

**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Kaliandra Mendes Nunes

**ACOMPANHAMENTO DA TRANSIÇÃO DOS PACIENTES DO CAPS INFANTIL  
PARA OS CAPS ADULTOS EM SANTA CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2016

Kaliandra Mendes Nunes

**ACOMPANHAMENTO DA TRANSIÇÃO DOS PACIENTES DO CAPS INFANTIL  
PARA OS CAPS ADULTOS EM SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade de Santa Cruz do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maira Meira Pinto

Santa Cruz do Sul

2016

Kaliandra Mendes Nunes

**ACOMPANHAMENTO DA TRANSIÇÃO DOS PACIENTES DO CAPS INFANTIL  
PARA OS CAPS ADULTOS EM SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Serviço Social da Universidade de Santa  
Cruz do Sul como requisito parcial para a obtenção  
do título de Bacharel em Serviço Social.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maira Meira Pinto  
Professora Orientadora

Prof. Dra Eunice Maria Viccari  
Professora Examinadora

Prof. Ms Andréa de Lima  
Professora Examinadora

Santa Cruz do Sul  
2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu filho Paulo por me permitir vivenciar a experiência deste último semestre, de elaboração do TCC e ao mesmo tempo sonhar com ele durante nove incríveis meses.

Agradeço ao Felipe por me acompanhar e me incentivar em todos os momentos. Não poderia ter melhor parceiro e companheiro nessa trajetória.

Agradeço a este Deus incrível a quem sirvo e que faz tudo ter um sentido único e pessoal.

Em tempo....

Aos colegas do CAPSIA, não teria palavras para expressar o quanto admiro o trabalho que vocês realizam e o quanto aprendi durante esses dois anos. Obrigada Jaque por ser essa profissional apaixonada pelo que faz, o que me motivou e continua me motivando a ir além do lugar comum da profissão, e a professora Eunice, que escolheu o melhor campo de estágio para mim!

Aos colegas da Prefeitura, obrigada Bel porque essa sua fome de conhecimento e sua busca por romper com a zona de conforto a qual estamos tão acostumados me permitiu conhecer um outro aspecto da profissão, que é de romper com os paradigmas já estabelecidos e ir para além do que já está posto

A professora Maira que foi uma verdadeira parceira durante os últimos semestres, obrigada por me permitir contar contigo!

## RESUMO

Este trabalho tem por tema o acompanhamento da transição dos pacientes do CAPS infantil para os CAPS adultos, na cidade de Santa Cruz do Sul, RS. Quando os usuários do Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS – infantil completam 18 anos, precisam, necessariamente, ser transferidos para outro centro de referência, a saber, o CAPS adulto. Assim, durante março de 2015 a dezembro de 2016 propomos a analisar como este processo ocorria. Portanto, a proposta motivadora do trabalho foi compreender como efetivar o acompanhamento da transição dos pacientes de 18 anos para o CAPS adulto, isso porque a sistematização deste acompanhamento não é tarefa fácil, para ambos os serviços de referência, no entanto, não deve ser desprezado. Nesse sentido questionamos: Como vem sendo possível garantir a efetividade do processo de transição do CAPS infantil para os CAPS adultos, a partir da intervenção da estagiária de Serviço Social de dezembro de 2015 a julho de 2016? No intuito de responder ao questionamento posto, formulou-se três hipóteses que abordaram a efetividade do processo de transição a partir da análise da elaboração de um plano de ação para o acompanhamento da transição do usuário do CAPS infantil para os CAPS adultos, reuniões com multiprofissionais para apresentação, discussão e encaminhamentos, e, por fim, visitas domiciliares no intuito de verificar a efetividade do plano de ação proposto e a impressão dos usuários e familiares do processo de transição e do novo serviço de referência. O trabalho amparou-se no método de abordagem hipotético-dedutivo e foi utilizado o método de procedimento de pesquisa documental. Aliado a estes, também foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica, bem como através de uma pesquisa qualitativa, estruturou-se o trabalho para ao seu fim, verificar a efetividade ora questionada. Concluiu-se o trabalho apontando para que, muito embora o processo de transição, a partir do projeto de intervenção, tenha se dado de forma mais orgânica graças à sistematização e o acompanhamento das transições pelo Serviço Social, o mesmo ainda encontra inúmeros desafios para sua total eficácia, sendo que estes percalços permitiram vislumbrar que a atuação do Serviço Social pode garantir, mesmo que de forma relativa, um acompanhamento mais eficaz na transição do CAPS infantil para os CAPS adultos.

Palavras-Chaves: Serviço Social; Atendimento Psicossocial; Transição;

## ABSTRACT

The purpose of this study is to follow the transition of patients from the childhood service to the adult service in Mental Care in the city of Santa Cruz do Sul, RS. When users of the Psychosocial Care Center - CAPS - infants reach the age of 18, they must necessarily be transferred to another referral center, namely the adult CAPS. Thus, during March 2015 to December 2016 we propose to analyze how this process occurred. Therefore, the purpose of the study was to understand how to monitor the transition of 18-year-old patients to adult CAPS, because the systematization of this follow-up is not an easy task for both referral services, however, it should not be overlooked. In this sense, we asked: How has it been possible to guarantee the effectiveness of the transition process from childhood CAPS to adult CAPS, from the intervention of the Social Work trainee from December 2015 to July 2016? In order to respond to the questioning put forward, three hypotheses were formulated that addressed the effectiveness of the transition process from the analysis of the elaboration of an action plan to follow the transition from the user of the child CAPS to the adult CAPS, multidisciplinary meetings for Presentation, discussion and referrals, and, finally, domiciliary visits in order to verify the effectiveness of the proposed action plan and the printing of the users and family members of the transition process and the new reference service. The work was based on the hypothetical-deductive approach method and the documental research procedure method was used. Allied to these, the method of bibliographic research was also used, as well as through a qualitative research, the work was structured for its purpose, to verify the effectiveness under question. The paper concludes that, although the transition process, from the intervention project, has taken place in a more organic way thanks to the systematization and monitoring of transitions through Social Work, it still encounters numerous challenges for its. These mishaps have made it possible to envisage that the work of the Social Service can guarantee, even in relative terms, a more effective monitoring of the transition from child CAPS to adult CAPS.

Keywords: Social Work; Psychosocial Care; Transition;

## LISTA DE ABREVIATURAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS AD	Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e outras drogas
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPSIA	Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência
CAS	Centro de Atendimento a Semiliberdade
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Ministério Público
PTS	Plano Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
PARTE I – PROJETO DA PESQUISA.....	12
1 PROBLEMÁTICA .....	12
1.1 Origem do problema de TCC .....	12
1.2 Fundamentação Teórica da Categoria Central de Análise.....	13
1.3 Hipóteses .....	17
1.4 Objetivos .....	18
1.4.1 Objetivo Geral: .....	18
1.4.2 Objetivos Específicos: .....	18
1.5 Revisão de Literatura .....	18
2. METODOLOGIA.....	23
PARTE II – RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	25
1 POLÍTICA SOCIAL E CAMPO.....	25
2 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA GÊNESE DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	29
3. A IMPORTÂNCIA DAS REUNIÕES ENTRE EQUIPES PARA O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DOS PACIENTES.....	42
4. VISITAS DOMICILIARES COMO INSTRUMENTO PARA O PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DAS TRANSIÇÕES .....	45
CONSIDERAÇÕES.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

## INTRODUÇÃO

É um desafio cotidiano para os profissionais de um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) lidar com o contexto familiar e social de cada usuário, buscando sistematizar um fluxo de atendimento sem, no entanto, reproduzir o controle, que interfere na autonomia de cada sujeito.

Esse foi o pensamento que norteou a elaboração primeiramente do projeto de intervenção desta graduanda em meados de 2015 e após, o projeto e o trabalho de conclusão de curso (TCC) em si. Construir um espaço de diálogo com pacientes e familiares de usuários do Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA), que ao completarem 18 anos precisam ser transferidos para CAPS adulto, é uma tarefa contínua. A demanda sempre existiu mesmo antes do estágio em Serviço Social na unidade, a transição e o encaminhamento ao outro serviço especializado também, porém o acompanhamento e construção dessa transição nunca teve uma participação e envolvimento de todos os atores sociais presentes: família, usuário, técnicos dos CAPS infantil e adulto.

O acompanhamento da transição dos pacientes adolescentes que completam 18 anos no CAPS Infantil e que necessariamente são transferidos para o CAPS adulto foi uma proposta de intervenção da estagiária no serviço, durante o período de estágio de março de 2015 a dezembro de 2016. A partir da aplicação e dos resultados obtidos, a preocupação se volta para a continuidade e efetividade desse processo nos trâmites cotidianos dos pacientes de um serviço infantil para o adulto.

A importância deste projeto está em três instâncias: na da acadêmica enquanto estagiária, para a organização e para os usuários do serviço. Na lei que regulamenta a profissão do Assistente Social (LOAS), no artigo 4º está posto por “III-encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população” e também, no artigo 5º, quanto as atribuições privativas “I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social” (BRASIL, 1993). Essas características que podem ser comprovadas no cotidiano de trabalho da assistente social no CAPSIA.

A proposta deste Trabalho de Conclusão de Curso discorre sobre esse principal objetivo: compreender como efetivar o acompanhamento da transição dos pacientes de 18 anos para o CAPS adulto. Para isso, partiu-se de construir um percurso teórico, que buscou revisar autores sobre o trabalho em rede, a

importância do planejamento e analisar a correlação de forças encontradas nos espaços de atuação profissional. Tendo como pano de fundo sempre a ação do assistente social e de como o mesmo pode contribuir para este processo.

A medida em que o trabalho foi sendo construído e aplicado, foi possível perceber que o entendimento da importância desse acompanhamento veio ao encontro da percepção do profissional do Serviço Social e procurou-se, assim, focar em como, no espaço ao qual o TCC utilizou como campo de observação e aplicação do projeto, o assistente social atribuiu a si a tarefa de executar e pensar estratégias para acompanhar os pacientes nesse processo de transição.

Para dar fluidez ao texto, o mesmo foi pensado a partir da elaboração de quatro capítulos principais, que partem das hipóteses elencadas como respostas ao objetivo específico desse trabalho.

No primeiro capítulo, objetivou-se construir-se um espaço de revisão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação da Política de Saúde e principalmente dar um panorama contextual da luta pela Reforma Psiquiátrica e de como, a partir dela, se pôde repensar a saúde mental no país. Foi a partir desse movimento de ruptura com a ideia manicomial, de cerceamento de liberdades, de estereótipos, que o sujeito em sofrimento psíquico pôde encontrar um espaço de construção de direitos, um espaço de fala e de escuta. E essa é a principal diferença do atendimento ofertado em um Centro de Atendimento.

No segundo capítulo, iniciou-se a reflexão a partir das hipóteses, sendo a primeira a de que a efetividade da transição pôde ser garantida a partir da elaboração de um plano de ação para o acompanhamento do usuário. Esse plano é pensado conjuntamente entre as equipes de atendimento do CAPS infantil e adulto e também com a autonomia da família e usuário. Muitos foram os casos que, no entendimento da equipe técnica do CAPSIA estaria no momento oportuno a serem inserido no serviço adulto; porém, tanto a família quanto o paciente, optaram por permanecer mais um tempo no serviço infantil. Essa premissa sempre existe e sempre existiu e deve ser garantida a todos, partindo-se do princípio de que a autonomia e o protagonismo do paciente em saúde mental são prioritários.

No terceiro capítulo, a ideia foi de refletir sobre como a efetividade do processo pôde ser garantida em reuniões entre as equipes e também a partir de contatos direto com os técnicos dos demais serviços. Essa hipótese é de fundamental importância, já que essa aproximação torna os serviços passíveis de

construir um fluxo e um discurso único de atendimento e possibilita que o paciente e familiares percebam a rede de atendimento em saúde mental disponível para garantir a eficiência e o efetivo tratamento.

