

Alta e cuidado no Caps I: o que mostram os prontuários?

Discharge and Care at CAPS I: What the Medical Records Show?

Alta y atención en Caps I: ¿qué muestran los registros médicos?

Carina Furlaneto Frazatto¹

Resumo

Neste artigo, discute-se o cuidado efetivado em um Centro de Atenção Psicossocial I (Caps I), localizado em um município paranaense. Para tanto, realizou-se o levantamento de dados em prontuários de usuários que receberam alta em 2015 e foram acompanhados por períodos de um até 11 anos. Como resultado, identificou-se que o processo de cuidado envolveu um amplo conjunto de intervenções, porém os critérios para alta mantiveram-se restritos à melhora dos sintomas. Observou-se que, após ingressar no Caps, o índice de internação psiquiátrica dos usuários é muito baixo, mas, antes disso, o histórico de internação no hospital psiquiátrico esteve presente em cerca de metade dos casos. Constatou-se, portanto, possibilidades e fragilidades do Caps em se constituir como um serviço substituto ao hospital psiquiátrico. E, por fim, problematizou-se o conceito e a prática da alta nos Caps.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Alta do paciente. Reforma psiquiátrica. Saúde mental.

Abstract

It is discussed the care realized in a Center for Psychosocial Care – CAPS I, from Paraná state, Brazil. For that, it was realized the collection of data in medical records of users, who were discharged from CAPS I, in 2015, and have been treated for periods between one and eleven years. As results, it was identified that the care process involved a range of interventions, however, the criteria for discharge were connected only to the improvement of the symptoms. It was observed that after joining the CAPS, the psychiatric hospitalization rate of users is low, but, before that, the history of hospitalization in the psychiatric hospital was present in about half of the cases. It was found possibilities and fragilities of the CAPS in constituting a substitute service to the psychiatric hospital. Finally, it was problematized the concept and the practice of the discharge from the CAPS.

Keywords: Center for Psychosocial Care (CAPS). Patient discharge. Psychiatric reform. Mental health.

Resumen

Se discute el cuidado realizado en un Centro de Atención Psicossocial I (Caps I), en el estado de Parana, Brasil. Para esto, se recopilieron datos de expedientes clínicos de usuarios a los que se habían dado el alta, en 2015 y estuvieron en monitoreo por uno hasta once años. Como resultados, se identificó que el proceso de atención involucraba una amplia gama de intervenciones, pero, los criterios para el alta permanecieron conectados solo a la mejora de los síntomas. Se observó que, después de unirse a Caps, la tasa de hospitalización psiquiátrica de los usuarios es muy baja, pero, antes de eso, la hospitalización en el hospital psiquiátrico estaba presente en aproximadamente la mitad de los casos. Por lo tanto, se encontraron posibilidades y fragilidades del Caps em constituirse

¹ Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora adjunta da Universidade Estadual de Maringá. Email:caryfrazatto@hotmail.com

Frazatto, C. F. Alta e cuidado no Caps I: o que mostram os prontuários?

como un servicio sustituto al hospital psiquiátrico. Finalmente, se cuestionó el concepto y la práctica del alta en Caps.

Palabras clave: Centro de Atención Psicosocial (Caps). Alta del paciente. Reforma psiquiátrica. Salud mental.

Este texto tem como objetivo discutir o cuidado efetivado em um Centro de Atenção Psicossocial I (Caps I), apresentando possibilidades e desafios relacionados ao procedimento de alta nesses serviços, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O Caps teve sua primeira unidade inaugurada oficialmente em 1986, na cidade de São Paulo, com a proposta de ofertar um serviço de saúde mental às pessoas em sofrimento psíquico grave, que, embora necessitassem de uma atenção intensiva e diversa, acabavam por ter sua assistência vinculada, exclusivamente, ao hospital psiquiátrico (Yasui, 1989). A partir dessa primeira experiência, outros serviços similares surgiram e o Caps foi incluído na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992; alcançou algumas reformulações na Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002; e, em 2011, foi definido pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, como um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Nesse mesmo ano, passou a contar com financiamento mensal fixado pela Portaria n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011.

