

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**NATHÁLIA DUARTE BARD**

**AS VIVÊNCIAS DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL**  
**NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

**PORTO ALEGRE**

**2016**

**NATHÁLIA DUARTE BARD**

**AS VIVÊNCIAS DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL  
NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS**

Projeto de pesquisa para Trabalho de Conclusão de Curso ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Agnes Olschowsky

**PORTO ALEGRE**

**2016**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, àquela Força Maior que me fez escolher a Enfermagem. Fez-me enxergar o ser humano além da soma das suas partes e fazer disso minha profissão, apesar de todas as pedras no caminho.

Em segundo lugar, agradeço minha família por ter sempre acreditado junto comigo que este era o caminho certo, que me apoiou nas angústias, me acalentou e vibrou comigo a cada vitória.

O agradecimento especial vai ao meu namorado Fabiano Tesche, que muitas vezes confia no meu trabalho mais do que eu mesma, que me impulsiona, me escuta e constrói junto comigo. Ele foi fundamental para que esse trabalho fosse concluído, pois passou fins de semana ao meu lado me auxiliando a encontrar as melhores palavras, com paciência e amor.

Gratidão às minhas colegas de graduação “Quase nurses” que me puxaram pela mão quando fraquejei e à todos os profissionais maravilhosos que passaram no meu caminho, pois assim me fizeram acreditar na essência da enfermagem.

Às enfermeiras Flávia Pereira e Vera Delgado, que abriram as portas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para que eu pudesse realizar esse trabalho que idealizei, fica aqui o meu muito obrigada.

À Agnes Olschowsky, que acreditou no meu potencial desde o princípio, me ensinou muito sobre pesquisa e sobre amar a saúde mental. Foram três anos de iniciação científica, compartilhamento de conhecimentos, de angústias e de muito carinho. Obrigada por ter acreditado junto comigo neste projeto, mesmo com os prazos apertados e minha ansiedade. Sentirei saudades!

Por fim, agradeço a todos os usuários que responderam minha pesquisa, compartilhando suas vivências comigo, mesmo que em algum momento tenha sido sofrido relembrar sua história de vida. Tenham certeza que foram fundamentais para a minha formação.

Prometo a todos vocês que me ajudaram a chegar até aqui que serei uma enfermeira que ama o que faz e que pensa nos usuários/pacientes em primeiro lugar. E se o destino deixar, também uma especialista em saúde mental, comprometida com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

## RESUMO

O modelo assistencial em saúde mental, com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, deixou de ter seu foco somente na doença para ter como objeto de atenção a (re)inclusão social e a promoção de saúde para as pessoas com transtornos psíquicos. A partir disso, foi proposto aos dispositivos de tratamento que substituíssem as práticas asilares tradicionais por uma perspectiva de atenção psicossocial, na qual os usuários têm voz para relatar suas vivências. Temos o objetivo de conhecer as vivências de tratamento em saúde mental dos usuários da rede de saúde mental. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada com 10 usuários de um CAPS II de Porto Alegre, por meio de entrevista semi-estruturada, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob parecer nº 1.458.852. As vivências evidenciaram que os entrevistados acessaram quatro modalidades de serviço: atenção básica, emergências psiquiátricas, hospitais e serviços de atenção especializada no território. A atenção básica foi a porta de entrada e a manutenção do tratamento em saúde mental, ofertando consulta médica e medicação. As emergências psiquiátricas atenderam os usuários nos momentos de crise e encaminharam à internação quando houve agravamento do quadro psiquiátrico. Observou-se que a atenção hospitalar foi o lócus do tratamento especializado em saúde mental, visto que todos os entrevistados obtiveram vivências em internações, perpassando por manicômios e por enfermarias especializadas em hospitais gerais. Sobre as internações hospitalares, os entrevistados relataram que as vivências foram enriquecedoras, mas também geradoras de sofrimento, pois avaliaram como bom o atendimento e o vínculo com os profissionais, entretanto evidenciaram que esses serviços ainda organizam seu trabalho sob a ótica da padronização, medicalização e perda da subjetividade das pessoas em tratamento. A atenção psicossocial foi considerada espaço de produção de vida, no entanto há vivências de infantilização, verticalização do cuidado e manutenção da institucionalização. As vivências relatadas são percebidas como positivas quando promoveram construção de vínculos e potencializaram as ações de cuidado, e negativas quando não consideraram a subjetividade dos sujeitos e sua autonomia. Sendo assim, cabe a reflexão sobre os desafios necessários na incorporação das mudanças no tratamento em saúde mental, em que o sujeito deve ser prioridade. Concluímos que conhecer os serviços por meio das vivências de seus usuários nos permite depreender a importância de um tratamento que valoriza a (re)inclusão social, no qual a atenção psicossocial se traduz no diálogo, na escuta e na disponibilidade de acolhida.

**Descritores:** Saúde Mental. Serviços de saúde mental. Tratamento.

## ABSTRACT

The mental health model of care, with the Psychiatric Reform in Brazil, ceased having its focus solely on disease to give special attention on the social (re)inclusion and health promotion for people with psychiatric disorders. From this moment on, it has been proposed to treatment centers to replace the traditional asylum practice for a psychosocial attention perspective, in which the users have voice to report their personal experiences. We aim to know about the treatment experiences in mental health of users of the mental health network. This is a qualitative approach research. Data collection was performed with 10 users of a CAPS (Center for Psychosocial Attention) II of Porto Alegre, through semi-structured interview, previously approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre in opinion No. 1,458,852. The experiences showed that respondents visited four service types: primary care, psychiatric emergencies, hospitals and specialized care services in the territory. Primary care was the gateway and the maintenance of mental health treatment, offering medical appointment and medication. Psychiatric emergencies attended users in times of crisis and headed them to hospitalization in case of worsening of psychiatric disorders. Hospital care was noticed as the locus of specialized mental health treatment, since all respondents have had hospital experiences, passing by asylums and specialized wards in general hospitals. Of hospitalizations, respondents reported that the experiences were enriching, but also generate suffering, evaluating the service and the bond with the professionals as good, while showed that those services still organize their work from the perspective of standardization, medicalization and loss of subjectivity of people in treatment. The psychosocial care was considered a space for production of life, however there are experiences of infantile treatment, verticalization of care and maintenance of institutionalization. The reported experiences are perceived as positive when promoted bond-building and potentiated care actions, and negative when neglected the subjects' subjectivity and autonomy. Therefore, there should be a deep reflection about the challenges necessary to incorporate changes in mental health treatment, in which the subject must be a priority. We conclude that knowing the services through the experiences of its users allows us to understand the importance of a treatment that values (re)inclusion, where psychosocial care translates into dialogue, listening and availability of welcoming.

**Keywords:** Mental health. Mental health services. Treatment.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1 – Diagnósticos psiquiátricos dos entrevistados.....	24
Gráfico 2 – Percentual de usuários em tratamento intensivo e semi-intensivo.....	24
Gráfico 3 – Percentual de usuários referente às gerências distritais.....	25

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos entrevistados: sexo, escolaridade e estado civil.....	22
Tabela 2 – Percentual das faixas etárias dos entrevistados.....	23
Figura 1 – Os serviços de tratamento vivenciados na RAPS.....	35

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>A atenção em saúde mental e suas transformações.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2</b>	<b>Campo do estudo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta dos dados.....</b>	<b>20</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>20</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>AS VIVÊNCIAS DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....</b>	<b>58</b>
	<b>APÊNDICE B – PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP/HCPA.....</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>60</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o modelo assistencial deixou de ter seu foco somente na doença para ter como objeto de atenção a promoção da saúde mental. Essa mudança de perspectiva teve como referência um processo denominado Reforma Psiquiátrica, iniciado no Brasil no final da década de 70 e oficializada em 2001, com a Lei Federal 10.216, acarretando também mudanças no trabalho e no ensino da Enfermagem Psiquiátrica (AMARANTE, 1995a; OLSCHOWSKY, 2001).

A Reforma Psiquiátrica iniciou com um processo de crítica à estrutura asilar, que era basicamente formada por hospitais psiquiátricos, locais de cronificação das doenças mentais, tendo como objetivo de tratamento a cura (AMARANTE, 1994).

Devido a isso, no final dos anos 70, novas estratégias passaram a ser pensadas para transformar esse cenário, buscando direcionar a atenção em saúde mental para além dos ambientes fechados e isolados, numa vertente voltada a (re)inclusão social e promoção de saúde para as pessoas com transtornos psíquicos .

Nessa lógica, a desinstitucionalização, proposta pela Reforma Psiquiátrica, orienta para que o tratamento deixe de ser um espaço de exclusão para tornar-se criação de possibilidades concretas de socialização e de entender o sujeito de modo holístico e subjetivo (AMARANTE , 1995b).

Ao encontro disso, os serviços substitutivos, dentre eles os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), que já existiam desde a década de 80, começam a ser efetivamente implementados, tendo sua primeira regularização em 2002, com a Portaria nº 366 do Ministério da Saúde, propondo entre seus objetivos uma atenção para usuários de maneira a não isolá-los de suas famílias e de sua comunidade, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Assim, a partir dessa perspectiva de atenção em saúde mental, durante minha graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), escolhi realizar estágio voluntário junto ao CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este serviço está estruturado dentro dos requisitos da modalidade II definida pela Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde como:

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011b).

A partir dessa vivência, na qual participei de grupos de terapia, conversas individuais e convivendo diariamente com os usuários, percebi o quanto era frequente nas falas dos usuários desse serviço o medo de uma nova internação em um hospital psiquiátrico, devido ao tempo em que ficavam reclusos e ao excesso de medicamentos que lhes eram dados.

Em contraponto, havia a idealização do atendimento recebido no CAPS, sendo considerado o melhor local de tratamento, pois se sentem acolhidos, convivem com outros usuários, formam vínculos de amizade e tem espaço para falar de suas angústias e alegrias, bem como participar de inúmeras atividades relacionadas com esportes e artes, conforme o plano terapêutico e suas preferências. Do mesmo modo, os usuários também demonstravam e verbalizavam ter receio em ter alta desse serviço, pois achavam que perderiam essas conquistas.

Frente a esses relatos, suscitou em mim a necessidade de entender o porquê desses sentimentos, pensamentos e percepções em relação às diferentes modalidades de tratamento que os usuários têm experienciado na sua vivência de atenção em saúde mental. Questionei-me em vários momentos quais seriam as vivências/experiências que haviam tido e qual a repercussão na sua trajetória de cuidado relacionada à doença mental?

Sustento a ideia de que os usuários dos serviços tem voz para dizer o que pensam e para relatar suas vivências, pois não vivemos mais sob a ótica do modelo asilar, onde o louco era desvalorizado e desautorizado a falar de si.

Ao encontro disso, acredito que ao conhecermos a opinião dos usuários da rede de saúde mental a respeito de seus tratamentos e dos dispositivos oferecidos, poderemos compreender melhor como está estruturada a rede de saúde mental e, tendo esses subsídios, poderemos ampliar nossa visão a respeito do cuidado em liberdade e baseado no território.

Dessa forma, penso que prestaremos um melhor atendimento de enfermagem a esse usuário, conforme as propostas da Reforma Psiquiátrica, bem como cumprirmos os princípios e diretrizes do SUS de cuidar com igualdade aos diferentes. Assim, também exerceremos a

Enfermagem respeitando o ser humano com uma prática desprovida de preconceitos e ajudando as pessoas com transtornos psiquiátricos a elaborarem e compreenderem os processos que fundamentam suas vivências de tratamento.

Este estudo entende vivência como produto da reflexão pessoal sobre a experiência, sendo única e dependente da personalidade do sujeito, de sua biografia e de sua participação na história (MINAYO, 2012). Para essa autora, associado a isso, toda vivência tem como suporte o coletivo e as condições em que ela ocorre. Com isso, a questão norteadora deste estudo direcionada aos usuários da rede de saúde mental é: Quais suas vivências de tratamento em saúde mental?

## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo é conhecer as vivências de tratamento em saúde mental dos usuários da rede de saúde mental.

### **3 OBJETO DE INVESTIGAÇÃO**

#### **3.1 A atenção em saúde mental e suas transformações**

A história da saúde mental no Brasil teve períodos muito distintos. Os dispositivos ofertados para tratar os loucos foram se modificando ao longo dos anos conforme a política de cada período, bem como a conscientização social.

No século XVII, como forma de tentar resolver a desorganização social e a crise econômica na Europa, iniciou um processo de institucionalização de mendigos, loucos e pessoas sem teto nem trabalho em asilos (DESVIAT, 1999).

Até o fim do século XIX, o contingente dos asilos era de 400 a 500 pacientes e seu caráter terapêutico começou a ser questionado, mas ainda as ideias de lesão, organicidade e incurabilidade dos loucos prevaleciam. Perante a isso, para entendermos o processo da desinstitucionalização é importante a clareza das funções do então manicômio: função médico-terapêutica; função social, servindo como abrigo aos necessitados; e função de proteção da sociedade (DESVIAT, 1999).

