

A alta percebida por profissionais de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil

El alta percibida por profesionales de un centro de atención psicossocial infanto-juvenil

The discharge understood by professionals of child and adolescent psychosocial care center

Morgana Ieda Vanelli

Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria – RS/Brasil

ORCID: 0000-0003-3542-1297

E-mail: morgnavanelli@gmail.com

Felix Miguel Nascimento Guazina

Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria – RS/Brasil

ORCID: 0000-0002-1683-2317

E-mail: guazina@gmail.com

Resumo

Os Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis se constituem como um dispositivo de cuidado dentro da Rede de Atenção Psicossocial. O serviço atende crianças e adolescentes com demandas de cuidados em saúde mental e se integra ao Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, o trabalho tem como objetivo compreender o processo de alta no campo da saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil a partir de relatos dos profissionais da equipe que o compõe. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e utiliza entrevista semiestruturada para a compreensão do papel dos vinte profissionais de saúde mental na construção do processo de alta relacionado ao tempo prolongado de tratamento. Como resultados, foi possível perceber o papel central que a instituição assume na vida de crianças e adolescentes, responsabilizando profissionais nela inseridos quanto a construção da alta e de um processo de autonomia. Além disso, visualiza-se o papel fundamental e pouco explorado da rede e da família, além da escassez de investigações sobre o tema no cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Palavras-chaves: Saúde mental; Autonomia; Serviços de saúde mental; Infanto-juvenil.

Resumen

Los Centro de Atención Psicossocial Infanto-juveniles se constituyen como un espacio de cuidado dentro de la Rede de Atención Psicossocial. El servicio atiende a niños y adolescentes con demandas de cuidados en salud mental y es una parte integrante del Sistema Único de Salud. En esa perspectiva, el trabajo tiene como objetivo la comprensión del proceso de alta en el ámbito de la salud mental en un Centro de Atención Psicossocial Infanto-juvenil a partir de informes de los profesionales del equipo que lo compone. Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio y se utiliza entrevista semiestruturada para la comprensión del rol de los 21 profesionales del área de salud mental en la construcción del proceso de alta relacionado con el tiempo de tratamiento prolongado. En lo que se refiere a los resultados, se percibió que la institución se hace cargo de un rol central en la vida de niños y adolescentes, de manera a responsabilizar sus profesionales en lo que se

refiere a la construcción del alta y de un proceso de autonomía. Además, se visualiza el rol fundamental y poco explotado de la red y de la familia, más allá de la falta de investigaciones sobre el tema en el cuidado en salud mental para niños y adolescentes en sufrimiento psíquico.

Palabras clave: Salud mental; Autonomía; Servicios de salud mental; Infanto-juvenil.

Abstract

Child and Adolescent Psychosocial Care Centers constitute in a care device within the Psychosocial Care Network. The service receives children and adolescents with mental health care demands and part of the Unified Health System. In this perspective, this paper aims to understand the discharge process in the field of mental health in a Child and Adolescent Psychosocial Care Center through professionals reports that compose the

work team. The research is based on an exploratory qualitative character and uses semi-structured interviews to understand the role of twenty professionals of mental health in the construction of the discharge process related to prolonged treatment time. As a result, it was possible to perceive the central role that the institution assumes in the lives of children and adolescents, making professionals inserted in it responsible for the construction of discharge and a process of autonomy. In

addition, the fundamental and little-explored role of the network and the family is visualized, in addition to the scarcity of investigations on the subject in mental health care for children and adolescents in psychological distress.

Keywords: Mental health; Autonomy; Mental health services; Child and adolescents.

Introdução

O movimento da Reforma Psiquiátrica possibilitou levantar questões relacionadas às formas de cuidado, aos direitos sociais e humanos e à autonomia dos sujeitos com sofrimento psíquico (Amarante, 2015). No Brasil, o sujeito com sofrimento psíquico teve suas demandas de cuidado respondidas de forma insuficiente por meio do modelo manicomial até o século XX. Contudo, em abril de 2001, com a Lei 10.216, passou a haver o redirecionamento do modelo assistencial em saúde e se atentou para os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Brasil, 2004a).

No tocante aos cuidados em saúde, tal Lei aborda sobre a prioridade do tratamento terapêutico menos invasivo possível exercido na comunidade, visando alcançar a recuperação pela inserção familiar. Diante disso, em 2002, instituíram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Brasil, 2004b). Os CAPS possuem papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e favorecem a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se consolidou em 2011, com a Portaria 3.088, e tem como objetivo a criação de pontos de atenção para a população portadora de transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, a noção de cuidado ultrapassa o acompanhamento em serviços especializados e atinge a articulação da vida cidadã e com participação social, nas redes, territórios e dispositivos de cuidado formados nesses espaços (Brasil, 2011).

Nesse cenário, a infância e a adolescência tiveram um olhar direcionado à saúde mental com a implementação do CAPS Infanto-Juvenil (CAPSi), pela Portaria 336, de 2002. Os CAPSi operam visando ao atendimento de adolescentes e crianças com graves comprometimentos psíquicos e à organização da demanda de saúde mental no território de abrangência (Brasil, 2014).

A perspectiva de cuidado está voltada à melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes que apresentam autismo, neuroses graves, transtornos mentais e/ou uso de substâncias como álcool e outras drogas. O CAPS considera as demandas biológicas, psíquicas e sociais do sujeito a partir da compreensão de que estas não podem ser dissociadas para o cuidado em saúde (Brasil, 2014). O CAPSi apesar da particularidade do público infantil, instituiu-se com base nos princípios que regem os demais CAPS. Trata-se de um local comunitário de referência para pessoas com sofrimento mental com direcionamento à integração social e familiar, visando ao apoio na busca da autonomia pelo desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários (Brasil, 2004b).

Tais organizações de assistência convocam a necessidade de considerar que as práticas em saúde requerem mais do que medicamentos e terapia, mas também, intervenções sociais que possibilitem a interação do indivíduo com sua família e sociedade (Nunes et al., 2014). Além disso, a condução do cuidado com a complexidade da vida do sujeito, expandindo-a para além do transtorno, permite a construção de um espaço acolhedor com atenção integral nos locais de circulação, como é o caso de crianças e

adolescentes (Brasil, 2004b). A inclusão dos diferentes atores no tratamento do usuário possibilita a valorização de seu espaço de vida, de sua subjetividade e sua aproximação na elaboração do seu tratamento (Silva, Almeida, & Amato, 2019).

O CAPS ocupa, então, o lugar de mediador de laços sociais desse usuário ao envolver diferentes aspectos de sua vida e colocá-lo no protagonismo de seu tratamento, inclusive na condição de criança ou adolescente (Silva, Guazina, Pizzinato, & Rocha, 2019). A ferramenta de cuidado construída por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) inaugurou, no espaço do CAPS, o processo de validação do usuário como sujeito de direitos. Entende-se por PTS um amplo processo de construção de intervenções terapêuticas, aliando-se o olhar especializado da equipe com o desejo do usuário para envolver, dessa forma, possibilidades de reabilitação psicossocial e a construção de autonomia.

Reconhecido isso, é possível afirmar que o CAPS permite a construção ativa do usuário em seu tratamento e se configura como um serviço de produção de projetos de vida (Ribeiro, 2005). O olhar direcionado ao tratamento e também ao seu fim possibilita a ampliação do processo de reinserção social, evitando formas de institucionalização incongruentes com os avanços conquistados até então pela Reforma Psiquiátrica (Silva L. et al., 2019). A considerar a Reforma Psiquiátrica como um movimento de mobilização permanente, torna-se viável a constante análise dos processos de cuidado nesses espaços.