Atualmente, os Caps apresentam-se em diferentes modalidades, de acordo com o público-alvo e critérios populacionais, os quais vão ditar o tamanho da equipe e da população adstrita. Orientados por essa organização, existem os Caps I, II, III, voltados ao atendimento de usuários com transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas; e os Caps direcionados a populações específicas, quais sejam, as unidades que acolhem a demanda infantojuvenil e aquelas direcionadas a lidar exclusivamente com os problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas. Para essa demanda, foram também criados os Caps ad IV, por meio da Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

Após mais de 30 anos da inauguração do primeiro Caps, já foram habilitadas mais de 2.730 unidades no país (Ministério da Saúde, 2020) e inúmeros estudos foram realizados, tendo como objetivo avaliar a assistência ofertada nesse serviço. Em todos esses anos, a rede de atenção à saúde mental sofreu modificações: muitos serviços foram criados, implantados e implementados; reduziu-se o número de leitos em hospitais psiquiátricos; e buscou-se repensar as formas de cuidado.

Essas discussões levaram à defesa de que a assistência realizada pelo Caps não é feita de forma isolada, e sim deve ser compartilhada com os outros serviços de saúde mental que compõem a Raps. Nessa direção, compreende-se que o Caps “Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda... no território” (Pitta, 2011, p. 4585).

Diante dos avanços e desafios que envolvem o cuidado realizado pelo Caps, este estudo centra sua atenção para o lugar que a alta ocupa nesse serviço. Embora, historicamente, ela emergja como um procedimento ligado a aspectos biomédicos, para Pinheiro (2009), estudar a alta nos Caps permite construir uma análise da Reforma Psiquiátrica. Para o autor, o procedimento de alta nos Caps expressa a complexidade e as contradições que envolvem o cuidado em saúde mental. Assim, por um lado, quando é “dada” ao usuário, sem sua efetiva participação, se aproxima das características de um tratamento manicomial, pois é o outro quem decide, ou seja, não há produção de autonomia, mas sim de tutela. Por outro lado, quando realizada seguindo um processo que privilegia o modo de atenção psicossocial, pode favorecer a avaliação dos resultados alcançados, bem como se constituir em um dispositivo que retrata o movimento do usuário para além de sua

participação no Caps, ao mesmo passo em que pode demonstrar o papel ativo de uma rede de serviços que dê suporte e continuidade ao acompanhamento (Pinheiro, 2009).

Nesse sentido, com o estudo da alta, problematiza-se a consonância entre o cuidado ofertado no Caps e o modo de atenção psicossocial. Este, pensado a partir de críticas sobre o modo asilar de assistência em saúde mental, apresenta práticas inovadoras, baseadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Dentre suas principais características, está o rompimento da visão puramente orgânica e biológica perante o sofrimento psíquico, dos mitos de periculosidade, da centralidade dada aos sinais e sintomas, propondo-se, portanto, tecnologias de cuidado que envolvam escuta, acolhimento, participação e implicação do usuário no tratamento. Seu objetivo, mais do que remover o sofrimento a qualquer custo, é compreendê-lo no contexto da vida do usuário e de suas relações com o mundo a sua volta. Ao se orientar por esse ponto de vista, os serviços de saúde mental se constituem como lugares capazes de proporcionar momentos de fala e de escuta, particularmente por meio de intervenções que facilitem esse processo, como as assembleias e os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A organização do trabalho prevê a participação de toda a equipe e sob a forma mais horizontalizada possível (Costa-Rosa, 2000).

Opondo-se a tais aspectos, normativas aprovadas nos últimos anos retomam propostas que privilegiam o modelo baseado na patologia e no isolamento, investindo no financiamento de hospitais psiquiátricos, resgatando o uso de eletrochoques, dentre outros retrocessos (Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017; Nota Técnica n. 11, de 4 de fevereiro de 2019). Em um momento no qual os princípios da atenção psicossocial até então previstos na Política Nacional de Saúde Mental são ameaçados, torna-se

primordial revisar os avanços, conquistas e dificuldades da concretização do cuidado em liberdade, tendo como foco o Caps.

Procedimentos metodológicos

Este estudo teve como recorte metodológico o levantamento de dados em prontuários de um Caps tipo I, localizado na cidade de Marialva, no norte do estado do Paraná, com população estimada de 35.804 mil habitantes. Distante da capital do estado mais de 400 km, o município é conhecido como “capital da uva fina”, e sua população ocupa-se sobremaneira em atividades relacionadas à agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura, bem como outras atividades econômicas com menor impacto local, como indústria de transformação, comércio e construção (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IparDES, 2021).

À época da pesquisa, a Raps desse município era formada pelos seguintes componentes: oito equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), equivalente à cobertura de aproximadamente 80% da população, em termos de atenção básica; e um Caps tipo I, com 14 profissionais atendendo cerca de 130 usuários adultos por mês, cujas demandas eram, em sua maioria, relacionadas ao sofrimento psíquico grave, enquanto 30% tinham relação com problemas derivados do uso de álcool, crack e outras drogas. Para casos de crise, havia a Emergência Psiquiátrica localizada no município polo da região, com 26 leitos, os quais serviam como referência para uma população de mais de um milhão e trezentos mil habitantes. Durante o período pesquisado, parte dos casos recebidos pela Emergência era direcionada ao hospital psiquiátrico, com 240 leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), instalado no município polo da região.