A expressão manicômio, sendo sinônimo de hospício e asilo, é utilizada para reforçar o caráter asilar segregante, violento, tutelar e médico-jurídico de todas as instituições dessa ordem (AMARANTE, 1990). Este modelo de hospital psiquiátrico era voltado para a cura e reabilitação, visando predominantemente das atividades assistenciais. Era também apontado como responsável pelo alto índice de doentes crônicos. (AMARANTE, 1994, 1996).

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, depois de anos de guerra e de nazismo, imperava um cenário de crescimento econômico e reconstrução social. Uma maior tolerância com as diferenças e minorias fez com que a sociedade chegasse a conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (DESVIAT, 1999). Ou seja, as efetivas críticas ao sistema asilar foram o resultado de um clima social favorável, com uma conscientização da sociedade, associado à política da época, que permitia essas problematizações.

Foi um importante período para vários processos de Reformas Psiquiátricas no mundo, com destaque às Comunidades Terapêuticas na Inglaterra; psicoterapia institucional e psiquiatria de setor na França; psiquiatria preventiva e comunitária nos Estados Unidos; e anti-psiquiatria e psiquiatria democrática na Itália.

Porém, foi na Itália em 1978 que aconteceu o grande marco desse processo de Reforma Psiquiátrica, a lei que decretou a extinção do manicômio conhecida como Lei de 180 ou Lei de Basaglia (AMARANTE, 1996; DESVIAT, 1999).

No contexto do Brasil, a Lei de Saúde Mental de 1954 marcou o começo da modificação no atendimento às pessoas com distúrbios mentais. Entretanto, somente nos anos 70, que as reflexões a respeito da Reforma Psiquiátrica passaram a estar muito presentes no Brasil, sendo também influenciada pela Reforma Sanitária que ocorria no país. (AMARANTE, 1996; DESVIAT, 1999).

A Reforma Psiquiátrica brasileira amplia o olhar em saúde mental, almejando transformar o cuidado, tendo como pressuposto os aspectos sociais, culturais, espirituais, de lazer, familiares, éticos, políticos, entre outros, além do biológico. A preocupação primordial passa a ser que o sujeito que tem diagnóstico psiquiátrico ao ser excluído socialmente sofre, sendo necessários outros modos de tratar a loucura, orientados pela proposta de descentralização da assistência do hospital psiquiátrico e da exclusão (MIELKE, 2013).

Nos anos 80, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental de 1987 assumiu o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, levando para a sociedade a discussão sobre doença mental, psiquiatria e manicômios (AMARANTE, 1994).

O processo de desinstitucionalização no nosso país, segundo Amarante (1994), é mais do que desospitalizar, é também um incentivo às práticas territoriais, juntamente com um processo de desconstrução dos conceitos e práticas psiquiátricas. O mesmo autor em 2007 e 2009 caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões: teórico-conceitual; jurídica-política; sociocultural; e técnico assistencial.

A dimensão teórico-conceitual refere-se à produção do conhecimento, propondo a revisão e discussão do referencial epistêmico do psiquiatra e de seus conceitos sobre doença mental, terapêutica e cura, entre outros, pois estes precisam ser problematizados e desconstruídos/reconstruídos; a jurídica-política propõe uma revisão de toda a legislação existente a cerca da saúde mental, sendo necessário redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais; sociocultural busca transformar o imaginário social historicamente construído sobre a loucura, o qual desqualifica, teme, exclui e institucionaliza a pessoa com doença mental; e a técnico-assistencial acredita na construção

de uma nova organização de serviços, articulados em uma rede de sociabilidade, de apoio social e de acolhimento (AMARANTE, 2007, 2009).

Depois de toda essa trajetória de décadas para mudar o tratamento dos doentes mentais, não só no âmbito da assistência profissionalizada, mas dos indivíduos perante a sociedade, em 2001, no Brasil, a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica é sancionada, dispondo “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216 provê assegurar que as pessoas acometidas de transtornos mentais não sejam discriminadas, bem como tenha o direito de ter assistência médica recebendo informações sobre sua doença e sigilo em suas informações. Quanto ao tratamento, declara que está vedado internações em instituições asilares, regulamenta as internações involuntárias e declara que os loucos devem ser tratados, de preferência, em serviços comunitários (BRASIL, 2001). Amarante (1994) acredita que os grupos sociais possuem potencial terapêutico relacionado às suas redes de relações, que são funcionais e efetivas, e, por isso, os serviços comunitários foram pensados, dinamizados e desenvolvidos.

O modelo de atenção passa então a ser denominado como psicossocial, que significa agregar ao tratamento dos loucos os aspectos psíquicos e sociais. As ações de atenção psicossocial estão fundamentadas em “dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração levar em conta e escutar com atenção” (AMARANTE, 2003, v.1, p. 22).

A atenção psicossocial possui exigências conforme suas dimensões essenciais, dentre elas estão: desospitalização, implicação subjetiva e sociocultural do sujeito de forma singular, utilização do paradigma “existência-sofrimento” e não “doença cura” para abordar os problemas, transdisciplinaridade, participação dos usuários na autogestão e cogestão das relações institucionais, livre trânsito nos serviços e atenção integral e territorializada (AMARANTE, 2003).

Costa-Rosa (2000) propõe o paradigma da atenção psicossocial em quatro parâmetros: concepção dos objetos e meios de trabalho; forma de organização institucional; formas de relacionamento com a clientela; e concepção dos efeitos em termos terapêuticos e éticos. No que tange à concepção do objeto e o meio de trabalho, considera os fatores políticos e biopsicoculturais como determinantes e os meios de trabalho como a psicoterapia, a

socioterapia, a laborterapia, ou seja, conjunto de dispositivos para reintegração social, além da medicação.

Desta forma, a pessoa com transtorno psiquiátrico é o participante principal do tratamento, incluindo seu grupo familiar e social. A loucura e o sofrimento psíquico fazem parte da existência e não podem ser tratados como algo que deve ser removido a todo custo. A reinserção social está na prática dos serviços a partir da equipe interprofissional e do tratamento para além da medicação. Propõem-se um modelo de intervenção que produza saúde, cuidado e cidadania (COSTA-ROSA, 2000).

Para isso, é necessário que a organização institucional ocorra de modo horizontal, sendo como poder decisório marcado pela participação. As instituições na atenção psicossocial devem se constituir como espaço de interlocução, sendo ponto de fala e escuta a população e tendo o território como dispositivo essencial no cuidado em saúde mental (COSTA-ROSA, 2000).

A partir dessas premissas, foi construída uma rede inovadora de serviços que provem socialização, trocas, produção de subjetividade, colocando a doença entre parênteses e preocupando-se com o sujeito integralmente (AMARANTE, 2003). Concomitante a isso, ocorreu um processo progressivo no Brasil de redução de leitos em instituições asilares, aumento de leitos para saúde mental em hospitais gerais, programas como “De volta para Casa”, direcionado os pacientes crônicos há muito tempo institucionalizados, e então a legitimação dos serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residenciais terapêuticos, pensões protegidas, hospitais dias, ambulatórios, dentre outros.

Foi então que, posterior à lei que consagrou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde, em 2002, estabelece a Portaria nº 366, atualizando as disposições sobre os CAPS. Sendo assim, define que possuem a função de atendimento público em saúde mental, realizando prioritariamente o atendimento aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial, com tratamento conforme a necessidade individual de cada usuário. Somado a lógica do território, são caracterizados como serviços ambulatoriais de atenção diária, que servem como porta de entrada à assistência, com estrutura física, acesso e equipe própria (BRASIL, 2002a).

O serviço assistencial dos CAPS deve conter, basicamente, atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), em grupos (psicoterapia, grupo operativo,



atividades de suporte social), em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que tenham como objetivo a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002a).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 3.088 para atualizar os conceitos relacionados e para decretar os objetivos e componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa portaria reforça o combate ao estigma e preconceito, o atendimento no território e comunitário, e inclui na rede assistência em saúde mental as unidades básicas de saúde, Consultórios na Rua, CAPS, Serviços Móveis de Urgência e Emergência (SAMU), Residenciais Terapêuticos, entre outros (BRASIL, 2011b).

Com esse novo modelo de atenção baseado no território e com um olhar que passou a considerar a pessoa com problemas mentais de forma integral, sentiu-se a necessidade de uma rede de atenção para que se possa dar conta de todas as demandas emergentes, sejam elas para ações de saúde em seus diferentes níveis de atenção, ou ações de cunho social, como moradia e trabalho (ZAMBENEDETTI, 2009).

Frente a isso, determinaram-se dispositivos para compor a RAPS, segundo a Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011b). Dentre os que foram ofertados para prover tratamento, estão: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Consultório na Rua; CAPS; enfermaria especializada em Hospital Geral; Residenciais Terapêuticos; etc.

Visando um atendimento a todos os graus de doença mental, a atenção básica foi incluída nessa rede através de seu principal dispositivo: as UBS. Esse dispositivo é composto por uma equipe multiprofissional que possui como objetivo desenvolver ações de saúde com atenção integral, incluindo a saúde mental. As ações de saúde mental que podem ser executadas nesse ponto da rede são, potencialmente, detectar queixas relacionadas ao sofrimento psíquico por meio de uma escuta qualificada e compreender qual a melhor forma de tratamento, seja ela no âmbito na atenção básica, buscando atender pacientes com transtornos leves e mais prevalentes ou no encaminhamento a um serviço especializado (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Em outro viés, há as pessoas em situação de rua que muitas vezes não acessam o serviço de saúde. Para isso, implementou-se como outro serviço da rede o Consultório na Rua. É constituído por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua em geral, com transtornos mentais e

usuários de álcool e drogas, considerando suas diferentes necessidades de saúde (BRASIL, 2012b).

Outro ponto da RAPS são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados serviços de atenção psicossocial especializada. São constituídos por uma equipe multiprofissional, atuando sob a ótica da interdisciplinaridade e realizando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, nos seus territórios. Os CAPS possuem modalidades, sendo o CAPS I para municípios com mais de vinte mil habitantes, o CAPS II para populações de mais de setenta mil habitantes, o CAPS III que funciona 24 horas para cidades com mais de duzentos mil habitantes, o CAPS AD indicado somente para usuários de álcool e outras drogas e o CAPSi que atende crianças e adolescentes (BRASIL, 2011b).

Para os casos graves foram criadas as enfermarias especializadas em hospitais gerais que oferecem a internação, tanto nos casos relacionados aos transtornos mentais, quanto aos de abuso de álcool, crack e outras drogas, em especial nas abstinências e intoxicações severas (BRASIL, 2011b). É preciso ter claro que abandonar a ótica asilar não significa negar que em alguns estágios das doenças mentais é necessária a internação, por isso as unidades de internação são também serviços da RAPS. Porém, não são mais locais de isolamento e estão instituídas em hospitais gerais para que sejam vistas e compreendidas como forma de tratamento de uma doença como qualquer outra de origem biológica.

Nessa mesma perspectiva de abandono dos manicômios, não é suficiente simplesmente fechá-los. Fazem-se necessários serviços sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações, o que implicou na implementação de alternativas de moradias como suporte para garantir sua permanência fora do hospital (FURTADO, 2006).

Frente a isso, como Estratégia de Desinstitucionalização, existem os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinados a acolher essas pessoas que estavam institucionalizadas há dois anos ou mais, ininterruptamente, seja de hospitais psiquiátricos ou de hospitais de custódia (BRASIL, 2011b).

Em suma, após séculos de uma atenção aos doentes mentais focada na exclusão, cura da doença e instituições asilares sem caráter terapêuticos, estamos numa nova era de assistência para esses usuários: uma rede centrada no território, na inclusão social, no

tratamento efetivo que visa a melhoria da qualidade de vida e da redução de sintomas desses pacientes. São conceitos inovadores e opostos aos manicomiais, ainda em processo de mudança e com resquícios asilares.

Considerando o modelo de atenção psicossocial, penso que na atualidade as pessoas com transtornos mentais vivenciaram diferentes e diversos modos de tratamento. Conhecer essas vivências, por meio de suas histórias, nos possibilita uma reflexão sobre os modos de atenção em saúde mental existentes.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo qualitativo que, segundo Minayo (2010, 2012), é o método que se aplica ao estudo das percepções e opiniões, que são produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensa. Essa abordagem tem como estruturantes substantivos cujos sentidos se complementam, como experiência, vivência, senso comum e ação, e que o movimento se baseia em: compreender, interpretar e dialetizar.

Minayo (2010) refere que a pesquisa qualitativa permite a obtenção de dados descritivos que fazem emergir os aspectos subjetivos relevantes quando se busca compreender as percepções e entendimentos sobre a natureza geral de um fenômeno.

Frente a isso, essa pesquisa busca conhecer as vivências de tratamento em saúde mental, uma vez que as experiências contadas pelos usuários vão trazer sua história, bem como a participação no seu cuidado e as condições em que ocorreram, proporcionando a compreensão desse fenômeno, dando subsídios para a atenção em saúde mental.