Estudos recentes sobre o processo de alta nos CAPS sugerem que a reinserção social, a melhora nas habilidades de enfrentamento e de funcionamento psicológico (Silva L. et al., 2019) assim como a desintensificação do cuidado e as mudanças percebidas nas trajetórias concretas de vida (Jesus, Jucá, & Nunes, 2018) são aspectos considerados para que ocorra a alta, do mesmo modo que os relacionados à subjetividade do tratamento do paciente a partir da especificidade do espaço de cuidado. Problematicar o processo de alta nos

CAPS faz-se necessário, a julgar o risco de dependência que ocorre quando não há uma compreensão do tratamento com início, meio e fim (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009). No contexto da saúde mental, é necessário um olhar mais cuidadoso com relação ao processo de alta, visto que, os CAPS foram instituídos para o trabalho sob o caráter aberto, o qual o usuário não necessita de agendamento para o atendimento e há a viabilização do trânsito pela instituição, no movimento de entradas e saídas (Brasil, 2014).

A partir disso, o presente artigo objetiva estudar o processo de alta em um CAPSi na perspectiva dos profissionais que compunham a equipe. A pesquisa é resultado do trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional pré-requisito para conclusão do programa. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental se caracteriza por uma pós-graduação *lato sensu* com aproximação a políticas públicas de saúde e, com a integração do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Baseia-se nos princípios e no contato com serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de necessidades locais e regionais. Inferiu-se a importância da ampliação dos conhecimentos sobre a temática nesse dispositivo e a construção de um processo de alta de forma mais palpável no âmbito da saúde mental. Dispõe-se, com o estudo, a análise sobre o significado do “fim” do tratamento em saúde mental, as possibilidades para uma possibilidade de cuidado extramuros e o processo de autonomia que ocorre através de uma construção possível de alta, aproximando tal estratégia de cuidado aos profissionais que realizam os cuidados das crianças e adolescentes do CAPSi em questão.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, tendo o propósito de “elucidar conceitos e ideias com a possibilidade de visualização geral acerca de um fato” (Gil, 2008, p. 46). A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados (Minayo, 2008) que considera a compreensão do

fenômeno a partir do seu contexto, ocorrendo, assim, a inserção do pesquisador para a análise dos diversos pontos de vista (Godoy, 1995).

O estudo ocorreu em um CAPSi localizado na região sul do país, a partir de dois anos de inserção através do Programa de Residência Multiprofissional. Teve como objetivo explorar a percepção dos profissionais de saúde que integram o serviço sobre o processo de alta em saúde mental. Para tanto, realizou-se entrevista semiestruturada com uma amostra por conveniência de vinte profissionais que atuavam no serviço e que possuíam contato direto com os usuários e com a construção conjunta dos Projetos Terapêuticos Singulares destes. Dentre os vinte componentes da equipe, e apenas um profissional se recusou a participar, o que não prejudicou a análise. A pesquisa se constituiu de quatro psicólogas, dois enfermeiros, um agente administrativo, uma arteterapeuta, três psicopedagogas, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, duas assistentes sociais, duas educadoras físicas e três psiquiatras.

A entrevista semiestruturada se desenvolveu através de sete perguntas que abrangeram o tempo do profissional na instituição, a compreensão deste sobre a construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários do serviço e seu papel na construção da autonomia e na possibilidade de alta do serviço. Incluiu-se a percepção subjetiva sobre a alta em saúde mental e a investigação sobre a discussão do tema perante a equipe. Além disso, foi considerada a importância da compreensão sobre como ocorre a alta de crianças e adolescentes usuárias do serviço e, quais são os fatores considerados para esse processo de desvinculação. Baseou-se no seguinte roteiro para a coleta dos dados: “há quanto tempo você trabalha no serviço?”, “você é concursado ou contratado?”, “pela sua experiência, como você avalia a construção do tratamento através do Plano Terapêutico Singular?”, “a partir disso, o que você entende por autonomia?”, “qual a sua compreensão sobre a alta em saúde mental?”, “o processo de alta em saúde mental é aspecto discutido no

serviço?” e “como você avalia o processo de alta por adolescentes e crianças no CAPSi? Há algum fator considerado imprescindível para tal?”.

Buscou-se, a partir disso, o conhecimento teórico e prático dos entrevistados acerca do tema, sem a necessidade de limitar-se à indagação formulada (Minayo, 2008). Os profissionais dispuseram de um ambiente acolhedor, sem julgamentos e que fomentou a necessidade de abordar sobre o tema da alta em saúde mental. O processo de coleta de dados realizou-se através da gravação das entrevistas priorizando a associação de ideais e a reflexão sobre a temática para além do roteiro pré-estabelecido, sendo dessa forma, transcritas de maneira subsequente. Adiciona-se ao processo de coleta e análise dos dados, a observação participante, que se refere à necessidade de contemplar o espaço social do interlocutor, fazendo parte do contexto daqueles os quais se estudam e se colocando no lugar do outro (Minayo, 2008). Sobre esse aspecto, a pesquisadora prezou pelo sigilo e pela receptividade das informações prestadas, ademais acredita-se que o processo de inserção de dois anos no serviço e de vinculação com a equipe foi fator facilitador para o desenvolvimento da temática.

O estudo seguiu as exigências do Ministério da Saúde e as normas e diretrizes da Resolução 466/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisa com seres humanos. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, essa foi submetida a aprovação do Comitê de Ética e aprovada através do parecer número 4.140.435. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e sua identificação nos instrumentos para a coleta dos dados foi descaracterizada, ou seja, cada participante foi identificado por números e não por seus nomes ou iniciais. A pesquisadora se responsabilizou pelo compromisso de manter o anonimato dos participantes e a utilização dos dados somente para fins de divulgação em eventos científicos e publicação em periódicos da área, garantindo absoluto sigilo sobre dados

e informações coletados dos pacientes e dos profissionais. Todos os participantes foram comunicados sobre a voluntariedade e possibilidade de desistência.

Sobre a análise dos dados, utilizou-se das falas dos atores sociais amparadas em seu contexto para melhor compreensão. E, como produto, se construiu uma sistematização das informações coletas e produzidas entre pesquisador-participantes, baseada na relação daqueles que desempenham a experiência a partir da realidade concreta vivida no serviço de saúde pesquisado. Este é conhecido como método dialético-hermenêutico proposto por Minayo (1992). A análise de dados consistiu-se de um estudo detalhado da contribuição manifesta dos participantes sob o panorama da compreensão da pesquisadora enquanto participante inserida na instituição. Nesse sentido, foi realizada uma leitura comprometida e exaustiva do material transcrito após uma reflexão crítica apoiada nos estudos teóricos e empíricos, clássicos e atuais da área. Foram construídas categorias para a sistematização da análise. Como instrumento, a análise de conteúdo norteou a sistematização das falas no primeiro momento, para então, incorporá-las características como: variáveis psicossociais, contextos culturais e processo de elaboração da mensagem (Minayo, 1992). Para tanto, utilizou-se da categorização baseada na relevância e na frequência do conteúdo, sendo possível agrupá-los em três categorias: “a dicotomia entre vinculação e autonomia do cuidado em saúde mental”, “o significado do ‘fim’ do tratamento em saúde mental” e “a alta como um percurso construído”. Diante disso, foi possível a descrição, inferência e interpretação de tais manifestações em um enquadramento específico. Para tanto, os resultados foram apresentados e discutidos de forma subsequente.

Resultados e discussão

No que concerne ao processo de construção da pesquisa, de um modo geral, os entrevistados demonstraram que a temática desperta dúvidas e inquietação. Percebe-se, no

CAPSi em questão, a característica da correlação entre a insuficiente discussão sobre final do tratamento com a dificuldade de um desenvolvimento autônomo no tratamento a crianças e adolescentes com demandas de sofrimento psíquico. Desse modo, buscou-se, como ponto de partida, a análise do relacionamento entre profissionais e usuários no tratamento em saúde mental como primeira categoria de análise.

A dicotomia entre vinculação e autonomia no cuidado em saúde mental

A caracterização das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos possibilitou uma incorporação mesmo que tardia de uma política de saúde mental direcionada a esse público. A concepção de sujeitos plenos, com a possibilidade de desenvolvimento, socialização, aprendizado, mas que também enfrentam situações de sofrimento e adoecimento mental é manifestada de forma recente, há 18 anos, a partir da III Conferência Nacional em Saúde Mental (Couto & Delgado, 2015).

Atenta-se aos dispositivos de cuidado quando “o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamentos” (Couto & Delgado, 2015, p.22). O reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e a valorização de seu desenvolvimento conduz o destaque para os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado, como a preservação de convívio com adultos acolhedores e o respeito a sua autonomia.