No tocante ao levantamento de dados, a pesquisa contou com a aprovação do Comitê de Ética, segundo o parecer

vinculado ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE 50887015.0.0000.5482.

Foram considerados os prontuários de usuários que haviam recebido alta do Caps em 2015. Obteve-se um total de 73 casos, dos quais foram excluídos 32 por não conterem informações suficientes ou apropriadas para as análises propostas nesta pesquisa. Assim, analisaram-se 41 prontuários, que foram apreciados em sua totalidade e resultaram em um perfil de usuários caracterizados, sobretudo, por homens e mulheres na faixa dos 41 a 70 anos, solteiros, com baixa escolaridade e ocupação pouco definida.

Priorizaram-se a análise e apresentação dos dados organizados em temas comuns, não enfocando um sujeito em particular, preservando o sigilo e a confidencialidade dos casos.

Inicialmente, são apresentadas características relativas ao processo em que a alta foi concretizada, apontando sua relação com o conjunto de intervenções realizadas e com a duração do acompanhamento. Em seguida, são feitos apontamentos sobre o caráter substitutivo do Caps, considerando os dados sobre internações psiquiátricas e a respeito da articulação entre Caps e atenção básica. Cada um dos temas será analisado tendo como referência a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e a produção acadêmica sobre o assunto.

Dilemas da alta do Caps

Nos prontuários pesquisados, foi possível observar que a alta se constituiu em uma decisão tomada em reunião de equipe, tendo sido, em sua maioria, comunicada ao usuário pelo médico, durante a consulta psiquiátrica. Em alguns casos, gerou resistências por parte de usuários e familiares, que temiam o surgimento de novas crises e tinham receios de se deparar com a falta de recursos necessários, não conseguindo acessar o Caps no futuro. Além disso, os

dados apontaram que o uso continuado de medicação psiquiátrica e a melhora dos sintomas foram os principais assuntos tratados no momento da alta, constituindo-se em critérios que corroboravam para a efetivação desta. Esses critérios estavam ligados à sintomatologia apresentada na queixa inicial, sendo avaliada sua estabilidade, ou seja, a melhora do quadro presente no momento da procura pelo tratamento e a remissão dos sintomas ora apresentados.

Esse é o entendimento clássico quanto ao êxito do tratamento em saúde mental. Já na atenção psicossocial, essa noção é ampliada, visto que se objetiva olhar para a pessoa, não somente para a doença, considerando sua vida e seu contexto. A melhora, nesse âmbito, deve contemplar aspectos que expressem a circulação social do usuário, seus vínculos, enfim, a possibilidade de que ocupe um novo lugar social (Coneglian, 2011).

No estudo aqui relatado, foi possível constatar que, na maior parte dos casos, as características sobre as quais a alta foi efetivada mantiveram-se ligadas aos aspectos biomédicos, porém, é preciso ponderar que uma leitura longitudinal do prontuário mostra intervenções que não se restringiam ao alívio dos sintomas, mas buscavam cuidar dos usuários em sua integralidade, como descrito a seguir.

Esses aspectos demonstram que a questão da alta, no âmbito do cuidado efetivado pelos Caps, representa mais uma das tensões entre o modelo biomédico e o modelo de atenção psicossocial. Conforme aponta Belotti (2019), esses dois paradigmas coexistem e competem entre si, buscando reafirmar seus pressupostos, sendo que, nesse contexto de contradições e ambiguidades, cumpre apresentar a novidade do paradigma emergente e reforçar suas possibilidades.

O conjunto das intervenções

As referências à Reforma Psiquiátrica brasileira estão repletas da

defesa quanto à luta em prol de um lugar social para a loucura que não seja de isolamento e segregação, e sim um lugar que acolha a diversidade, a diferença, no qual o usuário em sofrimento psíquico possa circular socialmente e ser cuidado em liberdade (Amarante, 2007; Yasui, 2010). Um lugar social que não se resume ao cotidiano e aos muros de um Caps, como caracterizou Coneglian (2011 p. 141), “Um lugar que acolha os sujeitos em suas especificidades. Um lugar em que a crise seja possível. Um lugar social, ou seja, que se esparrame pelo território, e não fique circunscrito a um ou outro serviço de saúde mental”. Para que tudo isso se concretize, é preciso um conjunto variado de intervenções voltadas aos usuários, capazes de atendê-los em suas singularidades, complexidades e de modo integral.