O capítulo quatro finaliza com a hipótese de que através de visitas domiciliares é possível garantir a efetividade do processo, já que através desse dispositivo torna-se claro o que pôde ser alcançado do plano de ação previamente traçado e as percepções dos usuários e familiares quanto ao acolhimento dos outros serviços.

É importante frisar que essa sistematização no acompanhamento dos pacientes não é tarefa fácil para nenhum dos serviços, mas isso não diminui a relevância em se construir dispositivos e instrumentos para que o mesmo possa ser efetivado. A partir dos inúmeros diários que foram elaborados pela estagiária durante o período de estágio supervisionado no CAPSIA, de janeiro de 2015 a novembro de 2016, pôde-se perceber que a equipe dos técnicos do CAPS infantil possui uma genuína preocupação com os pacientes e sua inserção em espaços de tratamento até então desconhecidos, e essa mesma equipe não se exime de compreender seu papel durante esse processo e o senso de responsabilidade que tem em acompanhar esse processo.

Os debates que ocorreram durante dois anos de estágio, as reuniões de equipe e entre equipes, permitiu a estagiária um espaço privilegiado e constante de observação, que permitiu a identificação dessa demanda de intervenção e também da associação quase que imediata da atuação do assistente social nesse sentido. Em parte isso foi possível devido a iniciativa e pro atividade da profissional inserida no serviço, supervisora desse período de aprendizado e em parte devido a consideração e valorização que o Serviço Social tem junto aos demais técnicos da equipe. Essa perspectiva contribuiu, e muito, para que esse trabalho pudesse encontrar subsídios, parceiros e continuidade para que pudesse ser iniciado como um projeto de intervenção a ser aplicado durante um semestre somente, para uma sistematização e elaboração de um TCC.

## **PARTE I – PROJETO DA PESQUISA**

### **1 PROBLEMÁTICA**

#### **1.1 Origem do problema de TCC**

O CAPSIA atende desde 2002, exclusivamente, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico bem como usuários e ex-usuários de drogas. Formado por uma equipe multidisciplinar composta por um quadro de profissionais das áreas de saúde (enfermeira, técnica em enfermagem, psicólogos, psiquiátricas, assistente social, terapeuta ocupacional, redutora de danos, fonoaudióloga e nutricionista), seu objetivo é uma perspectiva diferenciada da “doença”. O setor (serviço) é vinculado à Secretaria da Saúde e vem atuando há mais de treze anos na cidade e beneficiando toda a região do Rio Pardo.

Durante o período de estágios curriculares obrigatórios a acadêmica pode acompanhar a atuação destes profissionais na área da Saúde Mental. Durante o estágio curricular I, com foco na observação, foi realizado um levantamento geral dos atendimentos realizados pelo serviço através do geoprocessamento, em que foram tabulados todos os prontuários dos pacientes ativos do CAPS. Como resultado, chegou-se ao número de 300 pacientes atendidos, sendo que, destes, 33 completaram 18 anos no próximo ano e que, segundo a regulamentação de atendimento do CAPSIA deverão ser transferidos para o CAPS adulto para que o paciente possa continuar seu tratamento. Tendo em vista este número elevado, nos horários de supervisão com a assistente social da equipe questionou-se a respeito de como era o procedimento habitual durante esse período de transição e pode-se identificar que ainda não havia sido elaborado um plano para garantir uma vinculação dos nossos pacientes com o outro serviço. Discutindo esse assunto nas reuniões de equipe, em que se ouviu de diversos profissionais exemplos de casos em que os pacientes não seguiram o tratamento, tentaram, mas não aderiram a dinâmica do outro serviço. Percebendo essa dificuldade na organização e pensando em como dinamizar essa transição, surgiu a proposta do projeto de intervenção.

Os adolescentes que estão em vias de completar 18 anos e que, por lei devem ser transferidos para unidades que atendam adultos em saúde mental são uma preocupação constante da equipe, devido ao atendimento distinto dispensado

nessas unidades, um exemplo é nas buscas ativas, que são uma característica marcante do CAPSIA e demanda tempo e disponibilidade dos técnicos. Conversando com a assistente social, elaboramos uma forma de construir um alinhamento para que o tratamento dispensado pelo CAPSIA, pelo qual o paciente se identifica, possa ser encontrado também no serviço ao qual ele fará parte. Essa transição tem sido muitas vezes negativas, ocorrendo inclusive desistências de tratamentos, não continuação e falta de vínculo com a nova equipe. Acredito que o Serviço Social possa, por seu olhar interdisciplinar, aproximar essas unidades e propor estratégias para tornar essa passagem algo efetivo e natural no processo de cuidado.

O significado social da profissão depende, e muito, das relações estabelecidas com os sujeitos sociais que o contratam e que estão na gestão das políticas sociais.

A natureza qualitativa dessa especialização do trabalho se preserva nas várias inserções ocupacionais, o significado social do seu processamento não é idêntico nas diferenciadas condições em que se realiza esse trabalho porquanto envolvido em relações sociais distintas (IAMAMOTO, 2007, p. 215).

Assim, a partir da experiência adquirida no projeto de intervenção realizado no CAPS infantil da cidade de Santa Cruz do Sul, questiona-se: Como vem sendo possível garantir a efetividade do **processo de transição** do CAPS infantil para os CAPS adultos, a partir da intervenção da estagiária de Serviço Social de dezembro de 2015 a julho de 2016?

## 1.2 Fundamentação Teórica da Categoria Central de Análise

Elencar uma categoria central foi uma tarefa árdua nesse processo de elaboração do TCC, tendo em vista que o processo de transição não pôde ser encontrado em materiais bibliográficos pesquisados pela estagiária.

A tarefa, que de início pareceu árdua, mostrou-se incompatível com as pesquisas realizadas pela estudante e também com o tempo necessário para tal desafio. Optou-se, então, por se fundamentar teoricamente a partir do entendimento de que como um serviço especializado de Saúde Mental, garantido em Portarias e

Normativas nacionais, o CAPS, seja enquanto infantil seja adulto, precisa ser contínuo no efetivo atendimento às questões psicossociais dos usuários e que a fragmentação ou segmentação do serviço, deve-se a questões de sistematização e operacionalização do atendimento em si e que isso, por si só, não pode se repercutir negativamente no serviço prestado.

É a partir da Constituição Federal de 1988 que surgiram novas formas de se ver o papel do Estado com o ente garantidor de direitos e garantias fundamentais e coletivas, promotor do desenvolvimento nacional e de políticas públicas de inclusão social – leia-se direitos sociais (RODRIGUES; LANGARO, 2011).

Em seu artigo 3º, a Constituição elenca os objetivos fundamentais da República Federativa brasileira, que são:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Assim, a fim de cumprir seus objetivos fundamentais, a Constituição passa a organizar sua atividade administrativa e judiciária para executar dessas finalidades. Como comenta Meirelles, serviço público é “[...] todo aquele prestado pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade, ou simples conveniências do Estado” (2003, p. 319).

É no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que se estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), sendo que:

- Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
  - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

É no SUS que se institui a garantia de acesso universal ao serviço de saúde, sem discriminação das ações e dos serviços ofertados em todos os níveis de atenção, bem como a integração das várias dimensões dos processos de saúde para uma prestação continuada, ou seja, um conjunto de ações que visam garantir a promoção, proteção, cura e a reabilitação de indivíduos e grupos de indivíduos (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Comenta Schwartz (2001) que na Constituição brasileira constam diversos dispositivos que dizem respeito ao direito à saúde, tais como os artigos 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 216, 218, 220, 225, 227, 230.

Toda essa normatização acerca da saúde:

Esses princípios e diretrizes, tão caros aos profissionais que trabalham no serviço público, devem presidir as políticas, os planos e as ações desencadeadas no cotidiano do trabalho. Não devem ser letras mortas, ou apenas discursos. Exercitar a universalidade concretamente nas unidades de saúde exige comprometimento das equipes e conhecimento das dinâmicas e necessidades do território (RIBEIRO, s/ano, p. 51).

Nesse sentido, é necessário problematizar a questão do encaminhamento aos serviços de atendimento. O princípio do chamado encaminhamento implicado, refere-se a “romper com os automatismos que produzem o engessamento e a baixa eficiência dos serviços de saúde” (ARANTES, s/ano, p. 23). O autor entende o encaminhamento para além do preenchimento de uma guia de referência, preenchimento de um papel.

Conhecer e apropriar-se da história daquela família, apresentar o caso [...] O que este princípio visa é a superação de uma 'lógica de abandono' das famílias e das crianças e adolescentes na busca por atendimento para suas necessidades, representada pela histórica atitude de preencher guias de referência e contrarreferência (ARANTES, s/ano, p.23).

Nesta esteira de mudanças ocorridas no âmbito da saúde, várias foram as transformações no campo das políticas públicas estatais de desenvolvimento e de inclusão social. As políticas utilizadas a partir de então passam promover melhores resultados, passam a levar em conta a forma como as decisões são tomadas e as técnicas utilizadas para a solução dos problemas (RODRIGUES; LANGARO, 2011). Conforme dispõe o artigo 37 da Constituição: “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e **eficiência** [...]” (grifo nosso) (BRASIL, 1988).

Assim, o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições legais, baixou a portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, portaria esta que passou a definir e estabelecer as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, que passaram a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSIA e Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPS AD).<sup>1</sup>

Assim, os CAPS ficaram organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende 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; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

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

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011a).

Portanto, com esta reforma o Estado, no intuito de melhorar a organização e seu sistema institucional, na tentativa de harmonizá-lo e torná-lo mais eficiente, reformulou-se a atuação do CAPS em unidades especializadas, mas sem deixar de ser um serviço uno, saúde, somente estruturados, organizados, disciplinados para melhor alcançar os objetivos públicos (DI PIETRO, 2009).

---

<sup>1</sup> Sobre o assunto, ver: BRASIL, 2002 e BRASIL, 2011b.

Nessa perspectiva, a continuidade do serviço público, termo utilizado no Direito Administrativo, para referir-se a prestação de serviços essenciais que não podem ser interrompidos. Entende-se que o atendimento ao usuário de saúde mental, adolescente, deve ter continuidade no CAPS adulto e que o acompanhamento pode ser uma maneira de garantir a efetividade no vínculo e no acolhimento do usuário, já que o mesmo já tem esse tipo de relação com a equipe do CAPS infantil.

Segundo Arantes (s/ano), na saúde mental a prática de acolhimento é central na maneira de executar um atendimento.

Diz respeito a posição a ser assumida pelo profissional que recebe e acompanha um usuário, como aos processos de trabalho que devem orientar o funcionamento das portas de entradas dos serviços. Ela está diretamente relacionada à ampliação do acesso (ARANTES, s/ano, p. 18)

Portanto, com o objetivo de alcançar melhores resultados na prestação do serviço público, optou-se pela fragmentação ou segmentação do serviço de saúde em CAPS infantil, para usuários de até 18 anos incompletos e CAPS adulto, para usuários de 18 anos completos ou mais.

A ideia central do princípio da continuidade do serviço público é de não prejudicar o atendimento à população, uma vez que os serviços essenciais não podem ser interrompidos e, neste caso, o CAPS é um dos equipamentos da rede de saúde pública oferecidos em Santa Cruz do Sul.

### **1.3 Hipóteses**

I. A efetividade do processo de transição pôde ser garantida a partir da elaboração de um plano de ação para o acompanhamento da transição do usuário do CAPS infantil para o CAPS adulto. Este plano de ação foi construído conjuntamente com a equipe multidisciplinar do CAPS infantil, CAPS adulto, familiares dos usuários e usuários, contemplando as especificidades de cada caso.