O olhar à multiplicidade de fatores do processo de saúde se materializa no papel do CAPSi com o cuidado integral de crianças e adolescentes em suas dimensões biológica, psíquica e social, assim como o trabalho intersetorial (Brasil, 2014). Intersetorialidade pode ser entendida como a utilização de práticas de saúde contextualizadas, relativas a problemas reais e sustentada por vários atores, estes que dizem respeito a trabalhadores,

usuários e comunidade (Tãno & Matsukura, 2019). Atividades essas que envolvem recursos humanos, financeiros, territoriais e políticos com o objetivo de alcançar os determinantes e condicionantes dos processos de saúde e também de adoecimento, para além dos muros das instituições de saúde, incidindo em condições de vida. Aspectos que ainda se tornam um desafio na realidade brasileira de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes (Tãno & Matsukura, 2019).

Nesse sentido, considerada a especificidade da demanda de atendimento do CAPSi, como casos graves e severos que estão para além de questões orgânicas e psíquicas, e, muitas vezes, envolvem vulnerabilidades psicossociais, percebe-se a importância da construção de um cuidado humanizado desde a entrada dos usuários no serviço até o processo de finalização deste cuidado. Tal cuidado abarca um ambiente acolhedor, o estabelecimento de vínculos solidários, a interação com as demandas subjetivas e sociais, assim como o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na sua produção de saúde (Brasil, 2010).

A aposta no sujeito se inicia na disponibilidade para recebê-lo, pois a relação entre profissional e usuário inaugura o processo de cuidado e de corresponsabilização. O ato de cuidar exige do cuidador conhecimento, empatia e sensibilidade (Mielke et al., 2009), além disso, a garantia do direito à palavra é considerada fundamental para o respeito à subjetividade. Desde a chegada da criança ou do adolescente no serviço estudado, a equipe se mobiliza para uma escuta qualificada e acolhedora, reforçando a valorização da palavra de crianças e adolescentes como o reconhecimento destes como sujeitos de direitos. Assim como abordado pelo seguinte participante:

“Eu acho que depende se é criança ou adolescente né... a gente escuta a criança, vê as demandas dela né e também costuma chamar os pais para ver o que que tá acontecendo, então eu acho que muito pensando na criança e

também no lado dos pais, a escola... eu acho que é fundamental no trabalho com crianças né? Ouvir os pais e a escola para pensar num Plano Terapêutico Singular da criança né, eu acho que é importante... terapeuta, família e escola” (P3).

Nesse cenário, o vínculo é considerado facilitador do cuidado no processo de busca de uma melhor qualidade de vida. Os participantes levantam que, assim, se inicia um movimento de integração entre família, usuário e instituição visando a possibilidade de construção individual para investigação de diferentes modos de subjetivação experienciados no encontro da disponibilidade de um outro, capaz de ouvir e sustentar o espaço do cuidado, no qual o sujeito singular possa emergir (Ribeiro, 2005). Assim, para que o que o acolhimento, o vínculo e, assim, as ações no CAPS aconteçam, é necessária a condição permanente de escuta e questionamento do papel principal do sujeito na atuação de seu projeto de tratamento (Ribeiro, 2005), assim como aborda a seguinte participante:

“eu acho que o CAPS tinha que fazer mais esse trabalho de acompanhamento ao longo prazo, sabe quando tu compra um carro (risos) e tu tem que levar pra revisão, é mais ou menos assim falando a grosso modo... então de vez em quando ‘ah! Vou dar uma ligadinha pra escola’, ‘ah, mudou de escola’...então vamos observar na escola, mas a gente não faz muito isso, deveria, isso eu sempre coloco pra equipe, mas aí a gente não tem pernas pra tudo porque a gente tem um número três vezes maior do que teria que atender né.” (P11).

O conteúdo manifesto dos profissionais envolve a necessidade do constante questionamento como um desafio frente ao risco de institucionalização e cronificação dos sujeitos usuários de saúde mental, assim como

visualizado na literatura. Porém, foi possível perceber que, os profissionais abrangem uma demanda de cuidados e um fluxo de atendimentos que ultrapassam a capacidade da instituição, produzindo efeitos diretos nos processos de construção de um tratamento singular e que possa ser constantemente reavaliado. Nesse contexto, pode-se pensar que há fissuras, brechas nos processos de cuidado, pela dificuldade de alinhamento frente às demandas e que, de forma prática, seja coerente com as diretrizes normativas. Essa realidade pode impactar o atendimento dos usuários, como exemplificado a seguir:

“Eu acho que o plano terapêutico singular é essencial... e eu também fui aprendendo o que que era isso... aí quando veio o Ministério da Saúde com os técnicos eles faziam várias formações com a gente... ficou uma coisa muito forte pra mim que era assim que esse Plano Terapêutico Singular tem que ser com o paciente, tipo, aí eu percebi que realmente não era por má que os profissionais meio que direcionavam, mas tem que ter sim, o, o que que a família diz, o que que o paciente também diz, ele tem que tá junto se não, não é um plano terapêutico sabe? E aí isso ficou bem marcado pra mim... agora eu presto mais atenção nisso... na elaboração do PTS junto com o paciente, né, junto com o usuário.” (P8).

“...os profissionais conhecem o conceito e sabem o que é, da existência do projeto terapêutico singular, mas o uso de fato dessa ferramenta não acontece em toda a sua potencialidade, digamos que poderia ser usado muito mais amplamente pra pensar o tratamento dos pacientes essa ideia do projeto terapêutico enquanto algo a ser construído né, pela equipe em conjunto com o paciente algo pra ser também reavaliado, algo pra ser registrado, e algo também na ideia de

ser sempre de um projeto, então é sempre algo que tá sendo construído e sendo reavaliado e que poderia ser usado também como uma forma de medida pra ver como as ações dos profissionais estão né de acordo com o que se propuseram de objetivo pra aquele tratamento, eu acho que a gente usa de uma forma muito ainda básica né, que o projeto terapêutico seria basicamente a inserção do usuário no serviço em algumas modalidades de tratamento que o serviço oferece...” (P19).

Para além da necessidade de acolhimento, é possível perceber como as demandas de saúde mental convocam a equipe de profissionais num constante movimento. Acredita-se que, no caso do local em questão, há uma dificuldade de a equipe incluir no processo de tratamento algum momento que essa família e esse sujeito possam reavaliar seus processos de engajamento e suas necessidades de tratamento.

Salienta-se que não há um modelo e uma padronização sistemática para contemplar o uso da ferramenta do Plano Terapêutico Singular em todos os seus potenciais terapêuticos no âmbito da saúde mental e ainda, que consiga abranger a singularidade e necessidades de cada indivíduo (Baptista, Camatta, Filippon & Schneider, 2020). Assim, cada instituição de saúde constrói de forma autônoma o PTS conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, oportunizando uma inclinação dos aspectos importantes para o território atendido pelo serviço. O aspecto mencionado é visualizado pelos profissionais do estudo como uma dificuldade no cotidiano do trabalho e também no âmbito da alta. Estes estimam uma ampliação da responsabilidade que se coloca perante a estruturação de normas práticas que contemplem o público atendido pelo serviço. Devido tais aspectos, o PTS é muitas vezes utilizado de forma protocolar enquanto inserção do usuário no serviço e, após esse período, o projeto muitas vezes permanece sem maiores análises.

Além disso, pode-se perceber o quanto a alta é ainda um assunto envolvido por uma cortina de dificuldade, receio e falta de delimitação. Através da investigação, os profissionais colocam que diferentemente do acolhimento e da entrada do usuário no serviço, o processo de alta não é assunto amplamente discutido. Há uma preocupação muito mais direcionada a permanência desse sujeito do que com sua saída.

“Ah... (risos) é um ponto bem delicado... eu acho que é muito importante falar sobre a alta, a gente fala, se preocupa muito com o acolhimento, o tratamento, e parece que a alta não vem, isso me incomoda, porque a gente tá falando de criança e adolescente, se essa alta não vem então ele vai virar um adulto e vai ter alta quando e que alta é essa né, a alta é não tomar mais medicação, não ir mais no atendimento psi, não participar mais da oficina, é alta de tudo ou é de algumas coisas né... então esse termômetro de se saber quando se dá alta é bem complicado assim...” (P11).