Neste estudo, realizou-se um levantamento das intervenções alavancadas pelo Caps pesquisado, durante todo o acompanhamento com os usuários. Observou-se que tais ações envolveram o âmbito clínico, tais como consulta com psiquiatra, psicólogo, enfermeira e ações que visavam intervir no âmbito social. Foram encontrados registros de encaminhamentos e de acompanhamento dos usuários, no que se refere à garantia de direitos, relacionados aos benefícios sociais, moradia, trabalho, bem como ações que visavam estimulá-los à capacitação profissional, à cultura e ao lazer, e fornecer direcionamentos para a rede de serviços intersetoriais.

Tal amplitude e variedade de intervenções, presentes nos casos estudados, dão sinais de que o cuidado ofertado pelo Caps, em parceria com a Raps, em dadas situações, é capaz de extrapolar o sujeito e de se ocupar de suas relações com a família, a sociedade e com o território, ultrapassando as intervenções voltadas aos aspectos clínicos e alcançando os aspectos sociais. Com isso, supera-se a noção de que o cuidado em saúde mental fica restrito às questões ‘psis’, ou seja,

àquelas relacionadas aos sintomas e queixas. Assim, embora durante a alta os critérios tenham permanecido focado na sintomatologia e em questões biomédicas, constata-se que, durante o processo completo de acompanhamento, a assistência se estendeu para além desses aspectos.

Esse fator foi favorecido pela interdisciplinaridade que acompanhou a maior parte das ações, mostrando que diferentes saberes, ao atuarem no planejamento e na execução dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), contribuem para abranger a multiplicidade de determinantes, que incidem sobre o cuidado em saúde mental. Com isso, constatou-se que a Reforma Psiquiátrica não se reduz a uma mudança apenas no discurso em relação à loucura, mas que sua concretização tem contribuído para a transformação na vida das pessoas, fornecendo respostas concretas às necessidades dos usuários, ajudando-os a ter acesso a direitos, a construir espaços de capacidade e a circular pelo território onde vivem.

A duração do acompanhamento

Para Bezerra Júnior (2001), em saúde mental, é impossível estabelecer uma quantidade de tempo única e adequada para o tratamento, uma vez que o período necessário dependerá das características pessoais, do quadro clínico e da gravidade da doença. No caso do cuidado desenvolvido nos Caps, Coneglian (2011) afirma que o tratamento não é algo pontual, mas longo, o que inviabiliza índices elevados de alta e fluxos da demanda. Ainda assim, a autora alerta que os Caps podem estar fixando o usuário ao serviço.

Por sua vez, esta pesquisa identificou que a duração do acompanhamento realizado pelo Caps se manteve entre um e quatro anos, porém em alguns casos chegava a 11 anos. Destaca-se que esse serviço foi inaugurado em

2004, ou seja, aqueles cuja alta se deu em 2015, depois de 11 anos, estavam vinculados ao Caps desde o início de suas atividades. Não foram encontrados prontuários de pacientes que receberam alta com menos de um ano de acompanhamento.

Na literatura internacional, a discussão sobre a duração do acompanhamento para usuários com transtorno mental grave tem sido associada ao atendimento imediato da crise. Autores defendem a necessidade de assistência nas primeiras 24 horas após contato da família, ou do usuário, com o serviço de saúde. Eles consideram que, para cada cinco dias sem tratamento, há um acréscimo de dois a quatro meses de tratamento posterior (Seikkula *et al.*, 2006).

A imediatividade ou não do atendimento também é determinante para o prognóstico do caso e para se evitar que o quadro inicial seja transformado em uma doença crônica, cujos sintomas e agravos se prolongam ao longo do tempo. Além desse aspecto, há o alerta para que os serviços substitutivos de saúde mental não reproduzam a cronificação, por meio da maneira com que estabelecem suas relações com o usuário e exercem o cuidado. Na abordagem apresentada por Seikkula *et al.* (2006), baseada no diálogo com a família, no trabalho em rede e no acompanhamento domiciliar a casos graves, os resultados apontaram que, depois de 5 anos, 86% dos usuários pesquisados haviam retomado seus estudos ou empregos e apenas 14% recebiam pensão por incapacidade.

Contrariamente, neste estudo, apenas 10 dos 41 usuários pesquisados não recebiam benefícios sociais ou previdenciários e, destes, somente dois trabalhavam formalmente. Dentre os demais, 13 recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), três recebiam auxílio-doença, seis eram aposentados por invalidez, cinco recebiam aposentadoria por idade ou por tempo de contribuição e quatro recebiam pensão de familiar. Ainda

que não seja possível diferenciar se a condição social de estar às margens do trabalho formal foi instalada após o agravamento do sofrimento psíquico ou se preexistia, trata-se de um dado relevante.