II. A efetividade do processo de transição pôde ser garantida a partir de reuniões das equipes multidisciplinares do CAPS infantil e CAPS adulto para a apresentação,

discussão e encaminhamento dos casos em transição. Os espaços destas discussões deram-se junto às reuniões de equipe dos serviços, bem como através do contato individual com membros dos serviços (técnicos de referência).

III. A efetividade do processo de transição pôde ser garantida através de visitas domiciliares. As visitas foram realizadas com objetivo de verificar a efetividade do plano de ação proposto e a impressão dos usuários e familiares dos usuários quanto ao atendimento no novo serviço de referência, a saber, o CAPS adulto.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo Geral:**

Analisar a implementação da efetividade do acompanhamento no processo de transição dos usuários adolescentes do CAPS infantil para os CAPS adultos no município de Santa Cruz do Sul.

### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar se elaboração do plano de ação foi efetivo para o processo de transição;
- Compreender se nas reuniões de equipe foi possível esclarecer a importância do processo de transição;
- Analisar se as visitas domiciliares contribuíram com o processo de transição;

## **1.5 Revisão de Literatura**

Na fase de construção deste trabalho, optou-se por três categorias centrais de abordagem, planejamento, correlação de forças e redes, enfoque dado a partir dos objetivos específicos elencados acima.

Para que se possa construir planos de transição faz-se necessária uma revisão sobre como planejar e elaborar planos individuais que considerem as particularidades de cada paciente e suas demandas.

A segunda categoria, de correlação de forças, foi identificada como uma forte tendência nas equipes, apontada durante todo o período de estágio no CAPSIA, nas reuniões entre equipes e com os técnicos do serviço. Compreender a dinâmica de atuação, as competências e organização dos trabalhos, é essencial para que se possa estabelecer o acompanhamento das transições dos pacientes.

Por último, a categoria de redes surgiu da necessidade de apreender teoricamente o papel e importância das redes para a fluidez do trabalho, para a execução e aprimoramento do trabalho entre equipes.

## **PLANEJAMENTO**

A Política de Saúde Mental demanda ações que englobem diversos aspectos da vida dos sujeitos, “a produção de saúde mental, segundo a Vigilância em Saúde, significa planejar e propor ações que considerem a relação estabelecida, de forma individual e coletiva entre sujeito e cultura” (SILVA, 2004, p. 142).

A ampliação das ações técnicas do Serviço Social está em construir espaço sócio ocupacionais no “âmbito das discussões interdisciplinar”. A necessidade de se pensar novas estratégias mais qualificadas e implementar legitimidade. O objetivo norteador do trabalho social está no “marco conceitual da promoção da saúde” e demais pautas indicadas pelo Ministério da Saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 274).

Nessa perspectiva, o papel do assistente social tem sido fundamental na construção da integralidade em saúde. Essa integralidade é possível se levarmos em consideração a premissa de que todo o trabalho técnico se constitui como parte de um processo, pois é um “conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente” (MIOTO, *apud* MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 281).

O desafio é re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que vivenciam, não só como

vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade. Essa discussão é parte dos rumos perseguidos pelo trabalho profissionais contemporâneo (IAMAMOTO, *apud* BISNETO, 2009, p. 207).

Um projeto está relacionado, ele não existe por si só, mas necessita estar conectado com o contexto social, ter objetivos claros e um planejamento que dê conta de potencializar a pesquisa por uma resposta aos problemas ou problema levantado. O projeto existe como uma ação social que, a partir de suas atividades, sejam práticas ou teóricas, buscando colocar em práticas políticas e programas a partir de ações concretas e fundamentadas.

## **CORRELAÇÃO DE FORÇAS**

Entender o papel de cada função dentro de uma equipe multiprofissional como a encontrada no CAPSIA é o que foi o gatilho para a pesquisa dessa categoria. Para tal é necessário destacar que o adoecimento de crianças e adolescentes não é um fenômeno recente e nem tão atual como se possa imaginar e de que produzir saúde ou mesmo promove-la requer compreender onde afinal está os sintomas primeiros do adoecimento. Nesse sentido, o Serviço Social contribui ao utilizar-se de entendimento no campo do momento histórico em que se vive, as relações constituídas no seio das comunidades e das famílias e os contextos culturais.

A questão de se trabalhar como equipe multiprofissional não quer dizer, necessariamente trabalhar em equipe. Essa distinção pode ser sentida em muitos embater teóricos que são perceptíveis nas práticas de atuação de cada área.

Conforme retrata Costa (2007, s/p),

O trabalho multiprofissional pode ser realizado, como é visível em alguns momentos da pesquisa, na qual surge de forma esfacelada, fragmentada. O trabalho em equipe implica trabalho coletivo no qual cada profissional coloca seus conhecimentos, seus sentimentos e suas expectativas em função de um objetivo compartilhado. Logo, é mister que exista inter-relação entre os agentes, os usuários e o mundo vivido (sociopsíquico) e que dessa inter-relação surja um processo de produção de vínculos e de saúde.

O trabalho com diferentes profissionais é rico em conhecimento e como diversificação nas ferramentas utilizadas, porém faz-se necessário um constante

nivelamento e alinhamento nas práticas cotidianas para que as ações sejam coesas e eficazes e não se percam em teóricas e discursos dentro dos projetos políticos de cada técnico. É a partir do diálogo, reuniões e troca de saberes que uma equipe se torna apta a atuar com os usuários e um entendimento do contexto em cada um vive e se constitui.

## **REDES**

A priori, a rede para se constituir efetivamente em uma rede, necessita de determinados parâmetros característicos. Conforme menciona Neves (2009), a interlocução entre os diferentes perfis profissionais e as áreas técnicas apontam para a construção e o estabelecimento da rede. “A integração de ações coletivas pode ainda ser realizada por meio do intercâmbio entre as categorias profissionais, aspecto que facilita a viabilização do fluxo de informações, juntamente às intervenções sociais passíveis de maior sucesso” (NEVES, 2009, p. 147).

Importante aspecto nesse nível relacional é que nas redes, a hierarquização não é estabelecida da mesma maneira, ou seja, os papéis de coordenação são exercidos em conjunto com os demais técnicos da equipe, sem, de fato, uma verticalização de poder.

Nas redes, o poder se desconcentra, por isso também a informação se distribui e a livre intercomunicação horizontal torna-se uma exigência essencial para o bom funcionamento de uma rede. Todos os seus membros têm que ter acesso a todas as informações que nela circulem pelos canais que os interliguem (NEVES, 2009, p.153).

O trabalho articulado favorece a prática da troca de experiências, e de saberes. Elas são espaços alternativos para que se possa articular os atores envolvidos na ação profissional comum. A utilização e o envolvimento em rede, torna possível que o trabalho do assistente social possa contribuir para um outro olhar da realidade social e para efetivação das políticas públicas.

O funcionamento interno da rede psicossocial, segundo informações do Ministério da Saúde:

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS i
•Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes	•Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes	•Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes	•Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.	•Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes	•Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

FONTE: BRASIL, 2011b, p. 14

A partir desse quadro é possível perceber que os CAPS são os dispositivos encontrados para atender uma demanda diferenciada na saúde: que é dos casos referentes a saúde mental, que necessitam de um olhar e um acompanhamento técnico não ambulatorial. Embora o usuário vincule-se ao serviço a partir de seus sintomas, a permanência dele no serviço não se restringe simplesmente aos sintomas físicos apresentados, mas também considera-se o contexto social e econômico em que ele se insere.

## 2. METODOLOGIA

Tendo em vista que a investigação proposta na pesquisa parte da premissa da garantia da efetividade da transição dos usuários do CAPS infantil para o CAPS adulto foi realizada uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa foi utilizada para a avaliação, junto a usuários e familiares de usuários, e também das equipes técnicas envolvidas, da proposta de transição. Nesta etapa foram elaborados e utilizados questionários semiestruturados para identificação dos eventuais pontos positivos e negativos da transição com o objetivo de garantir, ao fim do projeto, efetividade. Na outra etapa, houve a análise do material de estágio, produzido a partir dos relatórios de estágios I, II, III e IV e também dos diários de campo.

Tendo em vista essa organização, primeiramente foram utilizados os relatórios finais do estágio IV elaborados pela estagiária para propor a aplicação efetiva do acompanhamento no processo de transição dos pacientes do CAPS infantil. Após, foi avaliado a aplicação desse processo junto com a equipe do CAPSIA, comparando os resultados dessa etapa com os resultados obtidos no estágio III e IV da acadêmica.

Quanto aos métodos de procedimento foi utilizado o método de pesquisa documental e, aliado a este, a pesquisa bibliográfica. A pesquisa documental foi realizada a partir da análise dos diários de campo, desenvolvidos durante os estágios curriculares obrigatórios no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 no CAPSIA, dos relatórios entregues ao final de cada etapa do estágio. Buscou-se utilizar cada um desses instrumentos no intuito de se ter uma visão mais ampla do espaço sócio-ocupacional. O método bibliográfico foi utilizado para explicar o problema a partir de referências teóricas já publicadas, constituídas principalmente de obras literárias, artigos, revistas e periódicos científicos. Pretende-se com a utilização deste método, conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes, a fim de se utilizar destas contribuições para solucionar o problema posto.

Quanto ao método de abordagem foi utilizado o método hipotético-dedutivo, que a partir de preposições lógicas e verdadeiras, busca solucionar o problema de pesquisa posto através da formulação de diversas proposições. Após a elaboração destas, as mesmas são confrontadas e, caso não sejam falseadas ou refutadas, são

corroboradas.

## **PARTE II – RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS**

### **1 POLÍTICA SOCIAL E CAMPO DE SAÚDE MENTAL**

Nesse capítulo, busca-se, de maneira introdutória, discutir as bases da Política de Saúde no cenário brasileiro, especificamente sobre a Saúde Mental, espaços nos quais os CAPS são constituídos.

O cenário de institucionalização do cuidado começa a ser reordenado e rediscutido a partir do Estatuto da criança e do Adolescente (1990) e com a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, os quais preveem estratégias de cuidado na base territorial e comunitária dos sujeitos. Nesse sentido, o atendimento integral a pessoa com transtorno mental se dá a partir da aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dentre as medidas para garantir esse atendimento está a criação de Centros Psicossociais de Atendimento – CAPS, caracterizados por serviços comunitários que necessitam produzir marcar constitutivas sob três pilares: cotidiano, rede e clínica.

No Brasil, a desinstitucionalização da loucura toma forma a partir do final da década de 1970 e início dos anos 1980, no sentido de um rompimento com o modelo médico na assistência a pessoas com sofrimento psíquico. O primeiro CAPS legitimou-se em 1986, em São Paulo e três anos depois foi que o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) tramitou no Congresso Nacional com a proposta de extinção progressiva dos manicômios. Essa tramitação perdurou por doze anos e em abril de 2001 finalmente se constitui lei (Lei nº 10.216) da Reforma Psiquiátrica.

Em Santa Cruz do Sul, as primeiras reivindicações no cenário da saúde mental ocorreram a partir de 1996 quando os técnicos recém-empossados na área de saúde começaram a criticar a precariedade da assistência a pessoas em sofrimento psíquico e a reivindicar a implementação de uma Política de Saúde Mental, que no cenário nacional já se discutia.

Até este momento, os atendimentos eram realizados exclusivamente através das internações na Clínica Vida Nova, única assistência no âmbito da saúde mental no município desde o século XIX, mais precisamente 1889.

A Clínica de Repouso Vida Nova tratava de diversas enfermidades, como tuberculose, doenças venéreas, doenças de pele, “problemas nervosos”. A partir de 1940, registros maiores de histeria, esquizofrenia, entre outros podem ser

encontrados. Em 1970, este estabelecimento passa a ser reconhecido como Clínica Psiquiátrica com a chegada do primeiro médico especializado em Psiquiatria.

Após 1996, os novos profissionais de saúde reuniram-se a fim de discutir uma proposta de reestruturação da política de Saúde Mental em Santa Cruz do Sul. O próximo passo foi levar à Câmara de Vereadores a proposta de desconstrução do aparato asilar no município. O primeiro CAPS em Santa Cruz iniciou suas atividades em 1997, a Clínica, porém só fechou suas portas em definitivo em 1999.