“Olha, é bem raro assim a gente ouvir a equipe discutindo alta né, porque parece em alguns casos que a gente meio se apropria, isso é uma particularidade minha, que a gente se apropria daqueles pacientes e a gente quer sempre tutelá-los, mas é um exercício constante, as vezes eu chego a me questionar assim, será que precisa mesmo tá dentro do CAPS, porque a gente conhece outras crianças que com o mesmo, dificuldade, estão bem fora do CAPS, mas alguns a gente tutela, é bem... bem de CAPS mesmo, bem dessa maternagem que o CAPS faz sabe, hoje parece que não tanto, mas a gente já teve períodos assim que a gente tinha dor de dar alta, tinha um cuidado, tinha uma preocupação, mas

isso também faz parte né do processo, e é angustiante...” (P12).

“... Em determinados casos é difícil às vezes pro próprio... usuário e talvez pra gente também as vezes é difícil de tu desapegar dele assim ou alguns que ficam muito tempo aqui a gente dizer agora sabe, vocês tão ok, podem ir, mas ao mesmo tempo é muito bom ver que eles puderam fazer esse percurso aqui dentro e criaram essa autonomia sabe...” (P8).

“...Vi crianças chegarem pequenininhos e virarem pais aqui dentro né, e a alta não acontecer, então eu vejo assim essa dificuldade, conversa, mas eu acho que existe uma dificuldade assim de todo mundo, não sei, teria que ser visto melhor, estudado melhor, mas ah também dos pais quererem essa alta, né, eu acho que a gente é uma instituição que a gente encapsula muito o usuário, no bom sentido, claro, a gente sempre quer ajudar mas as vezes a gente, o usuário não conseguem sair daqui assim, há uma dificuldade, vira uma família, vira a única coisa que socialmente ele tem, e quando, e essa alta as vezes, até eles boicotam pra não sair, né, tanto eles quanto os pais, então é difícil, a gente conversa sobre isso, acho que toda a equipe tem ciência disso, mas a dificuldade também é grande, dessa alta, por conta de tudo isso, até dos pais não quererem, sentirem confiança, sentirem a proteção do CAPSi, que sempre tem alguém pra conversar qualquer coisa...” (P13).

“...É uma pessoa que tu tá lidando não é um objeto né, então tu tem que ter um, um cuidado, por isso que aqui principalmente o CAPSi tem vários pacientes que excedem o tempo limite que seria preconizado, em função disso, por causa do vínculo, o vínculo

que a criança tem e que o adolescente não consegue tirar e, e que ele se sente seguro no local, e tu acaba não conseguindo liberá-lo, mas isso tem que ser trabalhado no longo do tempo, ao longo do tempo tem que ser conversado, tem que ser deixado muito bem claro pra que o serviço não se torne uma bengala...” (P14).

O conteúdo das elucidações dos participantes demonstra a dificuldade da visualização dos processos de adoecimento que um Centro de Atenção Psicossocial também pode favorecer, trechos como “*que a gente se apropria daqueles pacientes e a gente quer sempre tutelá-los*”, “*...bem de CAPS mesmo, bem dessa maternagem que o CAPS faz sabe*” colocam o quanto as demandas de saúde mental perpassam o usuário, a família e o território e chegam nos profissionais como um “pedido de socorro”. Diante dessa realidade também é possível perceber o papel de responsabilização que o profissional é colocado, e quando não há um compartilhamento em equipe, se torna ainda mais complexo o papel dele diante da demanda desse usuário.

As falas demonstram que, apesar de o vínculo ser essencial para o cuidado, pode ser fator dificultador para o processo de autonomia. O laço afetivo inspirado pela compreensão das premissas excludentes e normativas construídas sobre o posicionamento social do sujeito com sofrimento psíquico, principalmente no caso de crianças e adolescentes proporcionam ambiente e postura demasiadamente acolhedora da equipe e do serviço de saúde. A resistência para um possível término ou diminuição dos cuidados em um local com essas características, pode ser direcionada tanto pelo profissional quanto pelo usuário em função da relação estabelecida entre ambos (Silva L. et al., 2019) assim como fica explícito pela fala de P14:

“...Os pacientes eles entram crianças e daí saem praticamente adultos aqui de dentro, e essa, e esse trabalho que tem que ser feito desde o

início que as vezes acaba não sendo tão eficaz pelo fato de tá muito tempo, acaba se tendo uma acomodação... por mais que tu não queira, as vezes essa auto proteção, esse excesso de proteção, faz com que se perca a autonomia, e aí o usuário ele acaba se sentindo protegido pelo espaço e sabe que vai ter uma contrapartida do serviço, ele acaba não se empoderando, porque as vezes não tem estímulo também... por ser, ter esse viés do acolhimento, de tu tá muito tempo com esse usuário, ele convivendo no serviço e tu acaba não separando as coisas assim, tu acaba superprotegendo de alguma forma né.” (P14).

Pode-se perceber que a relação entre usuário e profissional opera como um elo de fortalecimento do sujeito com seu tratamento, conseqüentemente, o tempo de permanência é ampliado, distanciando o serviço do modelo psicossocial de “portas abertas” que sustenta a qualidade do tempo, as aberturas territoriais advindas dessa vinculação e o reposicionamento do sujeito com a construção de autonomia para o manejo de situações cotidianas (Jesus et al., 2018). A verbalização do participante trouxe à luz a insuficiente efetividade de contato em rede e de um olhar territorial para o cuidado, noções que estão diretamente ligadas a autonomia.

Nota-se também, a partir dos entrevistados, a complexidade do debate da autonomia no contexto da infância e adolescência. Entende-se por autonomia a noção de aptidão do sujeito para a criação de normas, ordens para a sua própria vida diante das situações que enfrenta (Kinoshita, 2001). Autonomia não é correspondente à independência, mas à capacidade de ampliação de dependências, já que quanto mais a dependência for direcionada para mais elementos, menos restritiva ela se torna (Kinoshita, 2001). O conceito de autonomia refere-se, então, à capacidade de o sujeito lidar

com suas redes de dependências (Campos & Campos, 2006).

Por se tratar de crianças e adolescentes, a estruturação do processo de autonomia como forma de cuidado torna-se essencial no cotidiano e na melhoria da qualidade de vida. A proteção integral não elimina a ideia de que crianças e adolescentes são sujeitos autônomos e capazes de estipular suas próprias regras, mas “é necessário que não se confunda autonomia com independência, as crianças e adolescentes dependem dos adultos para acessar os meios para realizar sua potência e manter seu devir aberto” (Brasil, 2014, p.14).

A autonomia permite também o entendimento do momento em que o usuário consegue viver sob menor assistência do serviço, viabilizando a ampliação de sua rede social e sua maior inclusão na sociedade (Mielke, Kantorski, Olschowsky & Jardim, 2011). Nessa compreensão é possível entender o papel do Projeto Terapêutico Singular quando este consegue transpor os limites institucionais e, quanto os profissionais do CAPS se distanciam desse recurso único na vida dessas crianças e adolescentes. Na compreensão de alguns participantes:

“Autonomia... eu acho que é quando, por exemplo assim, um caso grave, a criança tá em muito sofrimento, eu acho que a partir do momento que a gente consegue tirar a criança desse sofrimento, dar uma melhora para ela, acho que começa a surgir uma autonomia... então a gente pensa que a médio ou a longo prazo a criança não precise mais do CAPS né? E esse feedback quem vai dando mesmo é a criança conforme a gente vai observando, os pais né e também a devolutiva da escola...” (P3).