A questão, portanto, não seria estabelecer um tempo fixo de tratamento ou julgar que um período é longo ou curto demais, e sim considerar dois pontos que interferem diretamente no tempo e na qualidade da assistência prestada. O primeiro refere-se ao fato de que o sofrimento psíquico pode vir perpassado por uma série de questões que vão além da sintomatologia e exigem uma gama de ações que não ficam restritas à remissão dos sintomas, tornando o cuidado em saúde mental ainda mais complexo. O segundo ponto diz respeito à necessidade de repensar as práticas desenvolvidas no interior dos serviços substitutivos para que elas não sustentem o lugar de isolamento que historicamente coube às pessoas em sofrimento psíquico. Para isso, é preciso que os serviços sejam capazes de promover um cuidado em liberdade, que estimule a autonomia e rompa com a normalização e a disciplina; bem como implementar formas de proporcionar cuidado integral e acesso permanente a diferentes pontos de apoio da rede de atenção, conforme as necessidades dos usuários, de modo que um dos resultados seja o fim da internação no manicômio e a construção de um novo lugar social para a loucura.

Caps: um serviço substituto ao hospital psiquiátrico

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o Caps foi criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos e direcionado a pessoas em sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência exija um cuidado intensivo, diário, aberto e comunitário. Especificamente os Caps tipo I, como o enfocado neste estudo, são implantados em municípios com população acima de 15 mil habitantes e visam atender “[...] pessoas com transtornos mentais

graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias” (Portaria n. 3.088, 2011). Para tanto, deve contar com profissionais de diferentes áreas e fazer um trabalho articulado com a Raps.

Contudo, a instalação de um Caps em determinado território não garante que a assistência será realizada sob a orientação da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em liberdade. É preciso estar atento para que novos serviços de saúde mental não reproduzam as mesmas práticas do manicômio, isto é, práticas esvaziadas, nas quais não há lugar para o sujeito, para seu sofrimento e para a expressão do diferente que nele habita (Amarante, 1998). Também é importante observar se o Caps, assim como outros dispositivos de atenção à saúde mental, de fato, tem conseguido se configurar como substituto aos hospitais psiquiátricos, ou apenas complementá-los, tornando-se um serviço paralelo, que alimenta as internações e é por elas alimentado, criando um círculo de cuidados que ainda passa, necessariamente, pelo manicômio.

As internações psiquiátricas

Os dados provenientes deste estudo, a respeito das internações psiquiátricas, permitem refletir sobre o alcance do Caps no que tange a sua capacidade em se constituir como um serviço substituto aos hospitais psiquiátricos. Dentre os 41 prontuários pesquisados, 18 se referiam a casos em que o usuário jamais havia passado por internação psiquiátrica, enquanto outros 21 continham histórico de tais internações, com datas anteriores ao início do acompanhamento no Caps e cuja quantidade variava de uma a sete vezes, ou mesmo a “várias internações”, sem especificar o número delas. Em dois prontuários, não foram encontrados registros referentes à presença ou à ausência de internação psiquiátrica.

A identificação de usuários que nunca estiveram no hospital psiquiátrico permite considerar, tal como afirma Amarante (2017), que o novo modelo de saúde mental implantado no país, além de promover a desinstitucionalização de muitas pessoas que viviam nos manicômios, possibilitou que muitas outras deixassem de lá entrar, por já receberem cuidados no território. Associada a essa questão, é preciso destacar que os dados levantados neste estudo a respeito das classificações diagnósticas mostraram que o público pesquisado se referia a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Esse, segundo o Ministério da Saúde (2004), é o público-alvo do Caps, cuja assistência foi, historicamente, realizada apenas pelos hospitais psiquiátricos e que, no serviço pesquisado, tem sido acompanhado, em parte dos casos, sem a necessidade de internações em hospitais psiquiátricos.

Durante o período pesquisado, observou-se que, quando há situações de crise dos usuários desse Caps, a Emergência Psiquiátrica do município polo da região ao qual o Caps estudado pertencia exercia uma função importante. Isso porque, ao levantar detalhes sobre as internações psiquiátricas realizadas depois do início do acompanhamento no Caps, identificou-se que elas estavam presentes em apenas três dos 41 prontuários analisados, constituindo-se em internações de curta duração e realizadas na Emergência Psiquiátrica e não no hospital psiquiátrico. Ou seja, uma vez acompanhado pelo Caps, o usuário não chegou a ser reinternado no manicômio.