A unidade da infância e adolescência do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSIA - de Santa Cruz do Sul atua desde 2002 no município, atualmente atendendo mais de 500 casos, através de uma equipe multidisciplinar de técnicos com a responsabilidade de desenvolver planos terapêuticos para o sofrimento psíquico dos pacientes, crianças e adolescentes do município e da região (Candelária, Vale do Sol...).

O CAPSIA é um setor (serviço) vinculado à Secretaria de Saúde, criado por medida de ajustamento de conduta por parte do Ministério Público (MP), isso quer dizer que o órgão, utilizando-se de sua influência protocolou um pedido de criação da unidade sob multa diária de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) até que o mesmo fosse cumprido.

Implantado há treze anos no município, atende exclusivamente crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, usuários e ex-usuários de drogas. Com um quadro de profissionais das áreas de saúde (enfermeira, técnica em enfermagem, psicólogos, psiquiátricas, assistente social, terapeuta ocupacional, redutora de danos, fonoaudióloga e nutricionista) o objetivo do atendimento nos CAPS é de uma perspectiva diferenciado da “doença”, procurando-se fornecer um Plano Terapêutico diferenciado para cada paciente.

O período de estágio nesse serviço teve início no primeiro semestre de 2015 e com término em novembro de 2016, com 12 horas semanais. Nesse período foi possível acompanhar a assistente social nas diversas atividades executadas pela mesma, sejam visitas domiciliares, atendimentos e entrevistas na sede do CAPSIA e reuniões de equipe.

Os adolescentes que estão em vias de completar 18 anos e que, por lei devem ser transferidos para unidades que atendam adultos em saúde mental são uma preocupação constante da equipe, devido ao atendimento distinto dispensado nessas unidades. Um exemplo é nas buscas ativas, que são uma característica

marcante do CAPSIA e demanda tempo e disponibilidade dos técnicos. Conversando com a assistente social, elaboramos uma forma de construir um alinhamento para que o tratamento dispensado pelo CAPSIA, pelo qual o paciente se identifica, possa ser encontrado também no serviço ao qual ele fará parte. Essa transição tem sido muitas vezes negativa, ocorrendo inclusive desistências de tratamentos, não continuação e falta de vínculo com a nova equipe. Nesse sentido, o Serviço Social possibilita, por seu olhar interdisciplinar, aproximar essas unidades e propor estratégias para tornar essa passagem algo efetivo e natural no processo de cuidado.

Pensar teoricamente o objeto no campo do Serviço Social parte-se do entendimento de que esse objeto é construído e reconstruído, mediante a intencionalidade da ação profissional e a realidade que se intervém. Conforme Iamamoto (2000), o objeto é específico e é considerado a questão social, a partir de suas múltiplas expressões.

Nessa perspectiva, o assistente social atua diretamente em seu cotidiano de trabalho com as expressões da questão social, seja na saúde, habitação, educação... A questão social como contexto de trabalho traz para o profissional grandes desafios devido as formas distintas que essas expressões “rebatem” na vida individual e coletiva dos sujeitos.

Guerra (2000), ao refletir sobre o trabalho do assistente social, traz que a gênese da profissão foi se alterando a medida que os profissionais foram encontrando meios de inserção e de apropriação da operacionalidade de seu trabalho. Comenta a autora que é da natureza da profissão de que “nas questões sociais a base de sustentação da profissionalidade e intervenção se realiza pela mediação organizacional de instituições públicas, privadas ou entidades de cunho filantrópico” (GUERRA, 2000, p. 18).

Nesse sentido, não existe um único processo de trabalho ao qual o assistente social se identifica, mas faz parte dos processos de trabalho em que os demais profissionais no local de trabalho estão inseridos. O objetivo de trabalho, por exemplo, é construído e reconstruído no cotidiano de atuação dos profissionais, ao se observar a realidade em que cada usuário se insere, já que é o mesmo que é o objetivo ou matéria-prima do profissional.

Como uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, o Serviço Social está constantemente definido seu papel nas relações estabelecidas no seu

ambiente de trabalho. É importante distinguir o trabalho concreto de trabalho abstrato.

Conforme Netto e Braz (2007), o trabalho concreto é aquele que se faz uso, que é diretamente útil. Essa característica, de construção de trabalho concreto, é inerente à sociedade, uma vez que

[...] somente valores de uso que satisfaçam necessidades sociais (humanas) de outrem e, portanto, sejam requisitados por outrem, constituem mercadoria; esta, pois, dispõem de uma dimensão que sempre vem vinculada ao seu valores de uso: a sua faculdade de ser trocada, vendida (o seu valor de troca)” (NETO; BRAZ, 2007, p. 80).

Segundo esses mesmos autores, quando o trabalho concreto é reduzido a um trabalho a partir de troca, aí é identificado como abstrato. Com vistas a analisar a prática da estagiária e compreender como seu objeto de intervenção foi sendo construído e reconstruído teoricamente e na sua materialidade, elaborou-se três hipóteses de pesquisa, conforme já explicitado no projeto deste TCC e que serão abordadas nos capítulos seguintes.

A primeira é de que a efetividade do processo de transição pôde ser garantida a partir da elaboração de um plano de ação para o acompanhamento da transição do usuário do CAPS infantil para o CAPS adulto. Este plano de ação foi construído conjuntamente com a equipe multidisciplinar do CAPS infantil, CAPS adulto, familiares dos usuários e usuários, contemplando as especificidades de cada caso. A segunda de que a efetividade do processo de transição pôde ser garantida a partir de reuniões das equipes multidisciplinares do CAPS infantil e CAPS adulto para a apresentação, discussão e encaminhamento dos casos em transição. Os espaços destas discussões deram-se junto às reuniões de equipe dos serviços, bem como através do contato individual com os membros dos serviços (técnicos de referência) e a terceira de que a efetividade do processo de transição pôde ser garantida através de visitas domiciliares. As visitas foram realizadas com o objetivo de verificar a efetividade do plano de ação proposto e a impressão dos usuários e familiares dos usuários quanto ao atendimento no novo serviço de referência, a saber, o CAPS adulto.

## **2 PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR NA GÊNESE DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

O capítulo 2 deste trabalho versa sobre uma reflexão acerca da importância da construção e planejamento dos planos de ação como forma de promover o protagonismo e autonomia dos técnicos e dos usuários do CAPS no que tange ao seu plano terapêutico e, no caso específico desta pesquisa, da transição para o CAPS adulto. Sendo assim, analisa a primeira hipótese desta pesquisa, que é: A efetividade do processo de transição pôde ser garantida a partir da elaboração de um plano de ação para o acompanhamento da transição do usuário do CAPS infantil para o CAPS adulto. Este plano de ação foi construído conjuntamente com a equipe multidisciplinar do CAPS infantil, CAPS adulto, familiares dos usuários e usuários, contemplando as especificidades de cada caso.

A mudança para um novo cenário, mesmo que dentro da mesma política de atendimento como é o CAPS sempre gera certas incertezas, tanto para a equipe que atende o usuário quanto para os próprios. A construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento fundamental de trabalho na saúde mental, “significa, então, um plano de ação voltado ao futuro de alguém, que cuida do sofrimento que precisa ser curado ou minimizado, que acompanha e está presente na busca da realização dos sonhos de uma pessoa” (KINOSHITA, 2014, p. 13).

É a partir do PTS que se discute e se promove a autonomia dos sujeitos e possibilita a construção de uma clínica interdisciplinar.

Clinicar, na perspectiva do SUS e da Reforma Psiquiátrica, implica em criar um conjunto de intervenções que traduza de forma criteriosa, a coerência existente entre os princípios, conceitos e modo de atuação (FREITAS, 2007, p. 98).

Conforme relato do Diário de Campo do dia 26.05.15, pode-se perceber que o PTS não é estanque e pode ser alterado a qualquer momento como o trecho demonstra:

Visitei junto com a assistente social e com a psicóloga uma escola no interior. O plano era visitar o ambiente escolar de um paciente, que está em oficina, mas que segundo a mãe está bem melhor e poderia ser liberado do tratamento no CAPSIA. As técnicas estavam inclinadas a concordar com a sugestão da mãe, porém decidiram realizar a visita antes de indicarem alta. Em conversa com as professoras e orientadora educacional, ouvindo os

relatos de quem trabalha diretamente com o paciente, embora elas concordem que houve melhoras significativas no comportamento geral do paciente, elas consideram interessante mantê-lo no CAPSIA, pois 'toda a ajuda é bem vinda' (sic).

É possível perceber que os técnicos precisam de toda a informação disponível para buscar alternativas de tratamento. No caso deste paciente, a inserção dele em oficina foi devido ao comportamento. Além do acompanhamento psiquiátrico, foi ofertada a possibilidade de inserção e oficinas terapêuticas. Durante o período em que esteve nas atividades, participou ativamente, segundo o relato das técnicas responsáveis. Conversando com os pais, a melhora se estendeu para o ambiente domiciliar. Na conversa com a escola, ficou claro que houve melhoramento também na relação com os demais colegas e com os professores, mas o entendimento da escola era de que a continuidade do tratamento permitiria uma maior segurança e um apoio a instituição do que apenas medicamentos através do psiquiatra no CAPSIA.

Esses espaços de aproximação com outros serviços, seja escolas, projetos sociais, entidades, posto de saúde, permitem dividir dados e colher o máximo de subsídios para a construção do plano terapêutico. É de praxe, que a partir da reunião de todos os dados, pareceres de professores, e outros profissionais, o caso seja apresentado na reunião de equipe interna do CAPSIA para uma construção conjunta do PTS. Essa integração de profissionais permite que o paciente não seja vinculado a somente uma área de conhecimento ou a um técnico de referência, mas a toda a equipe.

Segundo a Cartilha Clínica Ampliada que trata do PTS, este está definido como um “conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, resultado de uma discussão interdisciplinar de uma ou mais equipes onde todas as opiniões e propostas são importantes para tentar entender o sujeito” (BRASIL, 2008, p. 40).

O espaço do PTS também é privilegiado para a equipe construir a articulação dos diversos recursos de intervenção que ela dispõe (fazer um cardápio com as várias possibilidades de recursos disponíveis, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros). Dessa forma, é um espaço importantíssimo para avaliação e aperfeiçoamento desses mesmos recursos (Brasil, 2008, p. 55).

Nesse sentido, é possível resumir as ações necessárias em quatro

momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Na perspectiva apresentada até agora é perceptível nas ações no campo de estágio, em que se pôde comprovar a importância do planejamento das ações cotidianas, seja no momento de inserção do paciente no serviço, na permanência e manutenção do PTS, seja na transição para acompanhamento continuado em outro CAPS (que atenda adulto no caso).

Nos serviços de saúde, a prática conjunta no fazer profissional é realidade no cotidiano de trabalho. A interdisciplinaridade refere-se a intensa troca entre diferentes áreas do conhecimento, é uma estratégia que envolve troca de conhecimento. Na organização diária de atuação, alguns pontos acabam sendo empecilhos para o melhor funcionamento do trabalho em rede, como é o caso da transposição automática para o campo de trabalho compartilhado, bem como a estrutura rígida das instituições de ensino (VASCONCELLOS, 2001) o que dificulta a comunicação entre as disciplinas, que, conseqüentemente, se reflete na formação profissional.

A partir da construção da Hipótese I, de que a efetividade do processo de transição pôde ser garantida a partir da elaboração de um plano de ação para o acompanhamento da transição do usuário do CAPS infantil para o CAPS adulto. Este plano de ação foi construído conjuntamente e com a equipe multidisciplinar do CAPS infantil, CAPS adulto, familiares dos usuários e usuários, contemplando as especificidades de cada caso, procurou-se a sistematização e organização de teorias acerca do planejamento inicialmente referiam-se a economia, e progressivamente, porém foram sendo ampliadas para os setores sociais.