### **4.2 Campo do estudo**

Este estudo foi realizado no CAPS II do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, inaugurado no ano 2000. Atualmente está localizado próximo à sede do hospital na Rua São Manoel, 285, na cidade de Porto Alegre/RS. Territorialmente abrange as gerências distritais Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro, sendo a principal referência em saúde mental dessas regiões.

É um serviço de saúde municipal, aberto e comunitário que oferece atendimento diário (das 8h às 17h) a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, tendo como limite o atendimento máximo de 45 pacientes/dia. Conta com uma equipe multidisciplinar que inclui médicos psiquiatras, médicos da família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, auxiliar administrativo, auxiliares de limpeza, seguranças, entre outros. Também é cenário de formação e prática para a Residência Multiprofissional, Residência Médica em Psiquiatria e para acadêmicos das áreas da educação física, terapia ocupacional, pedagogia, enfermagem, serviço social e psicologia.

Tratou-se de uma escolha intencional, pois foi nesse serviço que realizei o estágio que originou os questionamentos do estudo, bem como é o serviço estratégico de atenção

especializada na RAPS, sendo considerado como porta de entrada e organizador da assistência em saúde mental (BRASIL, 2011b).

### **4.3 Participantes do estudo**

Na abordagem qualitativa de pesquisa o critério de inclusão não é numérico, pois se busca aprofundar na compreensão de um grupo social, investigando grupos e segmentos focalizados, devendo-se identificar os sujeitos que podem oferecer maior amplitude e variação do fenômeno, sendo fundamental ter informantes que possibilitem a apreensão de semelhanças e diferenças. O objetivo é construir a identidade do grupo, seja ela única ou diversificada, mas ainda assim compondo uma identidade (MINAYO, 2010).

Assim, definimos como participantes do estudo 10 usuários do CAPS II do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram convidados a participar da pesquisa os usuários diagnosticados com doença mental, que tiveram experiências de tratamento em diversos pontos da RAPS e que estivessem em tratamento regular no CAPS II há, no mínimo, um ano. Foram excluídos do estudo os pacientes em crise, com sintomatologia exacerbada e juízo crítico prejudicado.

### **4.4 Coleta dos dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), com perguntas abertas, no período de março a abril de 2016. As entrevistas tiveram tempo médio de 20 minutos cada, sendo realizadas em uma sala de atendimento individual do CAPS, serviço onde foi realizado o estudo.

Neste tipo de entrevista, objetiva-se que o roteiro provoque os diversos relatos a respeito das vivências dos diferentes atores, para que entrevistador possa compreender/conhecer o que é emitido. O roteiro facilita a abordagem e assegura que seus pressupostos serão abordados nas conversas (MINAYO, 2010).

### **4.5 Análise dos dados**

Este estudo foi guiado pelos três passos sugeridos por Minayo (2010):

O primeiro passo é o “ordenamento dos dados”, feito por meio da transcrição das entrevistas, releitura do material, organização dos relatos. No segundo passo, denominado “classificação dos dados”, é realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo uma relação interrogativa com eles. Nesse momento é feita uma leitura transversal das

informações a fim de encontrar o que há em comum entre elas para então obtermos das entrevistas as unidades de registros ou os temas principais. No terceiro passo, a “análise final”, busca-se encontrar a especificidade do objeto pelos relatos das vivências com as relações essenciais. É quando as informações obtidas no estudo por meio das entrevistas são relacionadas ao quadro teórico, abrindo outras perspectivas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O estudo seguiu os aspectos éticos de pesquisa conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a). A pesquisa foi encaminhada a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), sendo aprovado sob o parecer 1.458.852 (APÊNDICE B).

Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), permitindo que seu relato seja utilizado somente para esta pesquisa. As entrevistas foram gravadas e conduzidas pelo próprio pesquisador, em uma das salas de atendimento individual do CAPS. As identidades foram preservadas por meio da substituição dos nomes pela letra E e numerados conforme a sequência das entrevistas.

Este estudo caracteriza-se por apresentar risco ético mínimo, segundo os parâmetros definidos pela Organização Mundial da Saúde (1993), visto que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Entretanto, eles poderiam ficar constrangidos durante a entrevista, visto que os temas emergidos nas falas relacionam-se às suas trajetórias de tratamento em saúde mental. No caso de algum paciente se sentir desconfortável, a entrevista seria interrompida imediatamente e o paciente seria atendido pela equipe do CAPS, porém não ocorreu nenhuma das situações descritas anteriormente.

Quanto aos benefícios, considera-se que não há benefício direto ao participante da entrevista, pois eles estão no âmbito coletivo, na obtenção de conhecimento sobre o assunto com base em dados científicos, podendo futuramente contribuir no tratamento de outras pessoas.

## 5 AS VIVÊNCIAS DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Neste capítulo apresentamos organizados em três eixos os resultados desta pesquisa. Primeiramente, caracterizamos o perfil dos usuários, seguido do relato sobre as vivências de cada um dos entrevistados. Após, apresentamos um quadro síntese dos pontos da rede acessados pelos usuários na RAPS a fim de conhecermos esses serviços e analisarmos suas potencialidades e fragilidades.

Com o objetivo de caracterizar os sujeitos deste estudo, apresentamos variáveis sociodemográficas que incluem: sexo, escolaridade, estado civil, idade, diagnóstico psiquiátrico, gerência distrital a qual pertencem no município de Porto Alegre e modalidade de tratamento que recebem no CAPS.

Na variável relacionada ao sexo, observou-se que dos dez participantes da pesquisa, cinco eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino, compondo assim, 50% homens e 50% mulheres. Quanto à escolaridade, sete entrevistados possuem o 1º grau incompleto e 3 deles concluíram os estudos escolares, tendo 2º grau completo, representando 70% e 30% respectivamente. Outro dado coletado durante as entrevistas foi o estado civil. Seis (60%) dos entrevistados são solteiros, dois (20%) são casados, um (10%) é divorciado e 1 (10%) é separado. Esses dados estão sintetizados na tabela abaixo.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos entrevistados: sexo, escolaridade e estado civil

<b>Sexo</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>Percentual</b>
<b>Feminino</b>	5	50%
<b>Masculino</b>	5	50%
<b>Escolaridade</b>		
<b>Escolaridade</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>Percentual</b>
<b>1º grau incompleto</b>	7	70%
<b>2º grau completo</b>	3	30%
<b>Estado civil</b>		
<b>Estado civil</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>Percentual</b>
<b>Solteiro</b>	6	60%
<b>Casado</b>	2	20%
<b>Separado</b>	1	10%
<b>Divorciado</b>	1	10%

Fonte: BARD, Nathália D. As vivências de tratamento em saúde mental na perspectiva dos usuários, 2016.

A tabela 1 demonstra que não há uma predominância de sexo entre os entrevistados, visto que exatamente a metade deles era do sexo feminino e metade do sexo masculino. No que tange à escolaridade, a maioria não conseguiu completar o ensino fundamental. Quanto ao estado civil, temos uma predominância de solteiros.

Outra variável considerada importante foi a idade, pois o tempo de vida influencia nas vivências de um sujeito, visto que quanto mais anos de vida, maior o número de experiências vividas. O estudo teve entrevistados que tem idades entre os 24 anos (mais jovem) e os 68 anos (mais velho), sendo uma média aritmética de 48,5 anos. Para melhor compreensão, vide Tabela 1 abaixo, considerando as faixas etárias de classificação da OMS: idade adulta jovem (15-30 anos), idade madura (31-45 anos), idade de mudança (46-60 anos) e idade do homem mais velho (61-75 anos).

**Tabela 2** – Percentual das faixas etárias dos entrevistados

<b>Faixa etária</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>Percentual</b>
<b>Idade adulta jovem</b>	2	20%
<b>Idade madura</b>	1	10%
<b>Idade de mudança</b>	6	60%
<b>Idade do homem mais velho</b>	1	10%

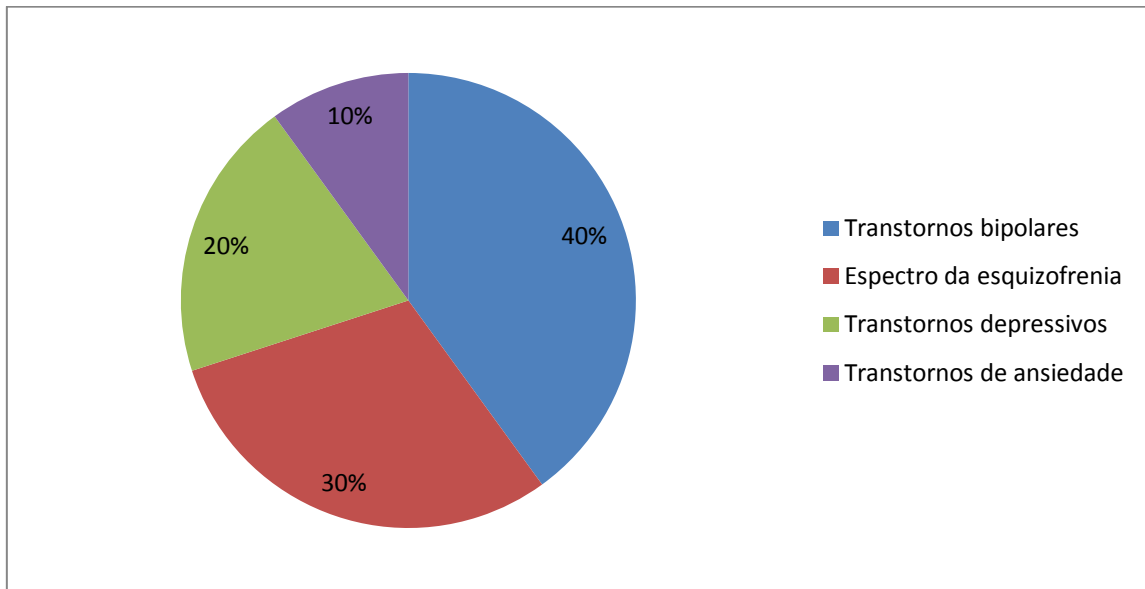
Fonte: BARD, Nathália D. As vivências de tratamento em saúde mental na perspectiva dos usuários, 2016.

A Tabela 2 mostra que a maioria dos participantes da pesquisa encontra-se na idade de mudança, contudo, todas as faixas etárias descritas estiveram presentes na pesquisa. Vale ressaltar que 70% dos entrevistados possuem mais do que 45 anos, tendo mais experiência de vida para contar e possivelmente um longo caminho de tratamento em saúde mental.

Os diagnósticos psiquiátricos definidos aos entrevistados também foram utilizados para caracterizar a amostra deste estudo. Visto que o CAPS II trata transtornos psiquiátricos diversos, alguns deles apareceram entre os usuários. Os eixos seguiram o DSM-5 (2014): quatro (40%) dos entrevistados possuem diagnósticos do eixo transtornos bipolares, três (30%) do espectro da esquizofrenia, dois (20%) de transtornos depressivos e um (10%) deles com diagnóstico do eixo dos transtornos de ansiedade. Vide gráfico abaixo.



**Gráfico 1** – Diagnósticos psiquiátricos dos entrevistados



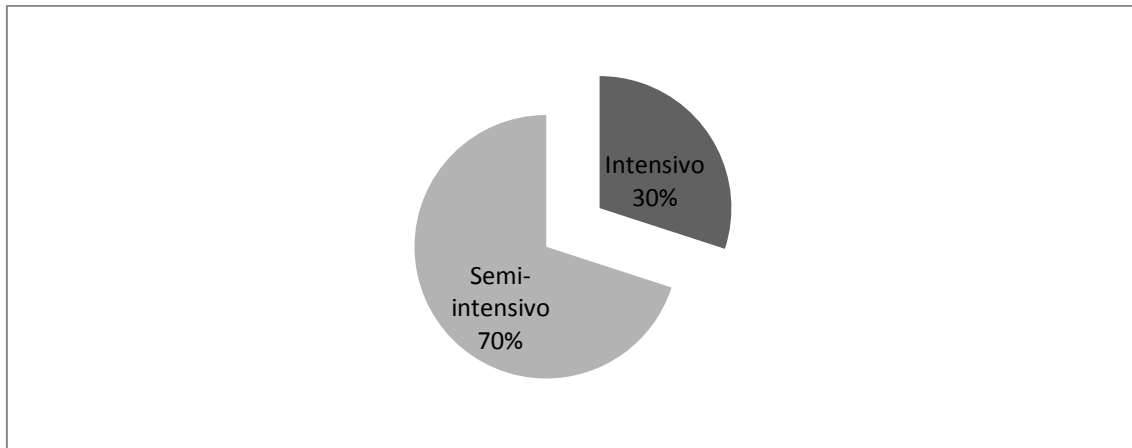
Fonte: BARD, Nathália D. As vivências de tratamento em saúde mental na perspectiva dos usuários, 2016.

Percebe-se pelo Gráfico 1 uma predominância de transtornos bipolares entre os entrevistados, seguido do espectro da esquizofrenia, dos transtornos depressivos e dos transtornos de ansiedade. Essa diversidade de diagnósticos nos permite conhecer diferentes vivências na RAPS.