A Emergência Psiquiátrica citada, ainda que com uma capacidade reduzida de leitos, conseguia fazer um filtro dos casos e evitar que usuários fossem encaminhados de forma generalizada para o hospital psiquiátrico da região. Dessa forma, como afirmam Barros, Tung e Mari (2010), exercia um importante papel na regulação da rede e na organização do fluxo das internações, cumprindo sua função de

estabilização clínica e suporte psicossocial, não se limitando ao encaminhamento para internação manicomial.

No entanto, apesar das potencialidades descritas, a Deliberação n. 10 (Maringá-PR, 2016) definiu um novo fluxo de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas na Regional de Saúde ao qual o município de Marialva-PR está vinculado. Tal deliberação foi derivada do estabelecimento da Central Reguladora de Leitos no âmbito da saúde mental, um órgão responsável por avaliar, processar e encaminhar os usuários com base na capacidade de vagas disponíveis nas unidades prestadoras de serviços (Paraná, 2016).

Com isso, os leitos da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá-PR ficaram restritos a apenas dois municípios, enquanto os casos de urgência provenientes do município de Marialva-PR foram submetidos aos leitos disponíveis na Central Reguladora de Leitos do estado do Paraná, situados em Hospitais Psiquiátricos de todo o estado. Foi iniciado, assim, um processo no qual os usuários são encaminhados para qualquer hospital do estado do Paraná, chegando a ser internados a mais de 500 km de sua residência. Essa distância dificultava a manutenção dos vínculos familiares e sociais, bem como o acesso a essas instituições por parte das equipes dos serviços localizados no território de origem do usuário, prejudicando o trabalho em rede e o matriciamento dos casos, retrocedendo na efetivação do cuidado em liberdade (Conselho Municipal de Saúde, 2016). Esses aspectos demonstram que a aprovação de textos legislativos, capazes de trazer avanços e garantias às pessoas em sofrimento psíquico, pode, paradoxalmente, se constituir como armadilha ao desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, permitindo certos retrocessos, como esses desencadeados pelo estabelecimento da Central Reguladora de Leitos.

Ainda no que tange às internações psiquiátricas, destaca-se que aproximadamente metade dos casos chegou ao Caps pesquisado com histórico de internações em hospitais psiquiátricos. Esse é um dado significativo ante a busca pela concretização do cuidado em liberdade. Ainda que algumas dessas internações possam ter ocorrido antes da implantação do Caps e da Raps, o hospital psiquiátrico não ficou no passado, prova disso é o número de leitos existentes no país, que se aproxima a 20 mil, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2018). Outrossim, medidas que visam incrementar o valor das diárias dos hospitais psiquiátricos, propostas na Nota Técnica n. 11, de 4 de fevereiro de 2019, reforçam a necessidade de resistir, persistir e avançar na luta por substituir essa forma de assistência.

A parceria com a atenção básica

A despeito da necessidade de um trabalho integrado entre Caps e ESF, a presente pesquisa indica dificuldades para sua concretização.

Nesse sentido, analisou-se como foi feito o contato entre Caps e Raps para comunicar sobre a alta, em cada um dos prontuários pesquisados. Verificou-se que, em dois prontuários, a comunicação com a rede foi feita por um profissional do Caps, telefonando para um agente comunitário de saúde (ACS). Em outros 12 casos, identificou-se que o contato se deu por meio de uma extensa lista de pacientes entregue a todas as equipes da ESF. Embora nem todos os prontuários contivessem o registro do contato realizado por meio da lista, durante a pesquisa obteve-se acesso a ela, e por meio do cruzamento dos dados chegou-se a esse resultado. Nos demais 27 prontuários, não havia qualquer registro referente ao contato do Caps com a Raps, por ocasião da alta.

Observou-se, assim, que o contato direto com a Raps como uma das medidas

relacionadas à alta do usuário pouco foi encontrado nas anotações dos prontuários. Contudo, em alguns casos, tal comunicação foi desenvolvida por meio de encaminhamentos entregues nas mãos dos usuários do Caps, para que eles se dirigissem a outros serviços da Raps. Foram encontradas cópias de tais encaminhamentos nos prontuários pesquisados. Do total de 41 prontuários, 27 deles continham encaminhamentos para UBS ou ESF, quatro deles para o ambulatório de psiquiatria e um para psicoterapia. Em nove prontuários, não encontramos registros ou cópias de encaminhamentos.