Conforme Campos, Abegão e Delamaro (2002, p. 14), “a competência técnica não descarta pelo contrário, deve buscar compreender e incorporar o conhecimento acumulado pelos próprios beneficiários e demais atores que vivenciam e estão a 'driblar' cotidianamente a situação-problema” e é por isso que o método de planejamento participativo e inclusivo é tão importante e essencial, principalmente no que diz respeito a perspectiva social.

A efetividade de uma intervenção pode ser medida a partir da “compreensão e do consentimento dos atores sociais envolvidos quanto aos propósitos do projeto” (CAMPOS, et. al, 2002, p. 14) e é por isso que, no contexto de atuação do CAPS, os métodos participativos, da rede e do paciente e seus responsáveis, é tão importante.

Entre os pontos de pauta, J. trouxe as pastas dos prontuários aos quais percebemos discrepâncias quanto ao tratamento (ter finalizado ou não) para que os profissionais possam verificar e aproveitou para chamar a atenção para o número de pacientes que somente são atendidos pelos médicos e que isso não faz parte do plano terapêutico e nem os objetivos do CAPS. (Trecho do Diário de Campo de 29.04.15).

Essa questão se tornou evidente, como o trecho demonstra, quando da atualização dos cadastros os paciente considerados ativo no serviço. Trabalho este realizado no estágio supervisionado nível I, no início de 2015. A metodologia consistia em ler e reler todas as pastas dos prontuários ativo, repassar as informações para planilha geral, que identifica o atendimento prestado, em quais o paciente ainda permanecia em atendimento, além de dados gerais como escola, responsáveis, quem encaminhou, idade, sexo.

O tratamento medicamentoso e o atendimento médico efetivo sempre terá uma ação de importância maior para os pacientes, principalmente para os pais. O que se percebe ao lidar com crianças e adolescentes é que os espaços sócio-ocupacionais em que os pacientes estão inseridos também consideram de primordial a ação medicamentosa e não a terapêutica.

O espaço institucional de tratamento à doença mental, foi, ao longo da história confundido com o ambiente hospitalar. Com a Reforma Psiquiátrica avançou-se na percepção sobre cuidado e sobre a responsabilidade de cada ente da sociedade: família, Estado e comunidade em geral.

A aprovação da Lei nº 10.216/2001, assegura ao usuário em sofrimento psíquico o direito a um tratamento respeitoso, com destaque para o papel da comunidade onde está inserido cada sujeito. Pela superação do ambiente hospitalar, focando em um serviço mais assistencial em Saúde Mental, com trabalho em rede, no território e integrado a Rede Básica de Saúde, com uma atenção universal à esse sujeito, sua família (ou responsáveis), seja nos aspectos sociais, de moradia, de saúde...

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção no atendimento ao usuário (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

Essa questão se torna evidente quando, no início do estágio I, uma das

funções às quais for designada a graduanda de Serviço Social foi de atualizar a planilha de geoprocessamento, que foi uma sistematização das informações referentes aos pacientes considerados em atendimento. A planilha criada continha todos os pacientes, com a reorganização dos atendimentos prestados, quais profissionais atendiam o paciente e demais informações relevantes ao caso. Esse processo consistiu em ler e reler todas as pastas de prontuários considerados ativos no serviço, repassar as informações para a planilha geral, em que identifica o atendimento prestado, em quais permanece, quando foi inserido, quando foi reavaliado, quais profissionais atendem, além de dados gerais como sexo, idade e qual serviço encaminhou.<sup>2</sup>

Entre dezembro de 2015 a junho de 2016, a aplicação do projeto conseguiu estabelecer a meta estabelecida quando da elaboração do projeto que eram cinco casos para iniciar o processo de acompanhamento da transição para os CAPS adultos.

Durante este período, conforme descrito, pôde-se efetivar três casos concretos de transição e vinculação com os serviços e dois deles, analisados e discutidos em equipe, acabaram sendo “descartados” para a transição. O primeiro deles devido a vinculação com o médico psiquiatra e o segundo pela não vinculação com o serviço e por falta de comprometimento com o trabalho realizado pela equipe, representada aqui pela estagiária.

Conforme Vasconcelos (1997), qualquer trabalho social que tenha como norte a prática profissional, necessariamente precisa discutir a construção de uma sociedade democrática e a ampliação e consolidação da cidadania ou seja, “uma prática educativa”. Essa prática tem como fundamentação a “socialização da informação como instrumento de indagação e ação sobre a realidade social” (VASCONCELOS, 1997, p. 134).

O significado social do profissional depende, e muito, das relações estabelecidas com os sujeitos sociais que o contratam e que estão na gestão das políticas sociais.

---

<sup>2</sup> Cabe lembrar que o CAPSIA a priori não é um serviço de portas abertas, ou seja, a rede de serviços de saúde, Conselho Tutelar ou Ministério Público, encaminham para o CAPS os casos que, avaliados na rede básica, são considerados de transtornos graves ou moderados. Abre-se precedente para casos de ideação suicida e para busca espontânea por atendimento ao usuário de drogas ilícitas ou álcool.

A natureza qualitativa dessa especialização do trabalho se preserva nas várias inserções ocupacionais, o significado social do seu processamento não é idêntico nas diferenciadas condições em que se realiza esse trabalho porquanto envolvido em relações sociais distintas (IAMAMOTO, 2007, p. 215).

Muito mais do que só uma ocasião pontual, a relação que se constrói no contato com os usuários e familiares permite que os técnicos possam se aproximar das crianças e adolescentes e tornar o serviço um espaço acessível, de contato, em que os usuários e seus responsáveis possam se sentir constantemente acolhidos. Conforme a artilha do Programa Nacional de Humanização,

[...] é preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção (BRASIL, 2010, p. 16).

Essa perspectiva e entendimento também pode ser compreendida na reflexão de Amarante (2008) quando discorre a respeito da prática dos Centros de Atendimento Psicossocial ser distinta de uma lógica manicomial, ao ter estruturas muito mais flexíveis, espaços menos burocráticos, com foco na doença e não nas pessoas e suas relações sociais.

O objeto de intervenção no espaço sócio ocupacional do estágio são as diversas expressões da questão social que podem ser verificadas a partir do adoecimento ou da procura por tratamento pelos responsáveis dos pacientes ou ainda as demandas trazidas pelo Poder Judiciário, Conselho Tutelar e outros serviços da rede assistencial e de saúde dos municípios.

As visitas domiciliares, atendimentos individuais, escutas de membros da família, encaminhamentos de benefícios, entrevistas, são alguns dos instrumentos utilizados pela profissional para atuar no enfrentamento das expressões da questão social que são perceptíveis na vida dos sujeitos.

Como forma de dar visibilidade ao que vem sendo analisado até aqui através deste capítulo, e como forma de descrever as transições realizadas no período de estágio, procura-se assim, demonstrar a importância do PTS, abordando os primeiros casos em que se acompanhou a transição de pacientes.

**Transição 1 – T., 18 anos, acompanhamento realizado em dezembro de 2015 para CAPS II – Nº prontuário: 1645**

No dia 21.03, aproveitei a reserva do carro para as visitas domiciliares e fui conversar com a responsável pelo primeiro caso que fiz a transição, ainda em dezembro de 2015. A tia-avó tem 71 anos e atualmente cuida do pai de T e também de T, além da casa. O pai de T, mora na casa nos fundos, porém é HIV positivo, tem hepatite C, teve AVC e um derrame nos últimos anos então. Vivem do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de T e da pensão da tia-avó. Estão em dificuldades financeiras. Tudo isso apresentei para a equipe do CAPSII e também quando conversei pessoalmente com a Assistente Social que fez o acolhimento do T.

Confesso que a visita à família foi muito frustrante. Perguntei a tia-avó como estava o atendimento no CAPS e ela pareceu confusa. Disse que eles estão só renovando a receita, que o único atendimento foi o primeiro e que o médico nunca marcou consulta e que inclusive os remédios do T estavam atrasados porque o fluxo de solicitar a receita e ir lá buscar se perdeu na memória tanto dela quanto do pai de T. Depois disso, resolvi perguntar quanto a saúde deles e a situação financeira. A tia-avó se mostrou muito fragilizada e emotiva, chorou bastante ao falar de suas dificuldades em manter tudo em ordem, em cuidar de todos e principalmente sua saúde está bastante comprometida, gastando quase todo o seu salário com medicamentos. Respiramos fundo. Eu e ela. E passei a orientá-la a buscar auxílio no SUS com sua medicação. Me ofereci para agendar uma consulta no posto perto de sua casa. Também disse que entraria em contato com o CAPSII solicitando uma nova receita para o T e o dia em que ela poderia buscá-la. Recebi o meu primeiro eu te amo no estágio dessa senhora. Fiquei pensando ao sair desse atendimento o que a assistente social conseguiu identificar nessa família que não precisou de nenhum tipo de acompanhamento da parte dela. A Jaque, que estava comigo, se comprometeu em ligar para a AS Cris do Cemas para ver como conseguira para o pai de T uma cesta básica e também orientação para que o mesmo consiga se aposentar. A terceira visita nem fizemos, porque tínhamos muitos encaminhamentos para fazer dessa. (Trecho extraído do Diário de Campo, de 21/03/2016).

Ao chegar ao CAPSIA liguei primeiro para o CAPS II para descobrir que plano terapêutico foi estabelecido pela equipe de lá. A pessoa que me atendeu leu no prontuário que a assistente social já havia indicado que ele seria só renovação de receita e que mais tarde iria encaminhá-lo ao posto para pegar medicação. Diante disso, conversei com a minha supervisora de campo sobre isso, e ela me pediu para, ao entrar em contato com o posto, já conversar com a coordenadora responsável e com a família acerca dessa mudança de endereço para buscar a receita.

Eu falei que eu discordo, porque a escolha da abordagem terapêutica não estava de acordo com o nosso trabalho e que a transição a qual me propus não tinha nada a ver com o trabalho que o CAPSII estava prestando para essa família. A Jaque sabiamente me lembrou eu devia sim colocar todas as dificuldades nos meus relatórios mas que no momento a prioridade era a família. Eu respirei fundo mais uma vez e entendi o recado. Liguei para o posto de Saúde (a maneira como fui atendida quase me faz querer mudar meu projeto de intervenção e trabalhar diretamente com a rede básica), conversei com a Enfermeira responsável. Ela prontamente agendou a consulta e marcamos um horário para conversarmos sobre a família na segunda que vem. Liguei para a tia-avó e repassei as combinações. (Trecho extraído do Diário de Campo de 21/03/2016)

## **Transição 2 – L. 19 anos, acompanhamento realizado março de 2016 para CAPS II - Nº prontuário: 1751**

Ingressou no serviço com 15 anos encaminhada pelo Hospital Santa Cruz. Adolescente teve depressão pós-parto e depois de um episódio em que tentou “jogar” a filha no chafariz do Parque da Oktoberfest foi internada. É importante salientar que a adesão tanto de L quanto da mãe, responsável por ela, nunca foi consistente, principalmente no início. Houveram muitas faltas, buscas ativas, audiências na promotoria. L teve dificuldades em fazer uso regular da medicação, não vinha nos grupos e nem nas oficinas. Sua vinculação, até hoje, é muito forte com a psicóloga Patrícia, que a atendeu desde o início. Além desse quadro de depressão inicial, percebeu-se que L também tem um déficit cognitivo, o que dificultava o entendimento e relação com a equipe.