“Autonomia assim, é, seria como um, que eu indico pros pacientes, de tudo o que eles conseguirem fazer sozinhos, eles podem tentar fazer tudo, né, mas tudo o que eles conseguirem fazer sozinhos tem que estimular para que

façam sozinhos, não, existe muito essa questão da vitimização, as vezes só por fazer o acompanhamento no CAPS, os familiares até tem um cuidado maior e acabam mimando de uma maneira excessiva, então eu sempre estímulo assim, por mais que não consiga fazer alguma atividade né tu tente né, tentar e tudo o que conseguir fazer, estimular e não tratar dessa maneira, assim de uma super proteção que acaba por prejudicar também né, de diminuir a autonomia, por não estimular que o paciente tente novas atitudes ou não se sinta capaz de ter certas atitudes, ter certos comportamentos.” (P6).

A noção de autonomia perante os profissionais da equipe do CAPSi em questão, é atrelada a um processo importante do desenvolvimento humano. Quando questionados, a maioria fez um paralelo da autonomia e do processo de independização. Nesse sentido, acredita-se que, pela herança manicomial de uma falta de olhar para a faixa etária descrita e da noção tutelar do adulto, esse usuário muitas vezes se torna, como citado anteriormente pela fala do participante, “en”CAPSulado.

A noção de encapsulamento remete ao sentido de um encapsulamento em um CAPS e consequentemente retrata um distanciamento dos profissionais de saúde da dimensão afetiva das práticas de cuidado em saúde e dos processos de autonomia. (Wandekoken, Dalbello-Araújo & Sodrê, 2021).

Apesar da noção de autonomia estar em consonância com o que se espera, colocá-la em prática diante de sujeitos em sofrimento psíquico a torna ainda mais abstrata. Porém, entende-se que, no cotidiano de trabalho em que a dependência se torna restrita a um serviço e o vínculo com apenas um profissional há uma complexidade da ampliação de uma rede de apoio ao usuário (Goldberg, 2001). Considerando a dificuldade do sujeito com

sofrimento psíquico no estabelecimento de laços com pessoas novas e locais desconhecidos, visualiza-se a relevância de o serviço e os profissionais possibilitarem a ligação do sujeito com sua comunidade e demais locais de cuidado.

Os profissionais entendem que se torna um fator positivo a criança ou o adolescente não precisarem mais da instituição e dos cuidados assegurados por ela em detrimento desses acontecerem através de seu entorno, sua família e até si próprios. Em contrapartida, na percepção do processo de identificação desses sujeitos com profissionais e outros usuários que compartilham de uma realidade que é semelhante a eles, é possível perceber como a dependência se restringe ao espaço da instituição e, muitas vezes, não há um incentivo para um olhar extramuros.

A restrição da circulação dos usuários favorece o risco de cronificação presente nos serviços de saúde mental sob o acúmulo institucional de atividades importantes da vida. O estabelecimento de laços afetivos, a alimentação, o lazer e o tratamento passam a restringir o contato com a comunidade quando circunscrito apenas aos serviços de atenção psicossocial (Costa, Figueiró & Freire, 2014).

Assim, a construção da autonomia pode ser dificultada pelo excesso de cuidados, com limitação de atividades de reinserção, atentando-se à necessidade do cuidado em envolver a intersetorialidade e a rede de apoio familiar. Além do protagonismo do sujeito no seu tratamento, a aliança com a família é compreendida como fator decisivo na sua reabilitação, tendo em vista a necessidade de envolvimento do contexto familiar e social no entendimento do sofrimento psíquico. A reabilitação está relacionada ao oferecimento de todas as possibilidades de tratamento disponíveis para a chegada ao ponto estabelecido pelo sujeito (Goldberg, 2001).

Sobre o papel da família no tratamento, os participantes reconhecem a necessidade de uma maior inserção dos familiares, além da corresponsabilização destes. Quando abordado

o processo de alta e desvinculação do usuário pelo serviço, a equipe menciona a constante relação por parte dos familiares entre alta e desassistência. Esse fenômeno conduz os profissionais a postergar e, até, não mencionar o processo de saída do serviço no planejamento do tratamento. Ao colocarem que “...as vezes a família não quer alta, porque ‘não mas ele vai precisar’, ele vai precisar, mas talvez não sempre do CAPSi por exemplo né...” (P13) e “mas nós temos muitas famílias que muitas vezes a gente mantém o usuário aqui porque o meio vai trazer de novo esse... sabe, então a questão da alta é uma questão que deve ser muito discutida caso a caso né, sendo levada em consideração as questões individuais de cada um, mas as questões familiares também...” (P16) suas falas rascunham como a família pode não compreender sobre as demandas de saúde do seu familiar e colaborar com ruídos no processo de cuidado.

Os diferentes fatores supracitados envolvidos no tratamento e suas perspectivas, possibilitam que ocorra um o alcance do sujeito até onde este deseja e não onde a equipe pré-determina. Assim, se define a reabilitação psicossocial (Costa et al., 2014). A reabilitação psicossocial considera o sofrimento psíquico como mais uma informação na vida do sujeito, que se insere em um território específico e em determinado ambiente familiar, havendo a necessidade de considerar o envolvimento tanto do território quanto da família no processo de saúde-doença (Mielke et al., 2009).

Fomenta-se, nesse ponto, o papel do PTS com a possibilidade do olhar inaugural sobre a ênfase e continuidade da inserção de processos de cuidado que não permaneçam exclusivos ao CAPS. Ademais, utilizar tal ferramenta como norteadora das etapas de cuidado tanto para o profissional, quanto para a família e para o sujeito, possibilita o contato com uma gradativa transformação e incentivo ao afastamento. Assim como menciona P14, iniciar o processo de cuidado vislumbrando a autonomia, propicia a percepção do usuário de sua integridade extramuros.

A convivência em sociedade como cidadãos de direitos e, principalmente, desprovida de preconceitos é ponto a ser aproximado pela autonomia e reabilitação psicossocial, a fim de ultrapassar barreiras que usuários, familiares e até profissionais sobrepõem ao sofrimento mental (Babinski & Hirdes, 2004). Sendo assim, a reabilitação pode ser definida como um desenvolvimento de práticas que não cessam até que o sujeito com sofrimento psíquico possa constituir uma relação mais autônoma com a instituição (Goldberg, 2001). Autonomia e poder de decisão direcionam a duração do tratamento do sujeito nas instituições de saúde mental. Considerada a longa permanência elucidada pelos participantes, o próximo tópico enuncia esse aspecto.

O Significado Do “Fim” Do Tratamento Em Saúde Mental

Os profissionais, em sua maioria, atuam há sete anos ou mais no CAPSi em estudo, e a prevalência dos relatos sobre alta envolve percepções profissionais como “... isso é uma falha... parece que não se fala muito nisso” (P10), assim como “... acredito que se fala muito pouco sobre isso, raras vezes...” (P5). É colocada também a questão da insegurança sobre o assunto – “... eu me incomodo com isso, mas também não me sinto à vontade... de chegar e propor esse assunto porque eu acho que não é um assunto que tenha muita abertura...” (P10) – justificada pela dificuldade de ser pensado o termo alta em saúde mental. Arelada à noção de cura, a alta, muitas vezes, remete ao sentido de recuperação absoluta, adquirida pelo seu histórico de associação ao sentido médico e hospitalar (Jucá, 2005). Na saúde mental, a palavra alta permite novos significados e construções. O “fim” do tratamento associado à ideia de alta é apontado pelos profissionais como aspecto indefinido e ainda pouco explorado no serviço, como observado nas falas abaixo:

“Ai... eu compreendo... é... como é difícil né? A alta (risos) tanto para quem cuida como para o... que tá

sendo cuidado né, mas eu acho que é mais fácil pra quem está sendo cuidado né, do que pra quem cuida, porque sempre tem aquela preocupação, será que dá pra ser agora? Mas... como é que eu vou te dizer... quando dar alta?” (P2).

“Hum... as vezes tu fica sabendo ‘ah fulano teve alta’ fica muito no carimbo médico, o médico acha que não precisa mais da medicação, teve alta, né, a gente ainda continua com esse, o saber hegemônico, o poder do médico, existe isso ainda... por mais que a gente discuta isso nas residências ainda existe, então assim, não é muito discutido não... como uma coisa em conjunta a alta, eu não acredito que é assim, se há é muito pouco.” (P11).