Ainda no que se refere à relação entre Caps e Raps no momento da alta, observamos que, dentre os assuntos tratados e registrados na alta do usuário, a necessidade de acompanhamento na Raps foi frequentemente mencionada, ao mesmo passo em que eram dadas orientações relativas à participação nos grupos de saúde mental e demais atividades propostas pela ESF. Entretanto, a falta de contato com a rede de atenção pode favorecer para que o caso se perca, pois, ainda que seja fornecido o encaminhamento, não há garantias de que a alta do usuário será conhecida pela equipe que realiza seus cuidados na Atenção Básica.

Aliás, o usuário e sua vulnerabilidade na saúde mental nem sempre são conhecidos pela equipe. Constatou-se que, dos 41 casos analisados, apenas seis foram provenientes de encaminhamentos feitos da ESF para o Caps. Ou seja, não só o fato de o usuário ter recebido alta do serviço pode ser ignorado na Atenção Básica, mas o próprio usuário, por vezes, pode ser um desconhecido das equipes que lá atuam. Assim, muitos casos de saúde mental podem passar “despercebidos” no território se não houver um trabalho de troca e matriciamento constantes entre o Caps e a ESF.

Além disso, ao detalhar a origem dos encaminhamentos, visualizam-se outras evidências. Além dos seis casos com encaminhamentos provenientes da ESF, os demais traziam encaminhamentos provenientes do hospital psiquiátrico (seis), do Pronto Atendimento (quatro), da Emergência Psiquiátrica (três), do ambulatório de psiquiatria da cidade (dois) e de serviços de saúde de outros municípios (dois). Ainda houve encaminhamentos singulares feitos por psicoterapeuta e neurologista, além de registro de busca espontânea por parte de um usuário. Outros 15 prontuários não continham tal dado. Essas informações levam a entender que há uma dificuldade do Caps em identificar e acolher o usuário, sem que ele tenha passado por outros serviços especializados, incluindo os hospitais psiquiátricos, que, a propósito, encaminharam ao Caps, na mesma proporção que a ESF o fez.

Ocorre que o Caps só pode ser tido como um serviço substituto do hospital psiquiátrico se for capaz de impedir o fluxo das internações nas instituições psiquiátricas. Para isso, conforme aponta Amarante (2007), é necessário haver uma integração entre o Caps e outros pontos de atenção da Raps e da rede intersetorial, superando dificuldades semelhantes às mencionadas quanto à parceria entre ESF e Caps.

A integração do Caps com outros serviços é também importante para que o Caps não seja o único lugar frequentado pelos usuários. Nos prontuários pesquisados, havia relatos de dificuldade em integrar os usuários em atividades externas ao Caps. Também havia registro de queixas quanto à garantia da continuidade do cuidado, quando o usuário não estava mais vinculado ao serviço. Faltavam lugares de acolhimento e mesmo de tratamento, incluindo queixas do usuário de não conseguir agendar consultas de revisão, nem ter acesso aos seus medicamentos, a não ser por via do Caps. Além disso, alguns usuários diziam que “o

Caps é tudo para mim” ou que “o Caps é minha vida” (trechos retirados do documentário produzido por Baio & Santana, 2013), o que pode demonstrar dificuldades de eles verem a vida para além desse serviço.

Esse é um problema que precisa ser enfrentado no âmbito da Reforma Psiquiátrica, ou seja, quando se almeja que o Caps seja um serviço substituto ao hospital psiquiátrico, não significa que ele deve ser substitutivo a ponto de circunscrever a vida do usuário a ele, usando de funções custodiais, se valendo das velhas práticas e isolando o usuário no âmbito de suas intervenções. A Reforma Psiquiátrica defende que os serviços substitutivos sejam abertos, o que implica a liberdade do usuário em acessá-lo de acordo com suas necessidades, e que as relações estabelecidas com ele possam ser flexíveis e negociáveis. Do mesmo modo, sua permanência no Caps deve seguir esses critérios, ser construída e desconstruída, conforme as singularidades de cada caso e de acordo com as potencialidades do território, mas sempre visando à ampliação de sua circulação e evitando seu isolamento.

A viabilidade da alta frente à supremacia do cuidado

Ao discutir o cuidado efetivado pelo Caps I, tendo como foco a questão da alta, este texto reforçou a necessidade de que a assistência em saúde mental não se restrinja a somente um ponto de atenção da Raps, mas seja feita de variadas formas e intensidades, nos diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial.