Com o passar do tempo, a depressão sendo amenizada, a relação entre L e a filha foi se estreitando e ela foi ficando cada vez mais independente. Atualmente ela não utiliza mais medicação e mantém um bom relacionamento com toda a equipe, principalmente com Patrícia. Inicialmente L não seria um caso para transição porque estava em um período de estar vinculada ao serviço “quando precisasse”. Não diria que estava em alta, mas se mantinha estável já a algum tempo. Em fevereiro procurou a psicóloga dizendo não estar se sentindo bem, um pouco deprimida. Patrícia me chamou e conversei com L., como o projeto já estava em andamento, apresentei para a equipe a proposta de já vinculá-la ao CAPS adulto para que a vinculação pudesse ser acompanhada. A equipe aceitou. Conversei com L sobre isso e ela aceitou. Em março, Josiane, enfermeira e coordenadora do CAPS nos

recebeu. Diferentemente do primeiro caso que transferi para lá, L não teve oportunidade de ter uma conversa prévia com a técnica, por isso apresentei o caso na frente de L, apenas superficialmente. Quando sai da sala e estava aguardando o carro do CAPSIA, L já tinha sido liberada também. A escuta não durou nem 5 minutos.

Aguardei dois meses e entrei em contato com o CAPS II, ao qual solicitei os dados cadastrais atualizados da paciente, para que pudesse realizar posterior visita. Os dados não estavam certos. Consegui através da Patrícia o número de celular da L e conversei por telefone. L refere estar bem, não está tomando medicação, mas tem tido acompanhamento todos os meses com a médica psiquiatra. Combinei uma visita para o início de julho para conversarmos melhor. Ela concordou e solicitou conversar com a Patrícia também. Essa conversa ainda não foi agendada.

**Transição 3 – B., acompanhamento realizado em de 2016 para CAPS AD- Nº prontuário: 577, nascido em 12/10/1997, acolhido em 30 de junho de 2005. B. é criado desde um mês de vida pelos avós paternos.**

É atendido com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que traz sintomas como hiperatividade, impulsividade e déficit de atenção. O quadro do paciente foi agravado devido a constantes faltas as consultas e atendimentos com a família e a recusa dos avós em medicá-lo. No início a escola se prontificou em colaborar e acaba sendo a responsável pelos medicamentos da criança, porém com o passar do tempo os avós acabaram por se negar a encaminhar os remédios. Fico em torno de 12 meses afastado do CAPSIA, retornado sob a tutela do Centro de Atendimento a Semiliberdade (CAS) devido a atos infracionais cometidos no período de afastamento do tratamento. Mantinha um consumo frequente de maconha, mesmo estando no CAS, porque tinha autorização para realizar visita à família no final de semana.

Em fevereiro deste ano, em audiência para determinar a situação da medida que estava cumprindo junto ao CAS o psiquiatra de B. vinculado ao CAPSIA encaminhou um parecer sobre a situação de B., no que se refere as situações de risco as quais estava se colocando e também referente ao uso de drogas psicoativas. Ficou determinado pela juíza que B seria encaminhado a Comunidade

Terapêutica e que, caso cumprisse todo o período de tratamento, a medida seria extinta. Foi nesse contexto que conheci B. Devido a já ter completado 18 anos, o CAPSIA não consegue leito e nem vagas em Comunidades Terapêuticas. Este serviço é prestado pelo CAPS AD. Devido ao meu projeto de intervenção acompanhei B em seu primeiro contato com o serviço para adulto.

No dia em que fomos até o CAPS B parecia estar relutante a essa mudança e não queria ir à Comunidade Terapêutica Recomeçar. Iniciei nosso atendimento, conversando com ele e explicando que todo o processo seria combinado com ele e que era importante, inclusive para que a medida pudesse ser extinta que ele cumprisse cada uma das fases. O acolhimento foi realizado pelo Redutor de Danos, que também trabalha junto ao CAPSIA.

Feitas essas combinações deixei os dois conversando sozinhos e me programei para entrar em contato com o CAPS AD na próxima semana, já que B faria o período de desintoxicação primeiramente como interno do CAPS. Na semana seguinte, descobri que B foi no dia seguinte encaminhado a Recomeçar e que estava bem. A partir dessas novas informações fiquei em contato com os técnicos do CAS, que visitavam semanalmente B na comunidade e me programei para visitá-lo ao final do período na Recomeçar.

Na semana anterior ao cumprimento dos 9 meses, entro em contato com a Comunidade Terapêutica e a coordenadora refere que por decisão da equipe, B teria alta disciplinar naquele dia. Os técnicos alegam que B não cumpria adequadamente as regras da casa e sua última falta disciplinar foi não ter comparecido “a reza pela manhã” (sic).

Diante desses novos fatos, conversei com a equipe do CAPSIA, a qual B é bem vinculado e acertamos que, caso encontremos resistência nele em permanecer junto ao CAPS AD abriremos uma exceção para ele e poderá vir aos grupos de adolescentes dependentes químicos, que acontecem nas segundas e ao qual ele já era frequentador antes da internação.

Esperei mais duas semanas e conversei com o redutor de danos novamente a respeito de B, segundo Adroaldo o adolescente estava frequentando sem faltas, e sem resistências, aos grupos de apoio do serviço. Me coloquei a disposição tanto do CAS quanto do CAPS AD caso houvesse necessidade de um acompanhamento mais próximo e dei por encerrada a transição.

**Transição 4 – não efetuada T. - Prontuário nº 283, é um caso que o médico que o acompanha, F. N., sugeriu verificarmos como possibilidade.**

Acolhido em abril de 2004, foi encaminhado pelo neurologista por apresentar epilepsia e traços de autismo. Foi a minha primeira visita quando no início do meu estágio em março de 2015. T apresentava-se agressivo e de difícil manejo, pai alcoolista e mãe ficava com a responsabilidade de acompanhá-lo nos atendimentos. Mãe dedicada e T sempre muito vinculado a equipe. Teve cinco anos de alta fonoaudiológica e retornou efetivamente ao serviço em 2012 após a efetiva separação dos pais. Extremamente vinculado ao médico psiquiatra e por essa vinculação, na visita realizada para traçar um Plano de Transição, entendemos ser importante que o mesmo ainda permaneça vinculado ao serviço. Na conversa com a mãe, percebe-se que a mesma tem passado por dificuldades com sua saúde e a avó materna acaba por suprir muitas das responsabilidades da mãe. T iniciou seu primeiro emprego no Hipermercado Big e está indo bem. Não apresenta mais dificuldades de relacionamento e tem estado estável com a medicação. Conversamos com a mãe a respeito da transição e a mesma se mostra preocupada porque tem um irmão que frequentou o CAPS II e que não teve uma boa vinculação e T não queria nem “ouvir falar em ir para o CAPS do tio” (sic).

Tendo em vista essa vinculação e ao bom relacionamento com o médico, não indiquei continuar com o Plano de Transição. Conversei com a equipe e minha indicação foi bem aceita.

**Transição 5 – não efetuada W - Prontuário 1389, nascido em 23/07/1998, completa 18 anos agora em julho e é um caso indicado pela minha supervisora de estágios J.**

O caso deste adolescente seria de difícil vinculação, devido a seu histórico no CAPSIA então decidimos que eu utilizaria as férias da Jaqueline (que foram em fevereiro) e acompanharia, junto com a técnica de Enfermagem, o grupo de adolescentes de dependentes químicos, para que pudéssemos nos conhecer melhor e para que, ao final deste período de aproximação eu pudesse convidá-lo para

atendimentos individuais.

W foi acolhido no CAPSIA em 5 de janeiro de 2012 por depressão devido ao processo de separação dos pais. O pai, era alcoolista e usuário de drogas desde os 14 anos. As principais influências familiares também utilizavam drogas (tia e tio). A mãe foi a que inicialmente melhor aderiu ao serviço, sempre trazendo as dificuldades que tinha de convencer W a vir até o serviço ou mesmo ir as aulas. A maior preocupação dela era que ele estava cada vez mais agressivo com ela.

Em 2013 se afastou do tratamento, retornando em outubro de 2014. W havia agredido a mãe, que fez um Boletim de Ocorrência. Desde este momento havia ido morar com o tio e estava fazendo uso de maconha. Nesse mesmo ano, mãe e o irmão mais velho solicitaram atendimento no CAPSIA, e relataram envolvimento do adolescente com o tráfico de drogas e também que W. Havia sido apreendido por furto de carro e formação de quadrilha, somado a isso, havia a expedição da medida referente a agressão contra a mãe. A medida expedida foi Liberdade Assistida e tratamento médico.

Nesse contexto que conheci W. Desde o início do meu contato com ele me pareceu distraído e não cooperativo no grupo de adolescentes. Expressava desconforto ao estar ali e dificuldades de enxergar aquele momento como uma oportunidade de conversar e de mudança. Não tem nenhum senso crítico de sua situação e não vê riscos ou prejuízos ao fumar maconha.

Como os atendimentos em grupo não estavam progredindo, convidei ele para atendimentos individuais, ele primeiramente aceitou, mas começou a faltar frequentemente. Fui três vezes até a casa do pai, com quem atualmente mora e nunca o encontrava em casa e o pai não parecia muito aberto a cooperar também. Deixava recados, e ele veio somente uma vez. Disse não estar mais indo as aulas e nem frequentando o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que são parte do seu Plano Individual de Atendimento.

Ele chegou meia hora atrasado, roendo unha, bem nervoso, fazia dois meses que não ia na escola e um mês que não ia no CREAS (valeu Bruno por avisar!). Disse que usa todos os dias, pega passarinho (acho que é saquinho de drogas) com um amigo de manhã. Ele me disse que não vende, só acompanha. Não deve. O pai e a prima dão dinheiro para comprar drogas (fico pensando se o CREAS trabalha com a família dele na LA também). Conversei a respeito de voltar a escola. Fizemos combinações a respeito de voltar ao CREAS. Combinei que ele vai ver da escola esta semana, e voltar imediatamente e eu vou agendar novo horário com o Bruno. Na terça iremos conversar de novo. Fiquei preocupada e tentei ligar

para o Bruno do CREAS, ele não estava. Ligo de novo na próxima semana.  
(trecho extraído do Diário de Campo de 17 de maio de 2016)

Diante dessas faltas, tentei novamente contato via telefone, porém sem êxito. Conversei com o psicólogo Bruno do CREAS e relatei a situação, segundo o técnico ele já havia emitido seu parecer para a Promotoria estava no aguardo de como proceder. Tendo em vista a não vinculação ao Plano de Transição, optamos por não continuar insistindo no acompanhamento e aguardar as novas medidas do Judiciário para o caso.

A partir dos relatos de transição, fica explícito, aliado ao referencial teórico utilizado, que a hipótese apresentada no início do capítulo se confirma, haja visto que é a partir de uma organização sistemática do trabalho que os usuários e seus familiares e as equipes de trabalho podem encontrar subsídios para a preparação e alinhamento de seus planos terapêuticos o que garante organicidade e comprometimento dos profissionais com o tratamento.

### **3. A IMPORTÂNCIA DAS REUNIÕES ENTRE EQUIPES PARA O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DOS PACIENTES**

Pensar sobre a dinâmica de trabalho entre os técnicos envolvidos na saúde mental não é tarefa fácil. Em um ambiente como o de um CAPS, em que a base de trabalho são as discussões a partir da equipe o desafio parece maior ainda. E foi nessa perspectiva que se construiu a segunda hipótese de trabalho: A efetividade do processo de transição pôde ser garantida a partir de reuniões das equipes multiprofissionais do CAPS infantil e CAPS adulto para a apresentação, discussão e encaminhamento dos casos em transição. Os espaços destas discussões deram-se junto às reuniões de equipe dos serviços, bem como através do contrato individual com membros dos serviços (técnicos de referência).

O momento mais importante para o profissional enquanto parte integrante da equipe é a reunião realizada todas as quartas-feiras, no turno da tarde. O serviço não atende ao público, exceto casos especiais ou de urgência. Nesse espaços são organizadas pautas administrativas e dos casos específicos. Nas administrativas são todas as socializações feitas com outros órgãos, reuniões que algum membro do CAPSIA participa, palestra ou eventos que podem ser divulgados. Nos casos são trazidos à equipe as primeiras escutas e os encaminhamentos sugeridos pelo profissional referência, que está aberto para alternativas de outros profissionais.

Além da equipe, caso algum tratamento de paciente ou mesmo o histórico dele precise ser discutido com outros serviços como escolas, Abrigo, CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSAD, CREAS, os mesmos são convidados a participar e socializar as percepções dos casos.

Para Iamamoto (2007), refletir a profissão teoricamente e analisar sua inserção na lógica do trabalho requer considerar as mediações e novas determinações que trazem significado à profissão. O significado social do profissional depende, e muito, das relações estabelecidas com os sujeitos sociais que o contratam e que estão na gestão das políticas sociais.

A natureza qualitativa dessa especialização do trabalho se preserva nas várias inserções ocupacionais, o significado social do seu processamento não é idêntico nas diferenciadas condições em que se realiza esse trabalho porquanto envolvido em relações sociais distintas (IAMAMOTO, 2007, p. 215).

No século XIX, denominado como o século dos manicômios, abriu-se precedentes para as práticas de exclusão do século XX.

[...] o reconhecimento da complexidade do fenômeno do sofrimento psíquico, suas implicações na vida dos sujeitos e as críticas ao hospital psiquiátrico criam um desconforto em relação os saberes instituídos, até então, e impõem a necessidade da desconstrução/reconstrução/construção de novos saberes em saúde mental (AMARO, 2003, p. 03).

A necessidade, a partir da Reforma Psiquiátrica de qualificar os profissionais da saúde, em concordância com as demandas sociais com ênfase nas “noções de parceria, interdisciplinaridade, prática multiprofissional e transversal, resolutividade loco-regional, humanização da assistência e vínculo entre usuários e trabalhadores em saúde” (JAEGER, *apud* AMARO, 2003, p. 04).

O envolvimento dos assistentes sociais em espaços de características interdisciplinares permitiu que o profissional ampliasse sua ação profissional, atuando em compartilhar conhecimentos e também a participar ativamente na construção de práticas que ampliem os direitos da pessoa em sofrimento psíquico.

Conforme Vasconcelos, a democratização da informação contribui para instrumentalização da população, indagação e ação sobre a realidade social, sendo que o aspecto educativo é direcionado para a transformação das condições geradas pelos problemas vivenciados, buscando auxiliar nas mudanças políticas, econômicas, culturais e sociais (AMARO, 2003, p. 06).

Os processos de trabalho em saúde mental estão pautados em um conceito de saúde, que tem como norteador o Sistema Único de Saúde, abrangendo o contexto econômico, social e cultural do país. Nesse sentido, objetiva-se abrir canais de democratização dos saberes profissionais.

A inserção dos assistentes sociais passa a ser discutida a partir dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica, como já levantado neste trabalho, já que, dentre outras demandas, reivindicavam a expansão de rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental. Essa área “deve ser articulada sempre com a intersectorialidade, pois supera a lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento da questão social” (SCHEFFER; SILVA, 2014, p.37)

A importância do Serviço Social cresceu em serviços especializados em saúde, ainda mais com a inclusão dos usuários e familiares nas políticas,

ações de cidadania e ações de direitos do sujeito e na questão social que vivencia o usuário (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 374).

Na atenção psicossocial, bem como em toda a rede de saúde, os serviços públicos estão articulados de maneira a se integrarem, seja com a utilização de mesmos sistemas de fluxo, referência e contra-referência e mesmo com encaminhamentos específicos vinculados aos serviços de atendimento aos usuários. Existe um conjunto de serviços pela atenção primária, em um sistema mais intermediário estão os serviços de média complexidade e no topo estão os de alta complexidade. Os CAPS integram essa rede e podem servir tanto para suporte da rede básica, seja a partir de identificação e acompanhamento de demandas, seja em sensibilização das questões vinculadas à saúde mental, porém também atuam junto a alta complexidade, por atenderem quadros específicos e que necessitam de profissionais aptos em questões de sofrimento psíquico e/ou dependentes químicos.

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando a integração no atendimento ao usuário (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

No trecho a seguir fica claro que muitas vezes as conversas entre alguns técnicos do serviço podem alterar a percepção do Plano Terapêutico e contribuir para avaliar o contexto ampliado da vida do paciente e não somente dele no CAPSIA.

Conversei com a psicóloga P. sobre um caso que começamos a atender no final do ano passado. Como trabalho na Secretaria de Desenvolvimento Social, os técnicos acabam me procurando quando é um caso do Serviço Social. Conversei a respeito da medicação e sobre como o comportamento da paciente não melhorou no projeto em que ela vai. (Trecho do Diário de Campo, do dia 23/02/16)

Pensar as redes como um conjunto de atores “[...] que se comunicam, agem articuladamente e funcionam em sinergia para desenvolver alguns objetivos e responder a determinadas necessidades” (BERTUOL; et. al.; 2015, p. 22).

As redes podem tanto se auto formar e se transformar com o intuito de responder as necessidades dos usuários como se fossem tessituras maleáveis que vão se modificando conforme se modificam as necessidades e os projetos de vida dos usuários, ou podem se cristalizar e enrijecer, exercendo assim, sem crítica, o papel de controle dos usuários ao invés do

papel de apoio a sua autonomia e constante transformação (BERTUOL; et. al.; 2015, p. 23).

Nem sempre pensar em conjunto a transição facilita o fluxo. No caso do trecho a seguir, o único caso que efetivamente conseguimos fazer a transição do CAPSIA para o CAPS AD ficou prejudicada devido a organização e dinâmica muito distinta de um serviço do outro, ou melhor, da comunicação de um serviço para com o outro.

Hoje me comunicaram que o B. não ficou no CAPS AD e foi para a Recomeçar. Não sei se posso considerar isso uma boa transição, já que a razão do paciente não ter ficado o período de desintoxicação no CAPS AD foi porque não quis e decidiu que ir a Comunidade Terapêutica seria melhor. Fui comunicada pelo Redutor de Danos, que atua no território, mas também faz algumas horas nesses dois CAPS. É complicado porque parece que o caso saiu um pouco de nosso cuidado e foi entregue a um outro serviço sem um devido acompanhamento. (Trecho do Diário de Campo do dia 23/02/16).

Portanto, a efetividade do processo de transição não pôde ser verificada a partir das reuniões das equipes multiprofissionais, isto porque esta hipótese não encontrou subsídios para sua efetividade na prática cotidiana do trabalho dos CAPS, tendo em vista as dificuldades vivenciadas pelas equipes, que foram desde a disponibilidade de horários para atender a estagiária que acompanhava o processo de transição, a organização de acolhidas específicas dos técnicos dos demais CAPS para os pacientes do CAPSIA e quando o paciente era atendido no serviço acabava sendo inserido na realidade de um CAPS adulto, sem um olhar ou cuidado diferenciado como o era recebido no CAPS infantil, demonstrando que a dificuldade referente a um plano terapêutico coeso e linear encontra barreiras técnicas e operacionais para ser posto em prática, o que age negativamente sob o tratamento do paciente.

Isto posto mostra que a perspectiva individual de cada serviço ainda é fragmentada e que a leitura dos técnicos dos demais Centros Psicossociais acaba sendo de que a transição, embora lógica e necessária, é compreendida como mais um paciente e mais um atendimento a ser realizado, como um novo paciente e não como um paciente com tratamento continuado.

#### **4. VISITAS DOMICILIARES COMO INSTRUMENTO PARA O PROCESSO DE**

## ACOMPANHAMENTO DAS TRANSIÇÕES

Neste capítulo, refere-se a terceira hipótese do trabalho que se a efetividade do processo de transição pôde ser garantida através de visitas domiciliares. A relevância da utilização desse instrumento profissional requer entender a realidade social a qual estamos inseridos, que é perpassada por diferentes perspectivas e paradigmas. Diante desses elementos teóricos, se propõe um atendimento amplo do usuário, não só estabelecendo vínculo com o serviço CAPS adulto, mas mantendo uma conexão com a equipe vinculada ao território.

Para se entender a complexidade das relações que se estabelecem, faz-se necessário desenvolver algumas intervenções como entrevistas e visitas domiciliares. Um dos benefícios da realização de visitas é por exemplo o contato com a vida dos sujeitos, de conhecer de modo mais consistente as dificuldades e as relações e correlações do contexto familiar e doméstico do usuário. É através da visita que “se potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos” (PERIN, 2008, p. 06).

O processo de cuidar,

[...] é o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimentos científicos, experiência, intuição e pensamento crítico, realizado para e com o sujeito cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana (WALDOW, *apud* PEDROSA; ROCHA; RODRIGUES, 2011, p. 45).

Segundo Perin (2008), para que o profissional possa responder amplamente as questões postas no seu cotidiano de trabalho com usuários faz-se necessária uma leitura do processo sócio-histórico, produzido e reproduzido socialmente. Na visita domiciliar, várias técnicas são utilizadas, como a de entrevista e da observação, que são fundamentais para a compreensão da realidade a qual os sujeitos estão inseridos.

No que se refere aos passos para uma visita, pode-se indicar algumas questões, como a visita, tendo em vista seu caráter de entrevista pessoal, deve ser realizada sem a presença de estranhos a casa, para não causar nenhum tipo de constrangimentos para a família. A partir do momento em que o profissional se insere no cotidiano do outro, é preciso levar em consideração a realidade que se encontra lá, em que estamos dispostos a encontrar quadros formados de família e

de condições ideais de moradia. Cada visita deve ser entendida com um universo diferente e torna-se necessário captar a realidade dentro de seu quadro social e cultural (NUNES, 2015).

A realização da entrevista durante a visita pode ser realizada a partir de um formulário pronto, com perguntas já estruturadas ou através de perguntas abertas, que surgem a partir da narrativa apresentada pelo entrevistado. O tempo destinado a esse processo varia conforme as necessidades e os objetivos da intervenção e fica a critério dos profissionais. Agendar ou não a visita, também deve ser critério do profissional já que só ele pode precisar as razões da realização da visita e se algumas informações podem ser difíceis de serem coletados caso os usuários sejam previamente avisados.

Para que se possa entender a gênese do matriciamento e seus objetivos faz-se necessário uma aproximação com o conceito de rede, já que a proposta de matriciar é justamente de aproximar diferentes serviços para o atendimento global do usuário.

A priori, a rede para se constituir efetivamente em uma rede, necessita de determinados parâmetros característicos. Conforme Neves (2009), a interlocução entre os diferentes perfis profissionais e as áreas técnicas apontam para a construção e o estabelecimento da rede, “a integração de ações coletivas pode ainda ser realizada por meio do intercâmbio entre as categorias profissionais, aspecto que facilita a viabilização do fluxo de informações, juntamente às intervenções sociais passíveis de maior sucesso” (NEVES, 2009, p. 147).

Importante aspecto nesse nível relacional é que nas redes, a hierarquização não é estabelecida da mesma maneira, ou seja, os papéis de coordenação são exercidos em conjunto com os demais técnicos da equipe, sem, de fato, uma verticalização de poder.

Nas redes, o poder se desconcentra, por isso também a informação se distribui e a livre intercomunicação horizontal torna-se uma exigência essencial para o bom funcionamento de uma rede. Todos os seus membros têm que ter acesso a todas as informações que nela circulem pelos canais que os interliguem (NEVES, 2009, p.153).

O trabalho articulado favorece a prática da troca de experiências, e de saberes. Elas são espaços alternativos para que se possa articular os atores envolvidos na ação profissional comum. A utilização e o envolvimento em rede, tona

possível que o trabalho do assistente social possa contribuir para um outro olhar da realidade social e para efetivação das políticas públicas.