Considerou-se também a modalidade de tratamento dos usuários entrevistados. Segundo a Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002 que regulamenta esse tipo de serviço, atendimento intensivo é quando há acompanhamento diário; semi-intensivo se necessário acompanhamento frequente, sem necessidade de estar diariamente no CAPS e não-intensivo com uma frequência ainda menor (BRASIL, 2002a).

Sendo assim, observou-se que três entrevistados possuem atendimento intensivo, ou seja, vão ao CAPS diariamente e sete entrevistados estão em tratamento semi-intensivo, variando suas frequências entre uma e três vezes por semana, quantificados no gráfico abaixo.

**Gráfico 2** – Percentual de usuários em tratamento intensivo e semi-intensivo



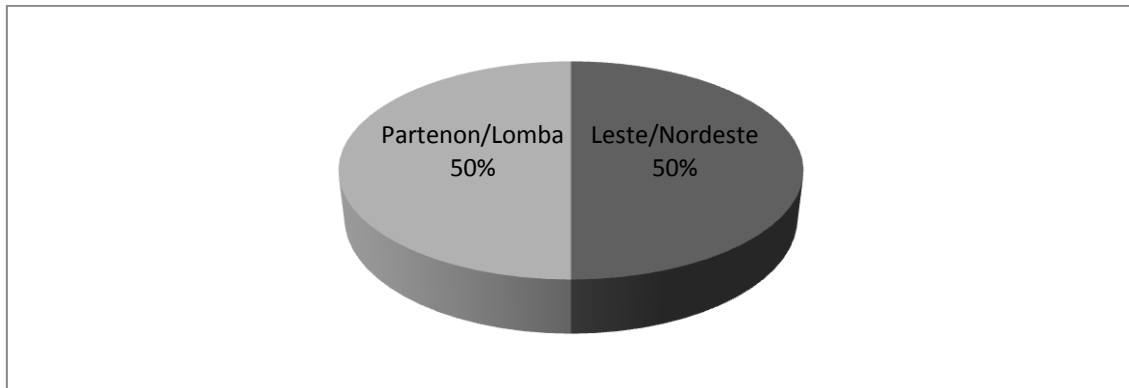
Fonte: BARD, Nathália D. As vivências de tratamento em saúde mental na perspectiva dos usuários, 2016.

Percebe-se que a maioria dos entrevistados está em tratamento semi-intensivo no CAPS, o que quer dizer que estão estáveis psiquiatricamente e não necessitam de acompanhamento diário no serviço. Assim, nos dias em que não vão ao serviço, estão em atividades fora do CAPS, trabalhando, estudando, enfim, reinserindo-se socialmente. Isso indica uma progressão no processo saúde-doença, favorecendo sua produção de vida.

Distinguimos também as gerências distritais, estruturas administrativas e gestoras de uma região, na qual pertence cada entrevistado, a fim de entendermos melhor as vivências que obtiveram em seus territórios. Tal importância se dá porque que a regionalização é uma das premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, contemplando as noções de territorialidade a fim de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde (BRASIL, 2002b).

O CAPS onde foi realizada a pesquisa pertence à gerência Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro, portanto, os usuários também pertencem a tais regiões, conforme o Gráfico 3 abaixo.

**Gráfico 3** – Percentual de usuários referente às gerências distritais



Fonte: BARD, Nathália D. As vivências de tratamento em saúde mental na perspectiva dos usuários, 2016.

O gráfico acima evidencia que assim como na variável dos sexos, as gerências distritais também contam com metade dos usuários entrevistados em cada uma delas, sendo 5 deles pertencentes à Partenon/Lomba do Pinheiro e 5 à Leste/Nordeste.

Apresentamos a seguir as vivências relatadas pelos entrevistados que nos mostram suas experiências de tratamento em saúde mental, os caminhos percorridos, seus sentimentos e percepções.

#### VIVÊNCIAS DE E1

E1 é do sexo feminino, tem 59 anos e frequenta o CAPS na modalidade de tratamento semi-intensivo, com frequência de uma vez por semana. Ela relatou que seu tratamento se deu a partir da atenção básica, onde tinha consultas médicas e realizava tratamento medicamentoso.

*Eu primeiramente frequentei o posto de saúde, fazendo tratamento de remédio controlado, [...] mas assim mesmo eu fui começando a piorar, piorar, ficar doente. (E1)*

Sem resposta ao tratamento medicamentoso na atenção básica foi encaminhada para uma internação psiquiátrica para um hospital considerado manicômio devido ao agravo de seus sintomas psiquiátricos. Sobre esse serviço relata:

*Era um tratamento como em qualquer hospital. Tinha remédio na hora certa, tinha as atividades também que a gente fazia. (E1)*

Após a internação, foi contra referenciada à sua Estratégia de Saúde da Família (ESF) para dar continuidade ao seu tratamento. Contudo, E1 relata que não melhorou e que reinternou no mesmo hospital. Com a alta, retornou à sua casa. Refere que se sentia sozinha e

que permanecia a maior parte do dia na rua. Estava descuidada da aparência e fazia uso de nicotina. Nesse período, a médica com a qual consultava na ESF avaliou que precisava de um atendimento especializado e a encaminhou ao CAPS:

*Fiquei me tratando pelo posto, um bom tempo em casa. Daí um dia a doutora foi fazer uma visita lá numa vizinha minha, porque ela é de cama [...] e me viu na rua fumando cigarro e me perguntou 'Tu não quer fazer nada para tu sair dessa rotina, dessa vida aí na rua? Depois passa lá no posto para marcar uma consulta que eu quero conversar contigo'. Ela marcou uma consulta para mim e me ofereceu para vir para o CAPS, me explicou que era bom, que tinha que fazer as atividades, que aqui não tinha problema de pessoas que usava álcool e drogas. Que era para eu vir fazer um tratamento aqui, para eu sair da solidão que eu estava e da rua. Eu andava suja na rua, escabelada, pé no chão, sem me pentear, sem nada. Aí ela me transferiu para cá [...]. (E1)*

Assim, E1 relata que viu o CAPS como uma nova oportunidade.

*Quando eu vim para o CAPS foi um passo que eu dei, um passo mesmo. Quando eu vim para cá, meu marido me trazia e me levava. Hoje eu sou livre, hoje eu ando com as minhas pernas, ando por tudo sozinha. Eu tinha medo de tudo, hoje eu não tenho. Antes eu tinha medo de caminhar de caminhar na rua, tinha medo de ligar um liquidificador, tinha medo de ligar a batedeira, tinha medo até do fogão. (E1)*

## VIVÊNCIAS DE E2

E2 é do sexo feminino, possui 54 anos e frequenta o CAPS diariamente, em um regime intensivo de tratamento. Inicialmente E2 não tinha um tratamento específico para sua doença mental. Tratava-se na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, a qual fornecia receitas e medicação nas consultas com médico da família. Relata dificuldade em acessar esse serviço.

*Eu usava o posto de saúde lá em casa. Era muito xarope, tinha que marcar. Só usava para pegar remédio. Eu tinha consulta com o médico para pegar os remédios. (E2)*

Após, conta que teve um período de agravo de sua doença psiquiátrica, com alucinações auditivas e visuais, quando foi levada para uma emergência psiquiátrica.

*Eu quando fiquei ruim, bem ruim mesmo, foi no mês de agosto, e nesse mês meu filho me levou na emergência e a médica não queria me baixar. Meu filho insistiu para ela me baixar,*

*porque eu estava muito ruim. Eu enxergava gente dentro de casa, revólver, tiroteio dentro de casa, um homem com camiseta do colorado perto de mim, roupeiro caminhando... (E2)*

Com a insistência de seu filho, foi encaminhada à internação psiquiátrica em um hospital manicomial. Relata que essa vivência não foi positiva, porque se sentia mal tratada pelos profissionais, tinha roubo de pertences, tinha que tomar banho em horário determinado e junto com outras pacientes e presenciou inúmeras brigas. Por outro lado, considerou positivo os quartos serem coletivos e disse que a alimentação era boa. Neste hospital teve duas internações em períodos distintos. Durante a segunda vez, foi diagnosticada com anemia e acabou sendo encaminhada para uma unidade psiquiátrica em um hospital geral.

*Teve encaminhamento [...] porque eu estava com anemia. Eu tinha que fazer o exame no estômago porque eu estava com muita azia, muita azia. Eles me viraram todinha e não achavam nada, só acharam uma anemia, que eu estou tomando remédio. (E2)*

E2 não esclareceu de que maneira foi encaminhada ao CAPS, apenas relatou que já estava em acompanhamento nesse serviço quando teve sua segunda internação. Conta que chegou ao CAPS toda urinada e que então foi conduzida novamente à emergência psiquiátrica.

Atualmente permanece em atendimento no CAPS e relata que gosta de estar neste espaço mais do que estar em casa e que organiza sua rotina para frequentar o serviço.

*Eu gosto de vir para o CAPS. Eu me levanto 6h, 6h30min já estou me arrumando, tomo banho. Eu não conseguia nem fazer isso antes. (E2)*

### VIVÊNCIAS DE E3

E3 é do sexo masculino, tem 50 anos, mora no território Partenon/Lomba do Pinheiro e frequenta o CAPS três vezes por semana no turno da tarde, em um regime semi-intensivo. E3 buscou atendimento em saúde mental na sua ESF de referência. Era atendido por um médico da família e tomava remédios controlados. Relata também que nesta ESF não existiam grupos nem oficinas.

*Comecei no posto de saúde, tomando Risperidona e Fluoxetina. [...] Quem me atendia era um clínico geral. Era bom, mas só que ele não estava resolvendo a minha situação. (E3)*

De acordo com seu relato, E3 não apresentou melhora com o tratamento oferecido pela atenção básica, sendo então encaminhado para uma Equipe de Saúde Mental (ESM) do seu território.

*No posto que viram que a minha situação estava ruim. Então eu fui para a psiquiatria na Partenon Lomba, e ali eu comecei a fazer o tratamento e melhorei bastante. (E3)*

O usuário refere que nesse serviço ele tinha as consultas, como no posto de saúde, mas que também tinham oficinas de pinturas em quadros. Explica que todos os usuários tinham problemas psiquiátricos e relembra um dia que lhe marcou:

*Uma festa que nós fizemos lá. Eles faziam festas e as pinturas e as coisas que nos fazíamos lá eles colocavam em exposição no dia da festa para vender. (E3)*

Após conta que teve um episódio de internação em uma clínica, que atende somente psiquiatria, mas que foi breve. Reforça que já realizava tratamento ambulatorial e a equipe que o acompanhava não queria que fosse internado.

*Eu fiquei pouco tempo baixado, não fiquei muito tempo. [...] A ideia deles era não me internar, faziam o tratamento sem ter internação. Eu me senti mal e fiquei poucos dias, não cheguei a participar de nada. (E3)*

Em outro momento de crise, com delírios paranóides e ideação suicida, foi até uma emergência psiquiátrica e permaneceu lá por dois dias para troca de medicação. Após a alta, continuou sendo acompanhado pela ESM. E3 conta que soube (não esclareceu como) que existia o CAPS e sobre o modo de tratamento oferecido por este serviço e então solicitou encaminhamento.

*Eu sabia que tinha o CAPS do Hospital de Clínicas, eu sabia que era psicossocial. Eu disse para eles que eu gostaria de ir para o CAPS lá do Clínicas. Aí minha doutora disse: eu te arrumo. Foi aí que eu vim para cá. (E3)*

Durante a entrevista, E3 se emociona ao lembrar e falar sobre um período de sua vida em que apresentava sintomas depressivos que ficava isolado e não se relacionava com as pessoas.

*Teve uma época que eu cheguei a ficar 6 meses dentro de um quarto, não saia para nada, só saia para consulta médica. E aqui a gente conversa com as pessoas, passa o tempo, não fica em casa pensando bobagem. (E3)*

Ao final da entrevista, diz que hoje não sente mais os medos que sentia e que não gostaria de ter alta do CAPS.

#### VIVÊNCIAS DE E4

E4 é do sexo masculino, tem 31 anos e frequenta o CAPS três vezes por semana, em um regime semi-intensivo. Buscou tratamento em saúde mental primeiramente na atenção básica, em um Centro de Saúde (CS). Conta que estava assustado, com delírios paranóides e chegou a agredir sua namorada. Em um primeiro momento foi atendido por um médico da família, que após fez seu encaminhamento ao psiquiatra que fazia parte do mesmo serviço.

*Tudo começou de repente. Eu namorava uma moça, me assustei na época, puxei os cabelos dela. Ninguém sabia dizer o que eu tinha. Fui no meu posto de referência e lá o psiquiatra falou que pelo laudo dele, que ele achava que eu tinha era depressão. Ele foi se aprofundando mais e viu que não era, que ele tinha errado o laudo e que era esquizofrenia. (E4)*

Após o diagnóstico de doença mental, seguiu seu tratamento no posto de saúde de referência: consultava com o psiquiatra regularmente e retirava medicações prescritas. Após avaliado, perceberam a necessidade de um atendimento especializado, onde E4 pudesse participar de atividades, visto que seu posto de saúde não oferecia grupos ou oficinas. Sendo assim, foi encaminhado ao CAPS. Concomitante ao acompanhamento no centro de saúde e no CAPS, ele relata quatro internações. Dentre elas, três foram em um hospital manicomial de Porto Alegre.

*Lá é terra sem lei. [...] Lá o paciente não tem direito a quase nada. Eles te tocam remédio, remédio, te amarram. Só quem passa por lá sabe, é brabo. A pessoa se está desnorteada e sem noção, fica bem mais. Eu, graças a Deus, ainda voltei a si a tempo. (E4)*

Sua quarta internação foi em uma unidade psiquiátrica em um hospital geral. Reconhece que estava confuso e que a internação contribuiu para a sua melhora. Atualmente segue seu tratamento de saúde mental apenas no CAPS. Diz estar engajado em seguir as

indicações do seu tratamento e com a tomada das medicações. Avalia que o CAPS ajudou no seu processo de melhora e tem planos futuros.

*Tenho desejo de seguir minha vida fora do CAPS, desejo de conseguir uma companheira, desejo de ter uma família.* (E4)

## VIVÊNCIAS DE E5

O E5 é do sexo masculino, tem 54 anos e frequenta o CAPS três vezes por semana, em um regime semi-intensivo de tratamento. Conta que iniciou a cerca de 30 anos sua busca por tratamento em saúde mental, quando a RAPS ainda não existia e os serviços ambulatoriais eram escassos. Em função disso, suas vivências centram-se na experiência com internações em clínicas e hospitais nos moldes manicomialis.

Refere que teve dificuldade em acessar os serviços de saúde mental no começo, tendo que contar com a ajuda da família.

*A minha cunhada trabalhava na clínica e eu estava trabalhando em Uruguaiana. Quando eu vim de lá, eu tinha perdido o sono, passava o dia e a noite acordado. Um dia estava chovendo e eu senti muita preocupação, algo muito forte em relação a minha família. Eu comecei a procurar como se eu tivesse nadando, buscava alguma coisa para me firmar dentro da água para conseguir respirar e ver eles, onde que eles estavam, se eles estavam precisando de mim, alguma coisa assim. Poderia dizer mais, mas eu não consigo. Aí fui à casa do meu irmão. Meu irmão estava revestindo uma parede e eu falei para ele: “olha, eu preciso de ajuda”. E ele disse: “Mas eu já saí contigo, já fomos ao hospital, já fomos na clínica, e nenhum dos dois te aceitaram. E eu disse assim: “Então me leva para o outro hospital”. (E5)*

E5 veio de Uruguaiana para Porto Alegre, onde residia sua família, para buscar atendimento em saúde mental. Ele não lembra exatamente o número de internações que teve e a ordem cronológica dos fatos, no entanto, cita locais em que recorda ter sido internado, todos em Porto Alegre. O primeiro local relatado foi uma clínica psiquiátrica, onde sua cunhada trabalhava. Nesta clínica foi internado algumas vezes. O segundo local foi em um grande hospital psiquiátrico. Sobre esse hospital diz:

*Apesar de eu estar numa situação muito mais abatido, muito mais abusado daquela situação ali, eles me trataram bem.* (E5)



Conta também sobre internações em um terceiro local, sendo essas em uma antiga clínica psiquiátrica, já fechada. Relata que nesse serviço teve cerca de 10 internações, com permanência de dois a três meses a cada internação. E5 acrescenta que, na maioria das vezes em que necessitava ser internado, era levado pela polícia. Sobre esse transporte diz que a abordagem dos policiais era passiva.

E5 quando questionado sobre como ocorreu seu encaminhamento ao CAPS, não consegue esclarecer. Refere nunca ter feito tratamento na atenção básica. Atualmente está em tratamento no CAPS e diz que se sente bem neste local.

#### VIVÊNCIAS DE E6

E6 é do sexo feminino, tem 58 anos e frequenta o CAPS uma vez por semana, em turno integral, caracterizando um tratamento semi-intensivo. Ela iniciou seu caminho na busca de tratamento pela atenção básica. Na sua ESF de referência, ela consultava com um médico da família e pegava seus remédios. Não haviam grupos ou tratamento especializado.

Ela conta que teve um período em que teve um agravamento de seus sintomas depressivos, e que então a médica que lhe atendia na ESF a encaminhou para uma emergência psiquiátrica.

*Quando eu fiz uma crise muito forte ela me mandou lá para a emergência. Lá a doutora me atendeu e disse que não tinha vaga nos hospitais, que era para eu esperar e tomar os remédios, e foi o que eu fiz. (E6)*

E6 descreve que conforme orientação médica da emergência psiquiátrica, tomou os remédios prescritos e ficou aguardando em casa uma vaga para internação. Assim que a vaga foi disponibilizada, foi chamada e encaminhada ao hospital psiquiátrico. E6 refere que a internação contribuiu para sua melhora.

Com a alta dessa internação, foi encaminhada ao CAPS para tratamento ambulatorial. Durante suas falas, avalia que esse tipo de tratamento auxiliou na sua melhora.

*O CAPS me ajudou muito porque eu tenho depressão e em casa eu ficava em um quarto fechado, não queria tomar banho, comia muito e aqui não. Agora que eu venho só nas terças, mas quando eu comecei eu vinha de segunda a quinta. [...] Quando eu quero ficar deprimida, eu peço aqui e elas me dizem, me ajudam. (E6)*

Por último, conta que no intermédio de seu tratamento no CAPS, teve um período de agravamento de sintomas e necessitou novamente de uma internação. Desta vez, aconteceu em uma enfermaria psiquiátrica em um hospital geral. Hoje continua em atendimento no CAPS e está estável psiquiatricamente.

#### VIVÊNCIAS DE E7

E7 é do sexo masculino, tem 28 anos e frequenta o CAPS duas vezes por semana. Iniciou sua trajetória na busca de tratamento em saúde mental em um município do litoral do Rio Grande do Sul, por meio de uma emergência geral. Neste local diz que recebeu medicações e que apresentou melhora do quadro psiquiátrico.

*Minhas vivências de tratamento foram assim: quando eu tinha 18 anos eu tive depressão. Eu estava trabalhando em uma fábrica em Parobé e eu fiquei doente. Minha mãe me levou para Tramandaí, me levaram para a emergência e descobriram que eu estava com esquizofrenia, que é quando começa a ver e ouvir coisas. Ela descobriu porque eu estava doente e eu acabei sendo internado. (E7)*

Sem ter uma clareza cronológica dos fatos vivenciados, refere ter tido uma experiência de internação em Porto Alegre em um grande hospital manicomial enquanto sua família ainda residia em Tramandaí. Quando teve alta, foi encaminhado para o CAPS de Tramandaí.

E7 conta que quando estava em crise foi necessário algumas vezes usar serviços móveis de emergência, bombeiros e polícia para transporte até as internações. Ele cita outra internação que ocorreu em outro grande manicômio de Porto Alegre, diferente daquele que já havia experienciado e, desta vez, associa sua melhora à internação.

E7 veio morar em Porto Alegre e então continuou seu tratamento no CAPS, revelando que este serviço é fundamental na sua vida. Por fim, reflete que todos os seus tratamentos em saúde mental contribuíram para sentir-se melhor.

*Hoje eu vejo que tudo me ajudou. (E7)*

#### VIVÊNCIAS DE E8

E8 é do sexo masculino, tem 68 anos e frequenta o CAPS diariamente no turno da tarde, em regime intensivo de acompanhamento. Esse entrevistado buscou atendimento em

saúde mental pela primeira vez com 66 anos, quando apresentou um quadro depressivo. Iniciou suas experiências de tratamento em saúde mental junto a uma emergência psiquiátrica.

*Há dois anos atrás mais ou menos eu tive um surto de depressão. Eu não queria falar nisso porque eu vou chorar. Eu tive um surto de depressão dentro do apartamento, saí porta a fora, o pessoal me juntou na rua e me levou para a emergência psiquiátrica. (E8)*

Da emergência psiquiátrica foi encaminhado para internação em um grande hospital manicomial, sendo transportado até lá por um serviço móvel de saúde, com contenção mecânica.

E8 refere ter tido muitos problemas com a equipe do hospital manicomial durante sua internação. Relata ter tido períodos de agressividade verbal e física contra a equipe porque não aceitava o tratamento daquela instituição. Em função disso, foi transferido para uma enfermaria psiquiátrica em um hospital geral para continuar seu tratamento internado.

Com a alta hospitalar, foi encaminhado para sua ESF de referência, que no primeiro contato o encaminhou para o CAPS, onde realiza tratamento até hoje. E8 considera o CAPS fundamental para sua melhora.

#### VIVÊNCIAS DE E9

E9 é do sexo feminino, tem 59 anos e já experienciou 57 internações psiquiátricas. Atualmente, está em tratamento intensivo no CAPS, frequentando-o todos os dias pela manhã.

E9 relata que na maioria das vezes que necessitou de internação acessou primeiramente a emergência psiquiátrica, para que fosse então encaminhada para tratamento, sendo sempre encaminhada para internação hospitalar, usando como transporte o serviço móvel de urgência.

Refere que teve experiência de internação em um grande manicômio de Porto Alegre; uma enfermaria especializada em saúde mental em um dos hospitais municipais da cidade e uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre; enfermaria especializada em hospital geral somente para mulheres, reinternando nesses serviços diversas vezes.

E9 está há oito anos em tratamento no CAPS e, atualmente, faz tratamento ambulatorial concomitante em sua UBS de referência. Sobre a atenção básica, refere ter sido encaminhada pelo CAPS para que pudesse ser atendida pelo médico da família e para

participar das oficinas oferecidas pelo posto de saúde. E9 participa da oficina de artes manuais a qual tem usuários da população geral.

### VIVÊNCIAS DE E10

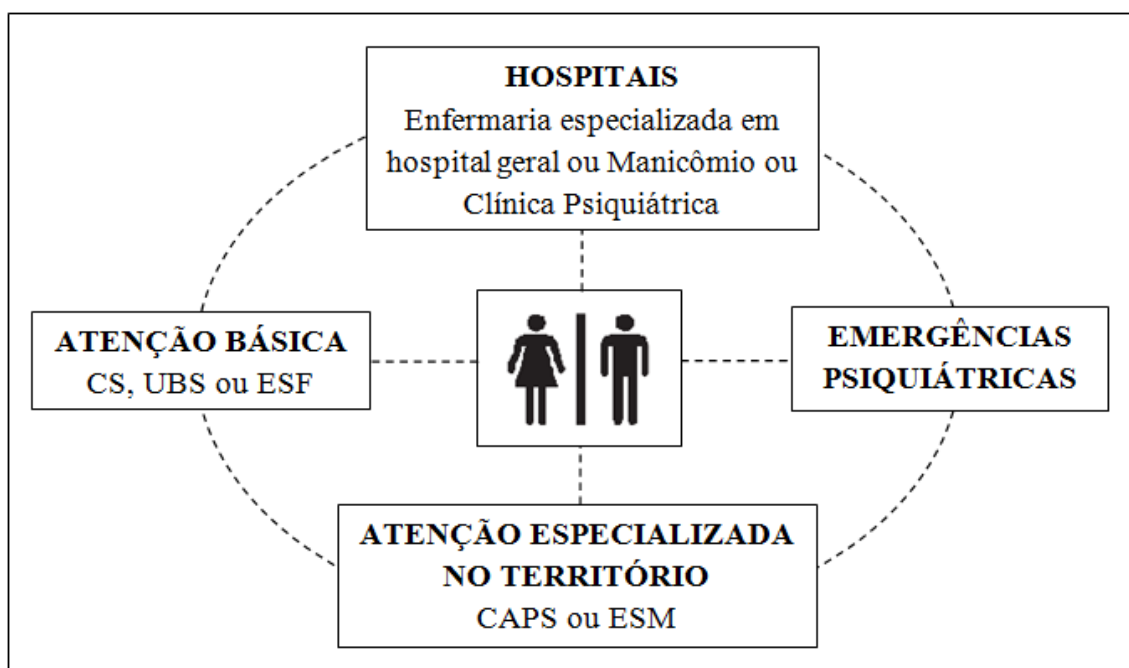
E10 é uma jovem, do sexo feminino, de 24 anos e faz tratamento em seu CAPS três vezes por semana no turno da tarde, com acompanhamento semi-intensivo.

E10 não fala cronologicamente sobre os fatos. Primeiramente relatou que teve internações em um hospital manicomial da cidade. Lembra também de sua experiência em uma enfermaria psiquiátrica feminina, em um hospital geral de Porto Alegre. Não sabe esclarecer como chegou até esses serviços.

Sobre o CAPS, onde atualmente faz tratamento, relata que possui uma profissional de referência e que reconhece a importância deste serviço para manter-se estável psiquiatricamente.

A partir dos relatos das vivências dos usuários entrevistados apresentamos uma síntese dos serviços da RAPS acessados para o tratamento em saúde mental, seguido de uma discussão das potencialidades e fragilidades por eles apontadas.