Assim como elucidado nas narrativas, a considerar a equipe multiprofissional e a intervenção sob diferentes perspectivas teóricas, apresenta-se a necessidade de um sentido compartilhado sobre o que é considerado como “fim” do tratamento entre os membros e as possibilidades institucionais para os casos atendidos, vislumbrando um objetivo comum condizente aos princípios norteadores do serviço (Babinski & Hirdes, 2004). A falta de um diálogo coeso entre a equipe sobre aspectos centrais do cuidado, favorecem a ambivalência nos determinantes que compõe o início, o meio e o “fim” do tratamento, assim como apresentado a seguir:

“...Eu não lembro de nas reuniões que se tem um espaço pra fazer isso... é muito pouco assim, e são poucos casos né que tem, que chegam a ganhar alta.” (P4).

“...Mas dificilmente se discute ‘ah quando vai ser o momento de alta do paciente’, talvez quando chegar o momento, resolva se discutir, só que daí eu acho que já não dev... já devia ser discutido antes né, porque quando

chega o momento decide ah, semana que vem esse paciente vai ter alta, mês que vem esse paciente vai ter alta.” (P9).

“Ai eu acho que é pouco (discutido) assim, poderia ser mais né, pela gente mesmo, a gente que tem que buscar essa discussão desse processo de alta porque realmente, a gente acompanha o usuário e as vezes a gente acha que... as vezes se perde ali né, ou acha que ele tá pronto e ele não tá, ou ele acha que não tá... ele quer sair e a gente não deixa, no caso né, não sei, eu acho que é assim, poderia ser discutido mais, acho que a equipe podia discutir mais isso, até ler mais sobre isso, a questão da alta né.” (P8).

“...Acho que pra isso é muito importante que a gente discuta os casos, seria também muito importante ter uma supervisão, né, enfim porque tem né questões as vezes particulares de um caso que a gente talvez não seja habituado a lidar, e que é difícil, que as vezes, enfim né, por questões também pessoais... a pessoa ou não consegue, ou não sabe lidar com aquilo, as vezes a gente precisaria de uma supervisão, de uma ajuda, né...” (P10).

“... Isso tem que ser conversado, tem que ser discutido com o tempo, tem que ser formulado em equipe, tem que se entrar num consenso pra que realmente essa pessoa tenha um entendimento que essa pessoa tenha condições de alta e que se ela for colocada em outro serviço, ela seja bem acolhida no outro serviço também pra que ela tenha uma continuidade, nesse acompanhamento né.” (P14).

Entende-se que espaços de discussão de casos, reuniões de equipe e planejamento de cuidados necessitam ser ainda mais incorporados enquanto mecanismo que sustenta as múltiplas faces do cuidado em saúde mental. Os participantes colocam o quanto essas discussões ainda não alcançam o processo de alta, além do significado da alta para o CAPSi em questão e quais as etapas que a desvinculação do serviço demandaria.

Sob a ótica dos profissionais, há diferentes possibilidades para a alta, porém, ao serem indagados, não se sentem seguros com suas definições e atribuem a alta a noção que cada um construiu de sua área de saber. Cada um deles entende a alta sob sua perspectiva e assume uma postura diante dessa. Como elucidado pelos seguintes participantes:

“... As vezes que não precisa da minha especialidade, mas tá só com o médico, acho que, sei lá, 50% dos casos do CAPS, é metade é só com médico, se tu for ver mesmo assim, então pra mim pode, dar alta, mas ele vai ficar no CAPS porque ele tá com o médico a cada 3 meses, a cada 6 meses, sei lá sabe, de repente uma avaliação melhor desse caso, de repente poderia reduzir a medicação e daqui a pouco nem tá mais no CAPS, mas daí fica eternamente CAPS, entendeu? Então, eu acho que é isso.” (P5).

“...É mais o profissional que tá a frente né, que conhece o caso ou que dialoga com os profissionais que conhecem, pra dar alta assim...” (P4).

“...As crianças quando elas recebem alta eu acredito que é quando elas conseguem né, não precisar mais do serviço, porque, as vezes elas têm um psicólogo, um psiquiatra, elas tem um outro profissional aqui, eles discutem e chegam numa conclusão que essa criança já tem autonomia, que ela consegue dar conta das emoções, sentimentos dela e que ela consegue

lidar com o dia a dia principalmente assim com questões da escola, questões da aprendizagem...” (P15).

“Bah... eu acho que não (se discute a alta)... porque a gente também tem uma certa ilusão de que a gente é uma equipe muito multi assim, que discute as coisas muito multi, mas eu acho que cada profissional que tem os seus casos acaba dando conta muito sozinho assim, eu não vou discutir... claro se eu to compartilhando um caso com alguém, com uma assistente social, com uma T.O. claro que esse caso vai ser discutido, mas na grande equipe eu acho que isso não é discutido, eu não vejo assim...” (P18).

“Eu acho que ele é discutido mais no caso a caso do que no... to falando na experiência que eu tenho aqui no CAPSi, eu acho que ele é mais discutido no caso a caso de pacientes então, que bom é atendido por uma mini equipe que identificou que aquele paciente tá estável e né, poderia ter alta e como é que isso vai ser feito, do que de fato como um processo de trabalho...” (P19).

A falta de incentivo ao diálogo sobre a alta em saúde mental enquanto equipe de saúde favorece a sua fragmentação em áreas de saber. Além disso, torna-se ainda mais reforçada a noção de que o profissional detém o conhecimento sobre o caso em específico, não abrindo oportunidades de discussão multiprofissional e de uma possibilidade de consenso quanto a uma possível desintensificação do cuidado.

Fator esse que pode favorecer uma aproximação a práticas de cuidado que desvalidam o sujeito e a noção plural de saúde. Visto que, as mudanças conquistadas no cuidado em saúde mental manifestam a necessidade de uma constante reflexão sobre o sofrimento psíquico e as práticas de cuidado.

Compreendidos tais aspectos, a alta em saúde mental, de acordo com estudos recentes de Jesus et al. (2018), pode ser entendida pela diminuição da frequência no espaço físico e em atividades específicas, mas com a manutenção do CAPS como local de referência na vida do usuário. A capacidade de organização do cotidiano, também nomeada como autonomia, e de interação social são fatores que contribuem para a não centralidade de cuidados proporcionados pelo CAPS, favorecendo a integração com a rede de saúde mental.

O estímulo para integração comunitária, a recuperação e a mais ampla possibilidade de melhoria da qualidade de vida são elementos considerados fundamentais para a efetivação do cuidado (Babinski & Hirdes, 2004). A capacidade de transitar entre serviços de saúde, comunidade, trabalho e a realização de atividades cotidianas são aspectos considerados relevantes nas produções literárias (Silva L. et al., 2019; Jesus et al., 2018; Mielke et al., 2011) quando analisado o processo de alta. Pode-se associar a menor frequência do usuário no serviço com o processo de desintensificação, caracterizado pela aproximação do cuidado ambulatorial e do encaminhamento a outros serviços (Jesus et al., 2018). Fica evidenciado aqui o distanciamento da noção de alta a uma interrupção total da frequência ao serviço e ligado a uma desvinculação gradual.

O respeito à subjetividade no cuidado à saúde mental complexifica a determinação do “fim” do tratamento. Os relatos evidenciam o sentimento de preocupação da equipe perante a alta em saúde mental a partir da percepção da responsabilidade que esta representa na determinação da capacidade do usuário em enfrentar situações de vida, principalmente no contexto de crianças e adolescentes.

A tomada de decisão para a desintensificação do tratamento muitas vezes, volta-se quase que exclusivamente à figura do profissional, dificultando o delineamento das potencialidades do sujeito para a construção de uma melhor qualidade de vida em seu território. A imprecisão do fenômeno da alta e a herança manicomial em seu sentido hospitalar, essa

ainda se encontra no plano unilateral e vinculada a uma instituição em específico ou um aspecto, assim como evidenciado pelos profissionais.

“A alta? Olha... o ideal seria...alta pra mim seria quando o paciente não precisa mais da gente, tá? Acho que essa, ao meu ver, seria a grande meta, o paciente tem algum, algum sofrimento, tá passando por alguma dificuldade, eu acho que é nosso objetivo não, não só o alívio desse sofrimento, mas ensinar, ajudar o paciente de alguma forma a desenvolver os seus potenciais pra que ele possa vir a ter instrumentos pra lidar com isso...” (P17).