Considerando que a alta, muitas vezes, é concretizada como um procedimento que formaliza a passagem do usuário de um serviço para outro, conclui-se que nos limites desses parâmetros ela deveria se tornar um ato dispensável. Isso porque, na lógica da atenção psicossocial, cada usuário deve receber o cuidado que precisa, em diferentes serviços e de

maneira constante, sem a necessidade de um procedimento que demarque sua transferência entre os distintos pontos de atenção. O conceito de alta torna-se, assim, antagônico à ideia de trabalho em rede, isto é, se o trabalho em rede funciona, e quanto mais efetivo ele é, acontecendo de forma permanente e fluida, menos a alta se torna um procedimento formalmente necessário.

Para tanto, é preciso assegurar que o território, com os pontos de atenção da Raps e os serviços da rede intersetorial, favoreça lugares de acolhimento, de cuidado, de convivência e de garantia de direitos permanentes. Isso implica estar atento à maneira com que são concretizadas as práticas de cuidado, incluindo a problematização sobre a alta nos Caps. E, sobretudo, no contexto atual ante os constantes ataques aos serviços substitutos, trata-se de lutar para que esses serviços continuem existindo, demonstrando seus alcances, assumindo e superando suas limitações e contribuindo na defesa das políticas públicas.

Referências

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed. rev.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2017). *Sessão solene em homenagem ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial*. 17 de maio de 2017, intervenção de Paulo Amarante. Brasília-DF: Câmara dos Deputados. Recuperado em 7 janeiro, 2018, de https://www.youtube.com/watch?v=_vu4km64EI0.
- Baio, R., & Santana, D. (2013). *Salvando vidas* [documentário-vídeo]. Maringá: Disciplina de videodocumentário, Comunicação Social com habilitação em jornalismo das Faculdades Maringá. Orientação: professora Valdete da Graça. 15 min. color. son.

- Barros, R. E. M., Tung, T. C., & Mari, J. J. (2010). Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 571-577.
- Belotti, M. (2019). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família: potencialidades, desafios e impasses para a afirmação de um paradigma emergente em saúde*. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo.
- Bezerra, B., Júnior. (2001). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In N. R. Costa & S. A. Tundis (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (7ª ed., pp. 133-169). Petrópolis: Vozes.
- Coneglian, L. A. G. (2011). *Além da remissão dos sintomas?: Reforma Psiquiátrica e Caps na região dos Campos Gerais-PR*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná.
- Conselho Federal de Psicologia (2018). *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*. Brasília: CFP.
- Conselho Municipal de Saúde (2016). *Relatório do Conselho Local do Hospital Psiquiátrico de Maringá: Relatório de verificação de 12 de setembro de 2016*. Maringá, PR: Conselho Municipal de Saúde de Maringá, PR.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz. Loucura & Civilização collection (pp. 141-168). Recuperado em 1º dezembro, 2017, de <http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>.
- Deliberação n. 10, de 13 de outubro de 2016*. (2016). Aprova o fluxo de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas na 15ª Regional de Saúde. Maringá-PR: Comissão Intergestores Bipartite Regional de Secretarias Municipais de Saúde da 15ª Regional de Saúde.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IparDES (2021). Caderno estatístico município de Marialva. Recuperado em 14, julho, 2021, de <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=86990&btOk=ok>.
- Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde (2020). *Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental*. Recuperado em 14, julho, 2021, de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>.
- Nota técnica n. 11, de 4 de fevereiro de 2019*. (2019). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 4 março, 2019, de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
- Paraná (2016). Superintendência de Atenção à Saúde. *Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde.. Recuperado em 27 novembro, 2017, de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716__2.pdf.
- Pinheiro, F. L. (2009). *O dispositivo alto nos Centros de Atenção Psicossocial/Caps: loucura, vida cotidiana e organização social*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação

- em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperado em 30 setembro, 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegi/s/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e republicada em 21 de maio de 2013 (2011/2013). 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: Ministério da Saúde. Recuperado em 22 setembro, 2014, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegi/s/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Portaria n. 3.089, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 21 julho, 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegi/s/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html.
- Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Estabelece as modalidades de Caps. Recuperado em 8 dezembro, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegi/s/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
- Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. (1992). Estabelece diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Recuperado em 17 abril, 2015, de <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=319>.
- Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. (2017). Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Recuperado em 2 janeiro, 2018, de http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx.
- Seikkula, J. *et al.* (2006). Five-Year Experience of First-Episode Nonaffective Psychosis in Open Dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-Up Outcomes, and Two Case Studies. *Psychotherapy research*, 16(2), 214-228.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Yasui, S. (1989). Caps: aprendendo a perguntar. In A. Lancetti. *Saúde Loucura* (pp. 47-59). São Paulo: Hucitec.

Recebido em: 23/3/2020

Aceito em: 18/10/2021



A revista PPP está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional