pinhais pertence à 2ª Regional de Saúde do Paraná, localizada na Macrorregião Leste. De acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Plano Municipal de Saúde (2018).

Na Atenção Básica, o município possui 11 Unidades de Saúde da Família. Na Atenção Secundária; uma Unidade de Saúde da Mulher, um Centro de Controle de Agravos (CCA), um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), um Serviço de Radiologia e Eletrocardiograma; 09 clínicas conveniadas ao SUS para prestação de serviço; três clínicas de fisioterapia; cinco clínicas credenciadas, sendo uma de ortopedia, uma de psiquiatria, uma de odontologia especializada, duas clínicas de tomografia computadorizada; uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). Existe também um ambulatório de especialidades, o qual oferece serviços de psiquiatria, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, entre outros. E na atenção terciária: três hospitais para atendimento à população sendo: Hospital Geral Municipal e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e Hospital Psiquiátrico Estadual Adauto Botelho.

Em relação aos aspectos culturais, o município conta com 1 biblioteca pública municipal, 1 anfiteatro, 1 arquivo, 5 auditórios, 2 bibliotecas, 3 centros culturais/casas de cultura, 1 concha acústica, 1 museu e 2 outros espaços, totalizando 16 equipamentos culturais (IPARDES, 2019).

As áreas de lazer do município contam com Bosque Municipal, Bosque Bordignon, Parque Linear Iraí, Parque Linear Palmital, Parque Linear Palmital, ParCão e Parque das Águas de Pinhais e diversas academias ao ar livre nos bairros.

Na Educação Pinhais conta com 21 Centro Municipal de Educação Infantil – CMEIS, 22 Escolas Municipais, 14 Colégios Estaduais, 1 Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos e 1 Centro de Atendimento às Deficiências Sensoriais, 1 APAE Pinhais.

A Assistência Social conta com 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social CREAS, 04 Centro de Referência de Assistência Social, CRAS Norte, CRAS Sul, CRAS Leste e CRAS Oeste, atendendo a programas como: bolsa família, Programa de Atenção ao Idoso – PAI, Programa Leite das Crianças, entre outros; Projetos como: Horta no Quintal de Casa, Tele centro; Serviços como: Serviço

de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, SCFV Prejovem e Projovem, SCFV Idoso, entre outros; Benefícios: auxílio alimentação, funeral, locomoção, Benefício de Prestação Continuada – BPC, etc.

Outros equipamentos e serviços ofertados pelo município como: Assistência Judiciária e Cidadania; Núcleo de Inclusão Produtiva - NIP, Centro de Convivência do Idoso – CCI, Centro da Juventude – CEJU, Núcleo de Convivência Familiar Norte – NCFV, Centro de Empreendedorismo e Artesanato de Pinhais – CEART, Armazém da Família, Feiras Livres, Agencia do Trabalhador, 3 Ginásios Poliesportivos, 1 Centro de Iniciação ao Esporte – CIE, 1 Centro de Artes e Esportes Unificados – CEU, etc.

O município de Pinhais apresenta uma estrutura ampla e contempla diversas áreas de atendimento.

Conforme as necessidades e demandas apresentadas pelos usuários participantes da pesquisa no processo de monitoramento foram realizadas diversas orientações quanto aos equipamentos da área da saúde, assistência social, educação, cultural, lazer, esporte, empreendedorismo e artesanato entre outros, com o objetivo de que os usuários tomem conhecimento e que ocupem estes espaços promotores de saúde e convívio social.

Acredita-se que nossa percepção referente ao acompanhamento do usuário na participação dessa pesquisa reflete as dificuldades em se trabalhar com a saúde mental e manter o vínculo com os usuários. Conforme discutimos anteriormente, defendemos atualmente a desinstitucionalização dos usuários, porque conforme RAMOS, GUIMARÃES, ENDERS (2011), a institucionalização deve ser indicada em casos específicos, os quais a vida dos usuários seja colocada em risco. Contudo, quando os pacientes frequentam equipamentos como o CAPS, a intersetorialidade deve funcionar adequadamente. Para Campos (2004), a intersetorialidade deve contribuir para “dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população” (p. 747). O foco da intersetorialidade está na junção entre os serviços e também na oferta de melhor qualidade de vida ao usuário.

Nem sempre os serviços conseguem colocar em prática o que propõe devido às dificuldades expostas anteriormente. Com isso, analisamos que o fenômeno da “porta giratória”, conforme apresentado por Bandeira e Barroso (2005). É possível perceber as dificuldades que os equipamentos de saúde mental e os profissionais encontram em tratar a saúde mental, devido ao número de rehospitalizações dos

usuários. Conforme já descrevemos anteriormente, perdemos muito o contato com os usuários e, assim, os acompanhamentos longitudinalmente são dificultados ou impossibilitados. Certamente, nossa prática cotidiana contribui para que possamos conceber a ideia de que o ciclo recidivo de internação/alta/internação contribui negativamente tanto para os usuários como para a equipe e gera custos exorbitantes para o sistema de saúde.

Esperava-se com esta pesquisa que os usuários ocupassem outros serviços promotores de saúde no município, interagindo socialmente, dando continuidade em seu tratamento, mantendo vínculo na USF de seu território. Bem como, com o trabalho de monitoramento dos usuários egressos evitar o fenômeno da porta giratória e realizar a prevenção da recorrência ao tratamento no CAPS II. Porém, conforme observado nessa, existem muitos desafios em manter o contato com os usuários: usuário muda de endereço; mudança de número de telefone; perda de contato do usuário com o CAPS.

Através das orientações e encaminhamentos, buscou-se efetivar o acesso dos usuários (as) aos serviços/espacos promotores de saúde ofertados pelo município de Pinhais – PR, a fim de promover a autonomia, autocuidado e gerenciamento de vida, propiciando também o protagonismo familiar e social com objetivo de evitar/diminuir a recorrência ao tratamento em CAPS II e favorecer a (re) inserção social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa proposta inicial em realizar a pesquisa em questão era de realizar o monitoramento dos (as) usuários (as) que obtiveram alta do tratamento no CAPS II – Pinhais/PR por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019, com intuito de buscar evitar o fenômeno da porta giratória. Esperávamos, sinceramente, que pudessemos realizar o contato com o maior número de usuários possível e fomos surpreendidas com uma amostra tão baixa de participantes.

Ainda que tenhamos sido surpreendidas, essas informações nos serviram para refletir sobre as dificuldades em manter o contato com os usuários após a alta dos mesmos do serviço CAPS II. Quando sugerimos tratar essa questão pelo fenômeno da porta giratória, nosso intuito era o de analisar e buscar respostas que contribuíssem para que pudessemos perceber onde estariam as dificuldades e/ou

lacunas para que os usuários perdessem o contato com e ainda, para que o fenômeno da “porta giratória” não se repetisse com frequência e os usuários não apresentem frequentemente a reincidência.

A partir dos resultados da nossa pesquisa, acreditamos que precisamos de um sistema integrado, o qual os usuários possam ter seus cadastro e informações sobre o tratamento compartilhado em âmbito nacional. Ainda, pensamos que precisamos implementar estratégias mais efetivas para que a adesão dos usuários ao CAPS possa ocorrer à curto, médio e longo prazo. Acreditamos que tratar de políticas públicas de saúde mental exige muito investimento, interação entre os serviços e a busca de um acompanhamento á longo prazo dos usuários, a fim de que possam ter suas necessidades psicológicas e sociais atendidas mesmo após a alta, a fim de evitar o fenômeno da “porta giratória”.

Acreditamos que nossa pesquisa apresentou limitações, como por exemplo, os efeitos da pandemia da Covid-19 na realização e obtenção dos resultados desta pesquisa, devido a ocorrência de afastamentos por contaminação dos profissionais na atenção primária, na assistência social e demais espaços do município, não foi possível efetivar os encaminhamentos e adesão dos usuários nestes espaços promotores de saúde, amostra de apenas 4 usuários, o tempo de coleta e análise de dados também foi curto. Sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas nessa área e que investiguem no sistema longitudinal de corte, a fim de compreender melhor sobre o que acontece com os usuários nos anos seguintes com a alta, suas maiores dificuldades e a oferta de um serviço de apoio pós alta, a fim de que sintam que continuam sendo acompanhados e que possuam contato com instituições de saúde mental à longo prazo.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, nº1, jan-abr. 2009.

BANDEIRA, M; BARROSO, S. M. **Sobrecarga de pacientes psiquiátricos**. J. Bras. Psiquiat. Vol. 54, nº1, P. 34-46, 2005.

BAPTISTA, M.N., BAPTISTA, A.S.D., & TORRES, E.C.R (2006) **Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes**. PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 7. P. 39-48

BOULLOSA, Rosana & TAVARES, Edgilson. **Avaliação e Monitoramento de Projetos Sociais**. Curitiba Editora IESDE (2009).

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão**. Brasília, 7 de junho de 1993, 172º da Independência e 105º da República.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília,2012.

BRASIL. **Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde**.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

CAMPOS, Barros, Regina B. de; CASTRO, Adriana M. de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARDOSO, L. & GALERA, S. F. (2011). **Internação psiquiátrica e a manutenção do ratamento extra-hospitalar**. Revista da Escola de Enfermagem da USP; Vol. 45. P. 87-94

CEZAR, C. A.; MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. **A construção da intersectorialidade em saúde como estratégia na garantia de direitos**. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL, 19., Salvador, 2008.

DIMENSTEIN, Magda et al . **Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

FERREIRA, TPS et al. **Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017, vol.21, n.61, pp.373-384. Epub Oct 24, 2016. ISSN 1807-5762.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. São Paulo, Cortez, 5º Edição, 2007.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009 .

IBGE. IBGE - cidades @. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais>.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno estatístico do município de Pinhais**, 2019. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30.

MIELKE, Fernanda Barreto et al . **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 159-164, fev. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Distrito Federal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005**. Distrito Federal.

NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 101, p. 95-120, Mar. 2010.

ORNELAS, J. (1996). **Suporte Social e doença mental**. Análise psicológica, vol. 2-3, P. 263-268

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C (2001). **Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento doas problemas de saúde**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.

PINHAIS. Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018 – 2021). Disponível em: <<http://www.pinhais.pr.gov.br/saude/FreeComponent84content13593.shtml>>.

PIZZINATO, Adolfo et al. **Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica.** Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 23, n. 2, p. 145-156, jun. 2018.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA -INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013. 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pinhais_pr.

RAMOS, DÉBORAH K. R; GUIMARÃES, JACILEIDE; ENDERS, BERTHA C. **Análise contextual de reinternações frequentes de portado de transtorno mental.** Interface Comunicação Saúde Educação. Vol. 15. N° 37 P. 519-27 abr.jun.2011.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização.** 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001. P. 17-59.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental.** Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, June 2014.

SILVA, Jurema Alves Pereira da. **O papel da entrevista na prática do serviço social.** In: Em Pauta. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 6, 1995.

SIQUEIRA, M.M.M (2008). **Construção e validação da escala de percepção de suporte social.** Psicologia em Estudo, vol. 13 P. 381-388.

SESA PR, 2020. – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental#>

THIOLLENT, M.; SILVA, S. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde**, Rio de Janeiro (RJ), v. 1, n. 1, p. 93-100, jan./jun. 2007.

VALERIANO, D. L. **Gerenciamento estratégico e administração por projetos.** São Paulo: Makron Books. 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas da Saúde.** São Paulo: Cortez, 2011.

7. APÊNDICE

Entrevista semiestruturada

Entrevista de monitoramento
<p>1) O tratamento realizado no CAPS II, atendeu suas necessidades terapêuticas e/ou expectativas? Sim Não</p>
<p>2) Após a alta do tratamento no CAPS II, você foi encaminhado a outro serviço de saúde do município? Sim? Qual? Não</p>
<p>3) Você foi atendido e/ou frequentou este serviço? Sim Não</p>
<p>4) Você sabe qual é a sua Unidade de Saúde da Família de referência? Sim Não</p>
<p>5) Atualmente você frequenta a sua Unidade de Saúde da Família de referência? Sim Não</p>
<p>6) Atualmente você frequenta algum outro espaço promotor de saúde do município? Sim? Qual? Não</p>
<p>7) Você gostaria de frequentar algum outro espaço promotor de saúde do município? Sim? Qual? Não</p>
<p>8) Você identifica e/ou possui alguma necessidade terapêutica neste momento? Sim? Qual? Não</p>
<p>9) Orientações realizadas:</p>