“... quando a gente fala em saúde mental eu não consigo enxergar uma cura assim, eu não consigo pensar cura em saúde mental porque eu não considero que é uma doença que existe início, meio e fim, né, eu sempre penso, tento pelo menos, focar o que eu entendo por saúde mental mais na reabilitação psicossocial, que é a pessoa muitas vezes ela vai aprender a conviver com aquilo que ela tem mais do que ela vai curar aquilo que ela tem...” (P18).

Devido à heterogeneidade de fatores que podem suscitar o entendimento da alta em saúde mental, sua definição não possui uma única abordagem teórica e bibliográfica (Silva L. et al., 2019). A compreensão desta como um movimento e não necessariamente atrelada ao sentido de cura aparece como aspecto intrínseco durante a maioria dos entrevistados e pode ser considerada ponto de partida de sua constituição. Ligado a essas circunstâncias, manifesta-se o sentimento de insegurança perante o risco de não contemplação do propósito subjetivo da alta que é reforçada pela unilateralidade da construção desse processo.

A incurabilidade do transtorno mental não se relaciona à ineficiência no tratamento,

mas funciona como guia para que as estratégias de cuidado no contexto familiar e institucional operem a partir do nível de crescimento de cada sujeito. Assim, conquistas de pequenas mudanças nas trajetórias de vida podem ser determinadas por cada usuário (Jesus et al., 2018). Sob essa ótica, acredita-se na potencialidade da preparação da alta como um processo de cuidado junto do usuário e sua família a considerar o caso de crianças e adolescentes. E, a partir dessa postura, a viabilização de mudanças em âmbito social, familiar e até político. Para tanto, é apresentada a seguir a compreensão dos profissionais sobre as diretrizes da estruturação do processo de alta até a sua efetivação.

A alta como um percurso construído

Ao considerarem a alta como um processo dinâmico e impermanente, os profissionais percebem a necessidade de construí-la a partir da entrada do usuário no serviço, como exemplificado pelos participantes:

“O processo de alta deveria tá balizado desde a entrada do usuário no serviço né...” (P19).

“... a alta precisa ser trabalhada já desde o início, aqui no serviço a gente precisa trabalhar essa alta desde o início, as vezes acontece e até por... talvez uma falha não intencional, de pacientes ficarem muito tempo aqui, pacientes que já poderiam ter alta e não ser trabalhado isso e depois no momento que tem que ter alta, fica bem complicado, é bem difícil...” (P9).

“... eu acho que isso é um processo de construção da alta desde o início, desde o primeiro dia de tratamento, né, o caso especificamente nosso aqui do CAPS para que ele possa sair, ter alta do serviço, sabendo, entrar aqui sabendo que momento ele vai sair daqui e isso ajuda muito até na, eu

acho, na questão da autonomia...”
(P9).

A discussão de um possível “fim” do tratamento ligado a desintensificação dos cuidados e a conscientização do fomento de práticas de autonomia junto dos usuários necessita ter sua importância contemplada no cotidiano do trabalho do CAPS. É possível atentar, novamente, sob diferentes relatos, a necessidade da criação de um esboço do processo de alta que se inaugura na entrada do usuário ao serviço e que envolva os diferentes locais que esse sujeito transita, o envolvimento familiar e a criação da autonomia conforme as possibilidades individuais.

Valorizar as necessidades de saúde de forma coletiva e inseridas em um contexto sócio-histórico específico interdita a reincidência de práticas herdadas que focalizadas na doença e nos aspectos biomédicos. Dessa forma, pode ser evitada a referência desse serviço como local único de troca social, e entende-se a alta, como parte do tratamento (Mielke et al., 2011).

Ao se considerar a relação do processo de alta com a autonomia, a diminuição da intensidade de cuidados e as particularidades da infância e adolescência nesse processo, faz-se relevante a elucidação das oportunidades e benefícios que ela possibilitará na vida dos usuários (Guedes, Olschowsky, Kantorski & Antonacci, 2017), esse fator é abordado pelos participantes a seguir:

“... mas a grande maioria dos casos assim a gente precisa de ter algum tipo de seguimento, de acompanhamento de perto pelo menos pra ele se sentir acolhido, saber onde ir, aonde recorrer caso tenha uma crise né...” (P6).

“... porque é um serviço de atendimento infantil, então, e adolescente, vai chegar no momento que o paciente vai ter alta, talvez precise da alta da aqui e

encaminhamento pra outro serviço...”
(P9).

“... mas como ele é usuário de saúde mental a gente sabe que ele poderá retornar, né, que vai viver a vida dele, vai ter as experiências dele, e por ter dificuldade de ligar com algumas situações do dia a dia ele pode retornar com um apoio, ser acompanhado novamente, seja pelo CAPSi ou por algum outro serviço de apoio, mas eu não sei se ela (a alta) é definitiva...” (P15).

A noção de compartilhamento do cuidado do sujeito com sofrimento psíquico é evidenciada pelos profissionais. Entende-se que a abrangência de diferentes atores no cuidado, como família, comunidade e instituições de cuidado diminui as limitações decorrentes da condição do sujeito e favorece a ampliação de suas habilidades, reposicionando-o diante da sociedade (Mielke et al., 2009). O movimento dos usuários em seus territórios de convívio possibilita um olhar para o sujeito como detentor de direitos e, reforça a construção da integração desses locais na sua existência subjetiva.

A definição permanente e imutável não necessariamente condiz a uma definição de alta em saúde mental tendo em vista “o fluxo da vida e das vulnerabilidades de cada um” (Jesus et al., 2018, p.6), havendo situações em que o sujeito necessita de cuidados mais intensivos. A possibilidade de uma relação com profissionais de serviços de atenção primária pode ser pensada como uma alternativa ao sentimento de desamparo (Jesus et al., 2018). Vislumbrada a possibilidade de locomoção do sujeito em diferentes espaços, é possível superar a noção demonstrada pelos participantes entre alta e desassistência, com a exploração das potencialidades na comunidade, no convívio social e retornando ao apoio do CAPS quando necessário (Mielke et al., 2011).

“A alta em saúde mental ela é relativa também, né, porque a saúde mental

ela é uma construção diária, né, então eu posso ta hoje super bem e amanhã eu ter novamente por exemplo, uma angústia que me leva a um agravo daquilo que tinha causado meu sofrimento... então a alta não é só aquela alta que eu não preciso mais do serviço, é uma alta que diz que eu posso fazer alguns cuidados por mim mesmo, né e que hoje eu tenho uma autonomia de dizer de mim...” (P12).

“... porque (a alta) definitiva não existe né, tem que deixar ela sempre em aberto.” (P2).

A compreensão da alta como um fenômeno variável nos relatos apresentados, encontra relação ao processo de desintensificação de cuidados na trajetória do usuário e com a possibilidade de transferência de cuidados para outros dispositivos de saúde. Diante disso, uma possível impossibilidade de conexão entre a rede de saúde e, da viabilidade do usuário locomover-se por ela, reverbera numa dependência restrita ao serviço que lhe acolhe e o reconhece como sujeito de direitos (Jesus et al., 2018).

Faz-se necessário tencionar o papel do CAPS enquanto um local transitório de cuidados que salienta a articulação de demais serviços contribui para a continuidade do tratamento. Diante da impossibilidade dessa percepção, se atenta ao risco de cronificação presente na instituição: considerada a comunicação entre a rede de saúde mental inconsistente, o usuário direciona-se ao local que o acolhe e reconhece, fortalecendo sua dependência ao CAPS na impossibilidade de acesso a outros dispositivos (Jesus et al., 2018).

Compartilhada essa responsabilidade em rede, há a possibilidade de construção da caracterização da alta, aliando a subjetividade do tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes aos diversos atores que compõem a rede de cuidados, como poder público, serviços de saúde, comunidade e usuários. Sob essa perspectiva, pretende-se reconsiderar a

restrição do vínculo usuário-CAPS e a incumbência dos profissionais que atuam na determinação da alta. Nesse sentido, com a possibilidade de articulação da rede e a importância da presente discussão, profissionais e usuários estarão mais seguros para a promoção da alta, “possibilitando que os indivíduos com sofrimento psíquico sejam cuidados em seu território de vida, rompendo o estigma de que a atenção em saúde mental acontece apenas em serviços especializados” (Guedes et al., 2017, p. 2).

Considerações finais

A demanda de pesquisa surgiu com a reflexão crítica dos profissionais sobre a insuficiência da delimitação acerca do processo de alta em saúde mental. A partir disso, visualizou-se que há pouca discussão sobre a temática na instituição e no meio acadêmico. Entre os profissionais, o tema envolve sentimentos de receio, responsabilização e centralização de cuidados por meio do CAPSi.

Na particularidade da infância e adolescência, percebeu-se que o laço afetivo inspirado pela compreensão das premissas excludentes construídas sobre o posicionamento social do sujeito com sofrimento psíquico, promove um ambiente e postura mais acolhedora da equipe e do serviço de saúde. Em contrapartida, sua transposição passível de favorecimento de práticas de “maternagem”, “encapsulamento” e de tutela.

Coloca-se aqui um destaque para a saúde enquanto plural, que excede as instituições e que não se reduz a uma área do saber. Nesse sentido, aproximou-se da necessidade de destaque para os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado desses sujeitos, como a preservação de convívio das crianças e adolescentes usuárias do CAPSi com adultos acolhedores e com respeito a sua autonomia.

Entende-se a autonomia dos sujeitos supracitados, enquanto uma construção que possa ser facilitada pelo CAPSi, tendo em vista sua capacidade de acolhimento e preservação

de direitos dos sujeitos com sofrimento psíquico. O CAPSi exerce papel de suma importância enquanto orientador no tratamento para o sujeito e sua família por ser um local de “portas abertas”, porém, se observa também como a instituição opera enquanto dominadora dos cuidados em saúde mental diante da rede de saúde, sendo nela concentrados os cuidados a essa demanda.

Entende-se como essa centralização do cuidado amplifica a tendência à cronificação sendo a equipe de profissionais, muitas vezes, uma referência para tais crianças e adolescentes. Nesse sentido, há permanência da compreensão social sobre o sofrimento psíquico ainda distante de um processo multifatorial e que depende de uma corresponsabilização enquanto sociedade, rede de saúde, profissionais, família e sujeito. A compreensão do sofrimento psíquico ligado a uma única instituição de cuidado carrega uma herança manicomial que pode desvalidar a importância da palavra e do movimento territorial do sujeito em questão.

O papel do PTS enquanto facilitador do tratamento, circundante dos territórios de vida do sujeito, assim como no envolvimento de diferentes condicionantes de sua saúde e de redes de apoio constitui-se como uma aposta para a desintensificação do cuidado. Além disso, faz-se necessário considerar que os objetivos da alta estejam em consonância com a subjetividade da demanda de cuidado de cada criança e adolescente. A partir disso, é possível descentralizar o papel de responsabilidade da

equipe de saúde do CAPSi ao traçar caminhos mais autônomos para as crianças e adolescentes, permitindo que os princípios antimanicomiais se reforcem refletindo a reabilitação psicossocial nos espaços públicos das cidades.

A carência de discussões acerca do tema e a dificuldade de um maior envolvimento sobre a alta em saúde mental, suas possibilidades e entraves foram principais pontos que motivaram o estudo. Em consonância com a literatura, as soluções para essa dificuldade são trazidas pela equipe como uma constituição gradual, que inicie desde a chegada do usuário ao serviço e que possa ser constantemente reavaliada. Criou-se, por meio do estudo, uma inédita possibilidade de fomento quanto a temática, o que desacomodou profissionais e permitiu uma reflexão sobre construção de cuidado em equipe que estes também colocam enquanto imprescindível, mas ainda difícil de alcançar por não ser amplamente discutida.

Por fim, sob a insuficiente investigação teórica e prática sobre o processo de alta no tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico, principalmente crianças e adolescentes, atentou-se ao tema para o estudo em questão. Pretende-se com a pesquisa a uma maior visibilidade e criação de possibilidades de construção de autonomia a partir do CAPS, viabilizando a constante ratificação do movimento da Reforma Psiquiátrica no cotidiano do trabalho.

Referências

Amarante, P. (2015). *Teoria e Crítica em Saúde Mental: Textos Selecionados*. Editora Zagodoni: São Paulo.

Babinski, T. & Hirde, A. (2004). Reabilitação Psicossocial: A Perspectiva de Profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(4), 569- 76.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400009>

Baptista, J. A., Camatta, M. V., Filippon, P. G., & Schneider, F. J. (2020). Projeto Terapêutico Singular na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180508. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>

- Brasil, M. S. (2004a). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
- Brasil, M. S. (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília.
- Brasil, M. S. (2010). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4 ed.). Brasília. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Brasil, M. S. (2011). *Decreto 3088, de 23 de dezembro de 2011 (republicado)*. 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). Ministério da Saúde. Governo Federal. Brasília. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil, M. S. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: 2014. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus
- Campos, R. T. O. & Campos, G. W. S. (2006) Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 669–688). Rio de Janeiro: editora Hucitec.
- Costa, M. D. G. S. G., Figueiró, R. A., & Freire, F. H. M. A. (2014). O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: Um estudo de caso. *Temas em Psicologia*, 22(4), 839–851. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-13>.
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17–40. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6 ed.). Editora atlas: São Paulo.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Rev Adm Empres.*, 35(3), 20–29. <https://doi.org/10.1590/S003475901995000300004>.
- Goldberg, J. (2001). Reabilitação como Processo - O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. In A. M. F. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (2 ed., 160 p.). São Paulo: editora Hucitec.
- Guedes, A. C., Olschowsky, A., Kantorski, L. P., & Antonacci, M. H. (2017). Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Eletrônica Enferm.*, 19, 1–9. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43794>.
- Jesus, M. L., Jucá, V. J. S., & Nunes, M. O. (2018). Significados sobre alta construídos em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. *Psicol. Saúde Doenças*, 19(2), 310–322. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/18psd190212>.
- Jucá, V. J. S. (2005) A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. *Ciência. Saúde Coletiva*, 10(3), 771–779. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300033>.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In A. M. F. Pitta

- (org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (2 ed., 160 p.), São Paulo: Hucitec.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. D. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(1), 159–164. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., & Jardim, V. M. R. (2011). Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trab. Educ. Saúde*, 9(2), 265–276. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200006>.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2008). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (27 ed.). Rio de Janeiro: Vozes, editora.
- Nunes C. K., Demarco, D. A., Santos, E. O., Kantorski, L. P., Jardim, V. D. R., & Coimbra, V. C. C. (2014). O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil. *Rev. Portug. Enferm. Saúde Mental*, (12), 65-72. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300009&lng=pt&nrm=iso
- Ribeiro, A. M. (2005). Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicol. USP*, 16(4). Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642005000300003&lng=pt&tlng=pt
- Silva, L. L. P., Almeida, A. B., & Amato, T. C. (2019). A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. *Saúde em Debate*, 43(122), 19–35. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>
- Silva, J. R., Guazina, F. M. N., Pizzinato, A., & Rocha, K. B. (2019). O “singular” do projeto terapêutico: (im)possibilidades de construções no CAPSI. *Revista Polis e Psique*, 9(1), 127–146. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.83043>
- Tãno, B. L., & Matsukura, T. S. (2019). Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 29(1), e290108. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>.
- Wandekoken, K. D., Dalbello-Araujo, M., & Sodr e, F. (2021). “EnCAPSulados”: autonomia e dependência no processo de trabalho em CAPSad. *Fractal: Revista De Psicologia*, 33(2), 100–107. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i2/5793>

Dados sobre os autores:

- *Morgana Ieda Vanelli*: Psicóloga e Especialista em Saúde Mental pela Universidade Franciscana.
- *Félix Miguel Nascimento Guazina*: Doutor membro do corpo docente da Universidade Franciscana

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.