**Figura 1** – Os serviços de tratamento vivenciados na RAPS



Fonte: BARD, Nathália D. As vivências de tratamento em saúde mental na perspectiva dos usuários, 2016.

A política nacional de saúde mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, com a proposta de garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais por meio da RAPS composta por serviços e equipamentos variados, que tem como componentes a atenção básica em saúde, a atenção psicossocial estratégica, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, a estratégia de desinstitucionalização e a estratégia de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

A Figura 1 nos mostra que foram acessados quatro desses componentes da RAPS: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência e atenção hospitalar. Refletindo sobre as vivências relatadas, observamos que a atenção básica em saúde foi acessada pela maioria dos usuários, funcionando como porta de entrada e manutenção do tratamento. Para o controle da doença na crise, a atenção em urgência e emergência foi o ponto acessado, sendo o dispositivo que faz encaminhamentos à internação quando há agravamento do quadro psiquiátrico dos usuários, gerando uma centralidade no direcionamento para atenção hospitalar. Essa, por sua vez, se caracteriza como lócus do tratamento especializado em saúde mental, visto que todos os entrevistados tiveram vivências nas internações hospitalares. Do mesmo modo, todos os entrevistados acessaram o CAPS, ponto da rede em que se observa um atendimento que se orienta pelas diretrizes da atenção psicossocial por meio da oferta de cuidado diário continuado no território.

Ao considerarmos a rede de atenção à saúde como um conjunto de saúde que devem estar articulados entre si, considerando seus níveis de complexidade, sendo acessados de forma crescente, a fim de garantir a integralidade da assistência à saúde, obtivemos algumas reflexões a respeito da rede de atenção à saúde mental acessada pelos entrevistados (BRASIL, 2011a).

Nesse estudo percebemos que os usuários acessaram serviços da rede com diferentes níveis de complexidade, porém nem sempre de forma crescente. Além disso, identificamos que os trajetos assistenciais mais frequentes para a busca inicial de tratamento em saúde mental foram pela atenção básica e pela emergência psiquiátrica.

Ao acessarem a atenção básica, era ofertada medicação e consulta médica, ou era encaminhamento para um serviço especializado (emergência psiquiátrica ou CAPS). Na emergência psiquiátrica, recebiam atendimento para controle da crise e também eram encaminhados, ou para atenção básica, ou para internação hospitalar.

Considerando isso, os entrevistados, ao relatar suas vivências, lembram de suas experiências fazendo uma reflexão desses acontecimentos, ora vivenciados positivamente, ora de modo negativo, apontando potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde que acessaram na busca de seu tratamento em saúde mental.

A atenção básica surge como porta de entrada na RAPS para a maioria dos usuários entrevistados, na qual é lembrada como o local de acesso ao sistema de saúde. Essas vivências evidenciam que a atenção básica está cumprindo o seu papel de reorientar o modelo assistencial no Brasil, conforme a Reforma Sanitária do país, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde (BRASIL, 1990).

Sendo assim, tem entre seus fundamentos e diretrizes possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, caracterizando-se como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012c).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitos dos problemas em saúde mental podem ser solucionados nesse nível da assistência, sem necessidade de referenciar a serviços especializados. Essa lógica segue a ideia da Reforma Psiquiátrica e dos princípios do SUS, como inclusão social e integralidade do cuidado respectivamente (BRASIL, 1998).

A integração da saúde mental na atenção básica é a melhor maneira de garantir que as pessoas recebam os cuidados de saúde mental de que necessitam. Ou, pelo menos, é o que se deseja. As pessoas podem acessar os serviços de saúde mental mais próximo de suas casas, conservando suas famílias unidas e mantendo suas atividades da vida diária (OMS, 2008).

Na RAPS, atenção básica é composta por Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua e Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2011b). Os entrevistados desse estudo perpassaram Centros de Saúde, UBS e ESF, conforme sua pertença em cada território. Eles relatam como principal característica de seu atendimento em saúde mental na atenção básica a oferta de consultas médicas, receitas de remédios e sua dispensação nas unidades de saúde.

*Lá no posto me ajudaram na única coisa que podiam fazer por mim: receita médica. (E1)*

*Eu ia lá (no posto de saúde) mais era para consultar [...] e retirava as medicações. (E4)*

*Lá no posto era só a consulta. (E6)*

As falas dos entrevistados sempre trazem a figura do médico e dos remédios, sendo o modo central para seu tratamento. Eles não fazem nenhuma reflexão crítica acerca dessa oferta de atenção em saúde, aceitando que é isso que deve ser feito. Relatam também que em algumas situações, esse modo de tratamento não era resolutivo e por isso foram encaminhados ou buscaram outros pontos da RAPS para seu atendimento.

Costa-Rosa (2000) refere que o modelo psicossocial está de fato implementado se a terapia deixa de ser apenas ou prioritariamente medicamentosa para ter o sujeito como principal objeto e ator de seu tratamento, recebendo atendimento de uma equipe multiprofissional com atuação interprofissional.

Os entrevistados trazem como naturalizada essa forma de atenção centrada na medicalização como sendo o único modo de tratamento. Entendemos que essa experiência dos entrevistados como uma fragilidade do tratamento da atenção básica, pois se limita ao olhar biomédico, considerando que esses serviços devem se orientar pelo compromisso com a saúde da população do seu território.

Mielke (2009) colabora com essa reflexão apontando que a atenção psicossocial articulada à saúde da família é fundamental para a construção do cuidado em saúde mental no espaço do território, transformando e possibilitando novos olhares sobre a loucura, rompendo barreiras e promovendo espaços de liberdade, subjetividade e cidadania, pois, muitas vezes, a ESF é o único recurso da rede de cuidados que está disponível para acolher o usuário em momentos difíceis.

Sendo assim, para além da consulta e medicação, é importante atentar e valorizar a proximidade que facilita o reconhecimento das necessidades do usuário e da família, e, com isso, pode haver um agenciamento de ações de cuidado e apoio mais imediato, buscando uma resolubilidade possível e construída conjuntamente (MIELKE, 2009).

No que tange às atividades que devem ser desenvolvidas pelo PSF estão a prevenção e a promoção da saúde mental, a realização de práticas intersetoriais e o estímulo ao exercício da cidadania e empoderamento (PAIM, 2008). Os relatos evidenciaram que com o aparecimento da crise e agudização dos sintomas psiquiátricos, o tratamento era encaminhamento para as emergências psiquiátricas, pois são os locais indicados e procurados para o atendimento da crise.

Entende-se por crise o clássico conceito: distúrbios de pensamento, emoções ou comportamento com necessidade de atendimento imediato, com vistas a reduzir possíveis danos ao indivíduo ou à sociedade em que está inserido (FRIEDMANN; LESSER; AUERBACH, 1982).

Os serviços acessados pelos usuários que se caracterizam como emergenciais foram experiências com consonâncias e dissonâncias. Positivamente relataram que é o local onde receberam atendimento e solução para seus momentos de crise, avaliando como bom o atendimento dos psiquiatras e que, na maioria das vezes, era através desse serviço que eram encaminhados à internação.

*Não tenho do que me queixar [do serviço de emergência acessado]. A médica veio, conversou bastante comigo, conversou com a minha irmã e me encaminhou para internação. (E2)*

*A médica, muito atenciosa, conversou comigo e foi bom. (E6)*

*Me trataram bem [no serviço de emergência acessado]. Fizeram medicação em mim e eu fiquei calmo. (E7)*

Ao encontro das falas, podemos confirmar parte dos objetivos dos serviços de emergência psiquiátrica sendo cumpridos, como por exemplo, ter papel central na funcionalidade dos serviços de saúde mental, identificando os casos que necessitam de internação e organizando esses fluxos, bem como estabilizar e tratar os casos agudos. (OYEWUMI; ODEJIDE; KAZARIAN, 1992; FORSTER; KING, 1994).



E, as emergências psiquiátricas são percebidas positivamente, pois trazem alívio e resolubilidade para o usuário e familiares. Teixeira Junior (2010) caracteriza esse serviço como pontos abertos de acolhimento à crise e acesso a outros caminhos, constituindo como um importante disparador de linhas de cuidado, agenciando trajetos assistenciais que atendam as necessidades das pessoas que chegam a esse serviço.

Ao encontro disso, está a característica de agilidade no manejo do paciente, essencial para o adequado funcionamento de um serviço de emergência, que também foi vivenciada pelos entrevistados. Entretanto, em geral, os serviços de emergência psiquiátrica têm pouca disponibilidade de leitos para melhor observação e acompanhamento da evolução do quadro clínico, o que, muitas vezes, leva a uma decisão precoce de internação integral do paciente. Do mesmo modo, nem sempre os serviços extra-hospitalares dispõem de uma estrutura que ofereça a mesma agilidade encontrada na sala de emergência. Além disso, a equipe médica que atende o paciente em situação de emergência realiza uma avaliação transversal, perdendo o seguimento do paciente e, com isso, a possibilidade de observar a evolução do quadro e avaliar a eficácia das medidas tomadas no serviço. (BARROS, TUNG, MARI, 2010).

Em virtude dessas fragilidades da rede de serviços em saúde mental, os trajetos disparados a partir das emergências psiquiátricas são o retorno à ESF, família ou hospitalização, sem nenhuma ou alguma articulação com esses pontos da rede de serviços, como também vivenciados pelos entrevistados desse estudo. Contudo, essa interface entre os serviços é uma importante ferramenta que possibilita a continuidade de cuidado e o compartilhamento das ações, pois auxilia na resolubilidade da atenção, corresponsabilizando os serviços envolvidos (TEIXEIRA JUNIOR, 2010).

Nesse mesmo viés, os entrevistados criticam o modo como é ofertado o tratamento nesses serviços, na qual não há privacidade, das acomodações são precárias e não há cuidados básicos em saúde, relacionados à higiene e conforto principalmente.

*Eles demoraram muito para me atender, não vou negar, mas me atenderam e me baixaram no hospital. (E2)*

*Fiquei três dias lá [na emergência], dormindo de roupa, tomando banho precariamente, comendo mais ou menos, a comida era horrível, mas eu tinha que aguentar. [...] É um lixo, mas é o que tem. (E8)*

*Eu ficava na cama baixada e meu marido ia embora. [...] Eu fiquei molhada durante 5 dias, meu marido não levou roupa para mim. Fiquei fedendo a mofo. [...] Não tomava banho. Era uma sala com um lado de homens e um lado das mulheres. Eu não conseguia dormir. [...] Esse ano eu e meu marido ficamos das oito horas da manhã até às dez horas da noite para ser atendida e não tinha leito. (E9)*

Quanto à demora no atendimento referida nas falas, é importante reforçar que os serviços de emergência psiquiátrica devem oferecer um atendimento rápido e ágil, analisando aspectos diagnósticos, etiológicos e psicossociais do sujeito, a fim de viabilizar um tratamento em curto prazo e definir o tipo de tratamento adequado a médio e longo prazo. Porém, esses serviços são extremamente sensíveis à dinâmica da rede de serviços de Saúde Mental do qual fazem parte, pois a disponibilidade de leitos para internações psiquiátricas influenciam em seu funcionamento, visto que se não há vagas, acabam tendo que abrigar os usuários até que as mesmas estejam disponíveis (BRUFFAERTS; SABBE; DEMYTTENAERE, 2008; BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Independente da agilidade no atendimento e acesso ao tratamento, os serviços de saúde devem pautar-se por um cuidado humanizado, ou seja, de acordo com Brasil (2013), a atenção em saúde deve pautar-se pela criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença.

Do mesmo modo reforça a Lei 10.216, que estabelece os direitos do portador de doença mental em ter atendimento em um local terapêutico de forma humanizada e respeitosa, com vistas a beneficiá-lo (BRASIL, 2001).

Assim, as emergências psiquiátricas para além do controle dos sintomas e atendimento à crise, devem considerar que as necessidades básicas como higiene, alimentação e conforto fazem parte do tratamento, reafirmando a ideia de que o sujeito não deve ser visto apenas pela doença. Isso não significa que estamos negando a doença, mas sim que consideramos a pessoa na sua integralidade.

Também dentro da atenção em urgência e emergência foram utilizados os serviços que fazem transporte de emergência, os bombeiros e a polícia, sendo lembrados como uma experiência de bom atendimento que ofertou a segurança dos entrevistados.

Os entrevistados trazem como uma vivência frequente e importante a internação hospitalar, que aconteceram em hospitais psiquiátricos com características asilares ou em enfermarias especializadas em hospitais gerais, sendo o ponto da RAPS do qual eles mais relembram e manifestam suas opiniões e sentimentos. Do mesmo modo, refletem que essa vivência/experiência foi enriquecedora, mas também geradora de sofrimento.

*Eu não entendia porque eu estava lá [na internação], o que estava acontecendo comigo, o que eles faziam para ajudar a pessoa. [...] Lá eles cuidaram de mim [...]. Eles me ajudavam, conversavam comigo e eu me sentia bem. (E7)*

Teixeira Junior (2010) refere que na atualidade a internação aparece como alternativa de contenção da crise, sendo em muitos momentos o recurso da rede mais utilizado na atenção à saúde. Entende que a internação por vezes é necessária, pois é um ponto da rede que direciona para a continuidade do tratamento e reforça que a internação deve constituir-se opondo-se às práticas manicomialis, exercendo práxis transformadoras que confrontam concepções de incapacidade e isolamento.

Os entrevistados apontaram que, em geral, recebiam um bom atendimento por parte dos profissionais durante as internações, verbalizando que se sentiam cuidados.

*Lá eles cuidaram de mim [...]. Eles me ajudavam, conversavam comigo e eu me sentia bem. (E7)*

Ao encontro disso, Rotteli et al (1990) afirma que o cuidado é o elemento base para transformação do sofrimento. Logo, cuidar é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre partes, compreendendo acolhimentos, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida (LACERDA; VALLA, 2006).

Independente da experiência de internação ser uma vivência intensa, com percepções positivas e/ou negativas, a lembrança dos usuários emerge da atenção recebida e da relação com os profissionais, sendo recordada de modo positivo, ou seja, cuidar é estar com o outro.

O quarto coletivo é lembrado como uma vivência que alivia a solidão e produz relações sociais.

*O que eu lembro que eu gostei era das companheiras de quarto. (E6)*

*Eu achava legal [sobre os quartos coletivos]. Pelo menos eu não me sentia sozinha. (E10)*

O quarto coletivo representa a experiência de ter parceiros e é vivenciado como um apoio na internação. Stefanelli (2008) refere que apoio é um conjunto de ações que levam o usuário a ter a sensação de que não está sozinho e que existe alguém ao seu lado que possa ajudá-lo a enfrentar a situação vivenciada.

Outra questão lembrada pelos entrevistados refere-se ao isolamento que a internação pode produzir, pois são afastados do seu contexto diário de vida.

*Quando eu cheguei lá eu me senti excluída. Excluída da minha família, das minhas coisas, da minha vida. (E6)*

*Era muito difícil ficar longe da família. (E7)*

*Eu não podia falar com a minha irmã porque eu não tinha fichinha [...] até que eu peguei. Isso já tinha se passado 15 dias. (E8)*

A internação é um momento estressante e de grande sofrimento, pois além do quadro clínico do usuário, é também um momento em que está sendo afastado de sua família, de seus pertences e chega a um local desconhecido e com pessoas também desconhecidas. Essa atitude reforça a ideia de que é necessário isolar a pessoa com transtorno mental, tornando-a objeto, com a perda da sua subjetividade, caracterizando-se como uma vivência negativa que direciona para a exclusão da loucura.

A exclusão do louco se perpetuou no tempo, de tal modo que, ainda hoje, o tratamento se faz sobremaneira pela rotulação, pelo tratamento dos sintomas à base de medicamentos e pela manutenção do doente em instituição psiquiátrica; retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais; excluindo-o da vida em sociedade (MACIEL, 2008).

Ao encontro desses sentimentos de exclusão, os entrevistados relataram vivências relacionadas à perda da subjetividade e privacidade, bem como padronização no modo de atendimento.

*O banho tinha que ser cedo, tinha um horário só para a gente tomar banho. [...] Não tinha armário, não tinha nada, só as camas mesmo. (E1)*

*Tinha hora do banho, só que as roupas geralmente não eram as que eu recebia minha, eram trocadas as roupas. (E4)*

*Roubavam todas as roupas da gente. Andava sempre com a mesma roupa, só tomava banho para ficar limpo. Tinha banho, era obrigado a tomar banho de manhã. Todo mundo, aquele monte de homem pelado tomando banho e as mulheres também. [...] Cheguei lá a primeira coisa era tomar um banho e colocar um macacão daqueles de doente. Aí coloquei aquele macacão, sentei lá no sofá. (E8)*

*Lá [na internação] tinha um negócio que filmava a gente. Quando alguém fazia alguma coisa, eles viam ali daquela câmera. [...] Lá eles tem sineta para bater. Eles batem uma sineta para tomar banho, para tomar café, para comer. Elas me explicaram quando eu baixei lá que quando chamar a sineta e estiver dormindo tem que levantar. (E9)*

Amarante (1995b) aponta que serviços orientados pelo modelo asilar são reconhecidos como expansores da exclusão, e vai mais além, desconsideram as subjetividades do sujeito, negando sua identidade e história de vida. Essas vivências evidenciam que a experiência da internação ainda tem fortes traços do modelo asilar, em que a pessoa com transtorno psíquico é entendida como um objeto, sem voz, sem direitos e que necessita de controle e vigilância.

Ao contrário disso está o movimento da Reforma Psiquiátrica, que busca uma concepção mais positiva de loucura, na qual saúde e doença não estão em polos opostos, mostrando que existe razão na loucura e que a linha de demarcação entre elas não é absoluta ou irreversível. Mostra, também, que a internação psiquiátrica clássica caracteriza-se pela negação dos direitos jurídicos e civis do paciente, levando em conta apenas o poder médico (OLSCHOWSKY, 2001).

A desinformação sobre seu tratamento também aparece como uma vivência negativa. A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira é clara em dizer que o usuário tem o direito de receber todas as informações necessárias e cabíveis a respeito de sua doença e de seu tratamento (BRASIL, 2001).

*Eu não entendia porque eu estava lá, o que estava acontecendo comigo, o que eles faziam para ajudar a pessoa. (E7)*

Os motivos de não informar o usuário ou sua família sobre o tratamento podem ser diversos. Flutuam entre pensar que são incapazes de compreender até o fato de que não há um projeto terapêutico individual. É uma manutenção de práticas obsoletas como longas internações e uso abusivo de medicamentos, ambas sem justificativas terapêuticas.

Do mesmo modo, relatam que não eram informados sobre as medicações administradas no seu tratamento. No contexto histórico, a medicalização iniciou quando os asilos se tornaram instituições médicas (AMARANTE, 1995a). É incontestável que os psicofármacos aliviam sintomas e estão associados à melhora dos pacientes com doenças mentais, e que fazem parte do tratamento da loucura dentro das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica (GUARIDO, 2007). Porém, a experiência relatada pelos entrevistados evidenciou que a medicação aparece como um tratamento utilizado de forma abusiva, com vistas à contenção química e controle dos usuários, ou seja, a lembrança é que a medicação era usada muito mais para controlar do que para tratar.

*O que eu achei assim, não concordei com o elemento, é que tinha um enfaixado e tinha apodrecido o braço dele de tanta injeção [...] que ele tinha tomado. (E5)*

*Eu ficava dopada de remédio. (E9)*

*Eles trituravam os remédios para nós tomarmos. (E10)*

Assim, analiso que ainda estão enraizadas nos serviços as práticas manicomiais e identifico a necessidade de reinvenção constante dos tratamentos em saúde mental. Porém, do mesmo modo, há experiências de internação positivas.

*Lá tratam a gente igual uma rainha. Tinha as enfermeiras boas para mim, os médicos. Foi maravilhoso. Eu adorei. (E2)*

*Lá era um SPA, totalmente diferente [de um hospital manicomial em que estive internado]. Lá eles não amarram a gente, só se o paciente está muito confuso. [...] Apesar de eu estar surtado, eu consegui criar bastante vínculo de amizade [com os profissionais]. (E4)*

*Lá era o paraíso. [...] A comida era muito boa. (E8)*

A proposta da atenção psicossocial valoriza a subjetividade e a singularidade do sujeito com transtorno psíquico, evidenciando a complexidade desse modo de tratamento. Nesse sentido, a atenção psicossocial reforça o caráter do cuidado enquanto uma dimensão da vida, se constituindo no plano da intersubjetividade, ou seja, o cuidado em saúde se constitui pelo encontro terapêutico entre profissional e usuário do serviço de saúde e suas peculiaridades, acrescido do aparato técnico e científico, que contribuirá para a realização desse cuidado (MIELKE, 2013).

Sobre os serviços de atenção especializada no território foram acessados o CAPS e a Equipe de Saúde Mental. A vivência dos entrevistados junto ao CAPS está relacionada a uma experiência de “sentir-se cuidado” em todos os âmbitos de sua vida.

*Elas dizem assim: “corta as unhas que estão grandes” e eu faço. Eu gosto. (E2)*

*Era bom, as pessoas me cuidavam lá, davam remédio, conversavam, [...] falava sobre a situação de vida, porque eu estava assim e agora como que eu estou. (E7)*

Os CAPS são baseados na proposta biopsicossocial, a fim de superar as práticas em saúde mental que tinham como objeto central a doença mental. Em outro estudo realizado em um desses serviços, os profissionais reforçaram a importância da integralidade, ou seja, a necessidade de ver os usuários como um todo, assim oferecendo um cuidado efetivo, sendo ele físico, mental ou social (WETZEL et al, 2011).

Simultaneamente, os entrevistados relatam os vínculos com os profissionais, pois valorizam a escuta empática que recebem e que torna o ambiente acolhedor.

*O que eu mais gosto é do atendimento. Apesar de eu não fazer parte do conteúdo ali, mas pelo menos eu não sou rejeitado do jeito que eu sou. Eu vou lá, sento em um banco, não tem problema, sento no outro, não tem problema. (E5)*

*É como aqui (no CAPS). Eles são solícitos, eles não ficam em cima do salto, são pessoas como nós. Eles dizem isso para nós. (E6)*

*No começo, quando eu vinha todos os dias, eu achava ruim. Mas hoje eu vejo que se eu tivesse saído totalmente do CAPS eu ia achar ruim porque eu ia sentir saudades das pessoas daqui. (E10)*

O cuidado é um elemento-chave para transformar os modos como as pessoas interpretam seus sofrimentos e conseqüentemente como vivem em relação a isso, podendo ainda ser potencializado quando há uma dimensão afetiva na relação terapêutica (ROTELLI et al, 1990).

Mielke (2013) reforça que o cuidado se configura como uma ação ampliada, que se utiliza, prioritariamente, do aspecto relacional estabelecido a partir do encontro terapêutico entre trabalhador e usuário para a produção de saúde e de vida. A atenção psicossocial enquanto modelo orientador de cuidado em saúde mental comunga desse entendimento de

cuidado, valorizando o cotidiano de vida da pessoa com transtorno psíquico, seu projeto de felicidade e seus territórios de relações, de existência-sofrimento e de vida.

Associado a isso, os usuários avaliaram as vivências no CAPS também pela integração e inclusão social. Essa potencialidade é característica deste tipo de serviço, porque proporciona inter-relações de culturas, de valores e de papéis, construindo assim a relação de cada indivíduo com a totalidade (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA; 2008).

*Aqui a gente se entrosa bastante com o resto das pessoas, não fica isolado. (E3)*

*[O CAPS] Me ajudou bastante a interagir para conversar melhor, a se relacionar com as outras pessoas, a forma de interagir, no modo de ser [...]. (E4)*

Entre os propósitos desse serviço está a promoção de convivência entre os sujeitos, buscando a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, utilizando para isso a ambiência, as atividades em grupo, as rodas de conversa e as oficinas, que auxiliam nas trocas e no convívio entre os usuários, promovendo inclusão.

*Eu gosto de tudo, mas a parte que eu mais gosto é do Jornal, porque agora a gente está aprendendo computação, aprendendo a mexer no computador agora. A gente tá escrevendo os textos tudo, aprendendo muita coisa, eu estou gostando muito. (E1)*

*Tinha grupo [no CAPS]. Eu fazia aula de pintura em tela e era bem bom, distraía a mente. (E7)*

*O CAPS me ajuda muito! Nas palestras, nas rodas de conversa [...]. Me faz bem o CAPS. (E9)*

A vivência no CAPS é percebida como a (re)conquista da autonomia, da liberdade e da produção de vida.

*Aqui me dão vida, me dão asas. (E1)*

*O CAPS é bom. Eu estou aqui no CAPS e agora vou para casa. O CAPS me dá forças para viver, me dá ânimo, me dá vontade de viver. Quando eu estou no CAPS, eu estou bem. Eu chego em casa, consigo varrer a casa, limpar tudo. Eu não conseguia fazer isso para ajudar a minha mãe, me ajudar e ajudar em casa. (E7)*



Entretanto, essa experiência positiva também é identificada pelo desejo de mudança, ou seja, os entrevistados relatam seus desejos de viver suas vidas para além desse serviço, pois identificam que estão há muito tempo “enCAPSulados”, termo que simboliza o risco que as equipes dos CAPS correm de reproduzir velhas práticas, mantendo os velhos e gerando novos crônicos (WETZEL et al, 2011).

*O CAPS é bom, mas eu estou enjoada, não estou gostando mais do CAPS. Não quero mais, enjoiei. Faz 9 anos já, vai fazer 9 [...], mas eles não querem me largar. (E9)*

Chamamos atenção para o processo de institucionalização que pode ocorrer nos serviços substitutivos. Hirdes (2009) ressalta que esses devem ser lugares de passagem, pois caso não sejam, há uma tendência desses novos serviços, que trabalham no contexto da reforma psiquiátrica, de reproduzirem as práticas asilares de institucionalização.

Wetzel et al (2011) diz que esses usuários crônicos necessitam de uma maior atenção para que possam-se criar novas estratégias e novos instrumentos de atenção psicossocial, como por exemplo a inserção em espaços da comunidade, como grupos na atenção básica, associações geradoras de renda, centros de convivência, entre outros.

Do mesmo modo o CAPS é lembrado pelo viés da verticalização do cuidado, ou seja, o tratamento orienta-se de modo vertical na qual o profissional determina o modo de intervenção e o usuário deve se adaptar a essa orientação, desconsiderando a singularidade, bem como a sua participação e de sua família no tratamento.

*Me tiraram a manhã e eu fiquei brabo, fiquei furioso. Falei com a minha irmã, ela veio aqui, mas não houve jeito. Senti que estavam me tirando para colocar outros, mas como tirar eu para colocar outro se eu não estou legal ainda? Como que vão decidir a vida de uma pessoa? Não podem decidir. Deviam ter falado comigo: “Vai ser feito isso, isso e isso, vamos preparar a cabeça”, mas não. Cheguei aqui e me cortaram. (E8)*

*Ela [profissional de referência] andou discutindo com a minha mãe no telefone por causa do meu curso [...]. Ela disse: “Dona R [mãe de E10], era para tu ter encaminhado ela para tirar os dois sisos. Tu gastou uma fortuna no curso e tinha que arrumar os dentes”. (E10)*

Os usuários e seus familiares são os principais autores do tratamento. É fundamental uma interlocução entre os profissionais do serviço, usuário e família, de modo que esteja claro para todos eles os planos terapêuticos de cada pessoa, e que seja flexível e dinâmico, a fim de

considerar e respeitar os desejos e singularidades de cada usuário e suas famílias (WETZEL et al, 2011).

Nessa mesma lógica, os entrevistados identificam que por vezes são infantilizados, reforçando o estigma de incapacidade de pensar e agir.

*Não tenho queixa de ninguém, são todos queridos, eles fazem o trabalho deles. Só que eu não sou nenhuma criancinha, eu sei o que é certo e o que é errado. Eu não vou citar nomes, mas tem pessoas que aceitam coisas que eu não aceitaria para mim. (E4)*

A infantilização pode ser vista pela perspectiva do estigma. Goffman (1998) caracteriza o estigma como uma atitude dirigida a um sujeito que evidencia que ele tem atributos que o torna diferente dos outros. Ou seja, quando os usuários estão sendo tratados de forma infantilizada, estão sendo estigmatizados ao serem considerados diferentes dos demais.

Outra vivência negativa apontada foi à rotatividade dos profissionais do CAPS. Há um grande rodízio dos profissionais da equipe, resultando na dificuldade da manutenção dos vínculos.

*Essas gurias que vem fazer as atividades com a gente, que ficam três meses, seis meses e muda, deixam uma marca muito grande na gente, elas deixam saudade. [...] A gente se acostuma com as pessoas, aí depois tiram da gente. (E1)*

*O que eu acho ruim é quando a gente está gostando de vocês e vocês vão embora, e os médicos a mesma coisa. [...] Essa coisa que eu acho ruim. (E6)*

Na saúde mental, os vínculos se caracterizam como ações preponderantes para as intervenções, sendo equipamentos estratégicos para o cuidado, permitindo uma “intimidade terapêutica” no sentido do trabalhador estar aberto à escuta das necessidades de saúde do usuário, numa postura mais acolhedora (MIELKE, 2009).

Analisamos que a rotatividade dos profissionais da equipe dificulta o fortalecimento das relações, fragilizando o tratamento em saúde mental, uma vez que a produção de vínculos inibe os encontros terapêuticos.

Consideramos que os pontos acessados da RAPS evidenciam a transformação da atenção em saúde mental, orientada pela atenção psicossocial. Porém, as vivências mostram que a busca tratamento se restringe no acesso à quatro pontos: atenção básica em saúde,

atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência e atenção hospitalar. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de avançar na articulação entre os serviços da RAPS, revendo constantemente as práticas assistenciais desenvolvidas para tratamento em saúde mental orientado pela atenção psicossocial.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em andamento no Brasil, propõe um cuidado em saúde mental que visa entender e tratar o sujeito em todos os aspectos de sua vida, trazendo mudanças de perspectivas para o cuidado em saúde mental.

Sustentando a ideia de que os usuários dos serviços tem voz para dizer o que pensam e para relatar suas vivências, este estudo teve objetivo de conhecer as vivências de tratamento em saúde mental dos usuários da rede de saúde mental.

Assim, relataram suas vivências e suas experiências fazendo uma reflexão desses acontecimentos, ora vivenciados positivamente, ora de modo negativo, apontando potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde que acessaram na busca de seu tratamento em saúde mental.

Os entrevistados relatam terem acessado quatro componentes da RAPS: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência e atenção hospitalar, sendo os trajetos assistenciais mais frequentes para a busca inicial de tratamento em saúde mental pela atenção básica e pela emergência psiquiátrica.

Na atenção básica relatam como principal característica de seu atendimento em saúde mental a oferta de consultas médicas, receitas de remédios e sua dispensação nas unidades de saúde, trazendo como naturalizada essa forma de atenção centrada na medicalização como sendo o único modo de tratamento. Entendemos que essa experiência dos entrevistados como uma fragilidade do tratamento da atenção básica, pois se limita ao olhar biomédico, considerando que esses serviços devem se orientar pelo compromisso com a saúde da população do seu território.

As emergências psiquiátricas foram os locais acessados para o atendimento da crise, sendo lembrado de modo positivo pelo bom atendimento dos psiquiatras e que, na maioria das vezes, era através desse serviço que eram encaminhados à internação. Apontam, negativamente, que os serviços não oferecem privacidade, as acomodações são precárias e que não há cuidados básicos de higiene e conforto.

A internação hospitalar é uma vivência frequente e importante, que aconteceu em hospitais psiquiátricos com características asilares ou em enfermarias especializadas em

hospitais gerais. Os entrevistados relatam que foram experiências enriquecedoras e, também, geradoras de sofrimento.

Por um lado, têm a lembrança de um bom atendimento recebido dos profissionais, verbalizando que se sentiam cuidados. Por outro lado, a internação é lembrada pelo isolamento, pois são afastados de sua família, de seus pertences, chegando a um local desconhecido e com pessoas desconhecidas, o que reforça a ideia de exclusão da loucura, bem a manutenção de práticas obsoletas do modo asilar de tratamento, como medicalização e desconsideração das subjetividades..

Importante ressaltar que todos os entrevistados perpassaram por internações. Frente a isso, consideramos que a atenção hospitalar ainda tem sido o lócus do tratamento em saúde mental.

Na atenção especializada no território foram acessados o CAPS e a Equipe de Saúde Mental. A vivência dos entrevistados junto ao CAPS está relacionada a uma experiência de “sentir-se cuidado” em todos os âmbitos de sua vida, sendo uma vivência que é percebida como a (re)conquista da autonomia, da liberdade e da produção de vida.

Entretanto, as experiências no CAPS também trouxeram o desejo de mudança, ou seja, os entrevistados identificam que estão há muito tempo no serviço, que o tratamento, em diversos momentos, é prescritivo, desconsiderando a singularidade, bem como a sua participação e de sua família.

Sendo assim, concluímos que dentre todas as modalidades de serviço houve vivências positivas ou negativas. Foram consideradas positivas quando existiram vínculos, bom atendimento, escuta empática, respeito às individualidades, potencializando as relações terapêuticas e as ações de cuidados. E negativas quando foram considerados “diferentes”, quando o cuidado foi padronizado e sua autonomia foi desconsiderada.

Indubitavelmente é necessário enfrentar o desafio de incorporar as mudanças no tratamento em saúde mental dentro dos serviços e reconhecer que os diversos setores que compõe a rede são grandes parceiros para um cuidado efetivo. Conhecer os serviços por meio das vivências de seus usuários nos permite depreender a importância de um tratamento que os valoriza, em que o sujeito é prioridade.

A atenção psicossocial é uma prática que deve ser repensada e renovada diariamente. O diálogo, a escuta empática, o ambiente acolhedor e que promove relações faz com que o cuidado em saúde mental seja adequado às necessidades de cada um, considerando suas potencialidades e dificuldades. E, reconhece que o sofrimento psíquico requer a produção de vida para além das fronteiras da psiquiatria e dos serviços de tratamento.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. D. C. (Coord). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003. 215 p.
- \_\_\_\_\_. **Dossiê sobre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental no Brasil. Relatório de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SNDE/ENSO. 1995a.
- \_\_\_\_\_. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, jul/set, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995b.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 142p.
- \_\_\_\_\_. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 204p.
- \_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, jan/abr, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2009.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In PINHEIRO et al (Org). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC, LAPPIS, ABRASCO, 2007. P 41-61.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
- BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Emergência psiquiátrica e rede de saúde mental. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 2, p. 71-77, out. 2010.
- BRASIL. Congresso Nacional. 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, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 1 out. 2015.
- \_\_\_\_\_. Congresso Nacional. 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, DF, 19 set. 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 12 jun. 2016.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 12 dez. 2012a. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto 7.058, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 jun. 2011a. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 7 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2013. 16 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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). Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 1 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, DF, 19 fev. 2002a. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em: 1 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma operacional da assistência à saúde. Brasília, DF, 27 fev. 2002b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 18 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, 1 fev. 2012b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 17 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012c. 110 p.

BRUFFAERTS, R.; SABBE, M.; DEMYTTENAERE, K. Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future. **Eur J Emerg Med**. v. 15, n. 5, p. 276-278, 2008.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In AMARANTE, P. D. C. (Org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 166 p.

FORSTER, P.; KING, J. Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency service, Part I. **Hosp Community Psychiatry**, v. 45, n. 9, p. 867-869, 1994.

FRIEDMANN, C. T.; LESSER, I. M.; AUERBACH, E. Psychiatric urgency as assessed by patients and their therapists at an adult outpatient clinic. **Hosp Community Psychiatry**, v. 33, n. 8, p. 663-664, 1982.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006. Disponível em: <



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026)>.

Acesso em: 17 out. 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>.  
Acesso em: 13 jun. 2016.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.297-305, 2009.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para avaliar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p 91-101.

MACIEL, S. C. et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 13, n. 1, p. 115-124, jun. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712008000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jun. 2016.

MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família**: um estudo avaliativo. 2009. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

\_\_\_\_\_. **Avaliação da gestão na atenção psicossocial na estratégia de saúde família**: com a palavra os coordenadores. 2013. 217 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>. Acesso em: 16 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “lato sensu”**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO, 2008. 198p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International ethical guidelines for biomedical research involving humans subjects**. Geneva: WHO, 1993.

OYEWUMI, L. K.; ODEJIDE, O.; KAZARIAN, S. S. Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use. **Can J Psychiatry**, v. 37, n. 2, p. 91-91, 1992.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde mental. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p.127-34, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008.704 p.

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

TEIXEIRA JUNIOR, S. **Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre**. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.; SOUZA, J. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. **R Enferm UERJ**, v. 16, n. 1, p. 39-45, jan./mar. 2008.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de Integração da Rede Assistencial em Saúde Mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.2, p. 334-345, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 out. 2015.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### 1- Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_ anos.

Sexo: ( ) M            ( ) F

Outras informações: \_\_\_\_\_

### 2- Roteiro da Entrevista Semiestruturada

- A) Fale como foram suas vivências de tratamento relacionadas a sua doença mental.
- B) Comente sobre os serviços que você frequentou.

**APÊNDICE B – PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP/HCPA**

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 160071

**Data da Versão do Projeto:** 12/02/2016

**Pesquisadores:**

AGNES OLSCHOWSKY

NATHALIA DUARTE BARD

**Título:** AS VIVÊNCIAS DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

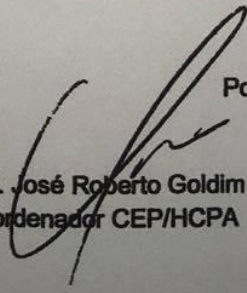
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 21 de março de 2016.

  
Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/HCPA

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

Título do Projeto: AS VIVÊNCIAS DE TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer as vivências de tratamento em saúde mental dos usuários da rede de saúde mental. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: uma entrevista individual que terá duração média de 30 (trinta) minutos, e compreenderá questões abertas sobre as vivências de tratamento em saúde mental. Esse nosso encontro será realizado em uma das salas de atendimento individual do CAPS e a entrevista será gravada para que depois possa ser transcrita. As gravações serão destruídas no prazo de 5 anos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Entretanto, você poderá sentir desconforto, pois as perguntas são sobre sua trajetória de tratamento em saúde mental. O tempo da entrevista também pode incomodá-lo. Em ambos os casos, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente.

Caso aceite participar da pesquisa, você não terá nenhum benefício diretamente, porém poderá contribuir para o conhecimento sobre este assunto e os resultados da pesquisa poderão beneficiar outras pessoas no futuro.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Esclareço que não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Agnes Olschowsky, pelo telefone (51) 96538685, com a pesquisadora Nathália Duarte Bard, pelo telefone (51) 85852225, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do pesquisador

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.