A proposta do matriciamento é de transformar a visão conservadora do trabalho da rede “especializada” com a rede básica de atendimento ao usuário. Segundo o Guia Prático de Matriciamento específico em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011, p. 13), “o apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional”, e,

[...] deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de Matriciamento: integrando saúde mental e atenção primária em um modelo de cuidados colaborativos projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico (CHIAVERINI, 2011, p.14).

A equipe do CAPS infantil necessita de uma maior aproximação com os pacientes que estão em vias de completar 18 anos ou que já estejam em um momento para realizar a transição. Precisam, nesse sentido, serem reavaliados pelos técnicos, e avaliado caso seja necessário repensar seu plano terapêutico antes da transição para o CAPS adulto.

Torna-se necessário destacar que o trabalho do Serviço Social precisa também ser de contextualizar o usuário em seu meio familiar e contextualizar dentro do serviço. Muitos dos casos que chegam para serem acompanhados há muito tempo foram avaliados pela equipe e são repassados somente por um dos técnicos que atendem o paciente, sem de fato uma reflexão sobre o plano terapêutico.

Por outro lado, percebe-se que as equipes dos demais CAPS encontram dificuldades de desenvolver seus planos terapêuticos, garantindo uma fluidez nos processos de transição, como que se a transferência desses jovens fosse mais uma carga de trabalho e não um facilitador para o processo de acolhimento.

A partir do Movimento de Reconceituação, duas fortes correntes de pensamento se estabelecem no exercício profissional do Serviço Social: a conservadora e a de perspectiva crítica. Nessa corrente mais crítica, o desafio maior é para os profissionais a busca por “mediações analíticas capazes de dar conta da complexidade dos fenômenos sociais com os quais nos deparamos no cotidiano de nossa prática profissional” (SILVA E SILVA, *apud* TORRES, 2009, p. 220).

Desde o início das discussões, que culminaram com a Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização dos sujeitos e a inserção dos mesmos em sociedade sempre foi um ponto recorrente em todos os debates. A elaboração das diretrizes dos CAPS segue uma lógica de atendimento aos casos graves em saúde mental, deixando de lado os casos leves e moderados, que acabam sendo atendidos nas redes básicas de saúde. O reconhecimento dos casos depende de cada equipe e de como as mesmas se envolvem na construção do plano terapêutico e também do que os serviços podem oferecer.

A proposta de uma Rede de Atenção Psicossocial propõe uma “rede integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou consumo de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2011b, p. 03).

Todo o envolvimento, enquanto equipe do CAPS infantil, para uma maior vinculação do usuário adolescente com os CAPS adulto, visa a aproximação de diferentes serviços, seja através dos contatos com a rede básica, o acompanhamento às entrevistas e acolhimento em outro serviço, seja através das visitas domiciliares anterior e posterior ao pedido de transferência de paciente.

A (in)efetividade através do processo de transição pôde ser garantida através de visitas domiciliares. As visitas foram realizadas com o objetivo de verificar a efetividade do plano de ação proposto e a impressão dos usuários e familiares dos usuários quanto ao atendimento no novo serviço de referência, a saber, o CAPS adulto.

[...] A segunda visita realizada foi para o primeiro caso de transição que acompanhei no Projeto de Intervenção. O paciente foi transferido para o CAPS II em dezembro de 2015. T. tem um atrasado considerável em seu desenvolvimento, é beneficiário do BPC, frequenta semanalmente a APAE, além de realizar acompanhamento psiquiátrico no CAPSIA. É cuidado pela sua tia-avó, de 71 anos. Seu pai, mora na casa dos fundos, porém é HIV positivo, tem hepatite C e sua saúde é bem debilitada. A responsabilidade e cuidado de T fica a cargo dessa idosa. No momento passam por dificuldades financeiras, além de um período de depressão da tia-avó. Todo esse contexto social fez questão de repassar para o CAPS II quando da escuta de T. Na visita que realizamos hoje, perguntei a tia-avó como estava o atendimento no CAPS e ela pareceu confusa. Disse que eles estão só renovando a receita e que houve apenas um único atendimento que foi o primeiro da acolhida. O médico nem conheceu T. (Trecho do Diário de Campo do dia 23/03/16).

A partir desse trecho é possível identificar que o fluxo no acompanhamento

desse primeiro caso foi falho. De uma certa forma ingênua, acreditamos enquanto equipe do CAPSIA que o projeto de intervenção seria encarado pelas demais equipes como um olhar inicial sobre um paciente e que o mesmo seria acolhido de maneira diferenciada pelos demais serviços. No que foi possível identificar nessa visita foi de que, se não tivéssemos já planejado o acompanhamento pós transição através de visita, essa família teria sido “perdida” dentro da burocratização e do sistema. O vínculo inicial, que consideramos tão importante para que a permanência no outro CAPS fosse possível não se concretizou na prática e novas estratégias tiveram de ser pensadas tanto pela estagiária quanto pela supervisora de campo.

Eu e a assistente social ficamos surpresa quanto a percepção do caso pelo outro serviço, mas na conversa com a tia-avó percebemos que algumas outras providências deveriam ser tomadas. A idosa estava bem deprimida e chorosa, precisando de orientação sobre a utilização do posto de saúde para marcar atendimento para ela. Falei da questão de auxílio do SUS para sua medicação de uso contínuo. Como ela não sabia como buscar a receita de T, me prontifiquei a entrar em contato com o CAPS II e verificar. [...] Ao chegar ao CAPSIA liguei para o CAPS II e segundo a pessoa que leu o prontuário, a assistente social que fez a escuta do paciente havia indicado que seria só renovação de receita e que mais tarde o encaminharia para o Posto do bairro. Conversei com a minha supervisora e decidi que eu mesma agendaria um horário com o posto e conversaria sobre o caso e já repassaríamos então para a rede básica. Liguei para o posto para agendar um horário para conversar com a enfermeira responsável e já aproveitei para agendar uma consulta para a idosa. Liguei para a casa de T. e repassei as informações. (Trecho do Diário de Campo de 23/03/16)

Portanto, esta hipótese, embora tenha sido elaborada a partir do projeto de intervenção e com a experiência da estagiária durante o processo de aplicação do projeto, encontrou dificuldades de concretização no processo de sistematização junto a equipe do CAPSIA, tendo em vista o cronograma de horários dos técnicos de referência dos pacientes e também devido as dificuldades de contato com os técnicos das demais equipes. Diante disso, além do contato mantido a partir de visitas, procurou-se contatar via telefone, acesso ao Fly (sistema integrado de saúde do município, em que com o nome do paciente é possível checar todo o histórico de saúde do paciente em Santa Cruz do Sul) e em contato direto com os pacientes e familiares no serviço, já que os mesmos acabam não perdendo imediatamente o vínculo com o CAPSIA.

## CONSIDERAÇÕES

No decorrer da aplicação do Projeto de Intervenção da estagiária e também durante o processo de elaboração do TCC foi possível perceber que a sistematização e o acompanhamento das transições se deram de uma forma mais orgânica a partir da intervenção do Serviço Social. Isso demonstra que, mesmo em face a ambientes em que o profissional assistente social não é maioria nas equipes, ele encontra espaço para desenvolver suas habilidades, ser propositivo e abrir espaços para sua prática e desenvolvimento.

A partir da compreensão do funcionamento e da gênese de atuação em um Centro de Atendimento Psicossocial e tendo em mente as questões referentes a humanização do atendimento, ao incentivo a autonomia e desenvolvimento do protagonismo de cada usuário da Política de Saúde Mental, o Serviço Social encontra seu objetivo central em um ambiente como CAPS.

Inicialmente a proposta do TCC não era encarar ou incentivar o acompanhamento de pacientes como uma atribuição do assistente social desse espaço profissional, porém, a partir da prática e do desenvolvimento do trabalho, pôde-se constatar de que o mesmo encontra nesses profissionais uma maior abertura para que sejam desenvolvidas aproximações entre os serviços de Saúde Mental, o que acaba influenciando na maneira como os pacientes do CAPS infantil são recebidos pelas demais equipes dos CAPS adultos.

Evidentemente que o processo de acompanhamento encontra desafios para sua efetivação diariamente e em cada caso. Seja pela disponibilidade dos demais técnicos em atender aos pacientes do CAPSIA, seja pelo modo de operação e sistematização de cada CAPS, que é distinto em cada um dos três em que a interlocução aconteceu.

Os desencontros na operacionalidade do acompanhamento pôde ser demonstrado em cada relato de transição. Não é um processo tranquilo e sem percalços e muitas vezes dependeu de uma intervenção constante do técnico que acompanhava a transição, no caso, a assistente social ou estagiária, porém o resultado dessa insistência de atuação reflete-se na maneira como, finalmente, o processo é reconhecido como “favorável”, no sentido de que, a partir do acompanhamento dos técnicos do CAPSIA em relação a inserção de seus pacientes nos demais CAPS adultos, os outros serviços contam com o apoio e intervenção,

quando necessária, do serviço que primeiramente atuou no caso.

A partir do questionamento inicial do problema de pesquisa apresentado: “Como vem sendo possível garantir a efetividade do processo de transição do CAPS infantil para os CAPS adultos, a partir da intervenção da estagiária de Serviço Social de dezembro de 2015 a julho de 2016?”, podemos perceber, que, ao mesmo tempo em que se identifica que o processo de acompanhamento de transição teve dificuldades de efetivação, é possível, a partir da experiência da estagiária no campo, compreender que o Serviço Social, ao assumir esse processo como atribuição específica no CAPSIA pôde garantir, mesmo que de forma relativa, um acompanhamento.

## REFERÊNCIAS

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE Ed, 2003.

ARANTES, Unidade 1 – Atenção psicossocial à criança e ao adolescente e suas famílias no âmbito da RAPS e da rede intersetorial. *In*: **GICES**. Gerenciador de inscrições para cursos nos estabelecimentos de saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://sgtes.saude.gov.br/gices/public/docs/Crit%C3%A9rios%20para%20prioriza%C3%A7%C3%A3o%20das%20vagas\\_jaqueline\\_14\\_11\\_14.pdf](http://sgtes.saude.gov.br/gices/public/docs/Crit%C3%A9rios%20para%20prioriza%C3%A7%C3%A3o%20das%20vagas_jaqueline_14_11_14.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

BERTUOL, Carla; SILVA, Cícero Inácio da; KINKER, Fernando Sfair; MOREIRA, Maria Inês Badaro. **Curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental**. Módulo 6 – Dispositivos de Atenção Psicossocial. São Paulo: UNIFESP, 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3245/Mo%CC%81dulo%206%20SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: Uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad**. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Rede de Atenção Psicossocial**. Cartilha do Ministério da Saúde, 2011b.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, ago./dez. 2010.

CAMPOS, Arminda Eugenia Marques; ABEGÃO, Luís Henrique; DELAMARO, Maurício César. **O Planejamento de Projetos Sociais**: dicas, técnicas e metodologias. Cadernos da Oficina Social, n. 9, Rio de Janeiro: COEPI, jan. 2002. Disponível em: <[http://www.coeptbrasil.org.br/portal/publico/apresentarConteudoMestre.aspx?TIPO\\_ID=1](http://www.coeptbrasil.org.br/portal/publico/apresentarConteudoMestre.aspx?TIPO_ID=1)>. Acesso em: 02 dez. 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *In: Mental*, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 dez. 2016.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. São Paulo: Atlas, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Álcool e outras drogas**: da coesão a coerção, módulo Recursos e Estratégias de Cuidado. Florianópolis: UFSC, 2014.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2003.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. *In: Serviço Social e saúde*: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 273- 303.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

NEVES, Marília Nogueira. Rede de Atendimento social: uma ação possível? *In Revista da Católica*, Uberlândia, v1, n 1, p. 147-165, 2009.

NUNES, Kaliandra Mendes. **Relatório Processual II**. Santa Cruz do Sul, 2015.

PERIN, Silvana Dóris. A visita domiciliar como instrumento de apreensão da realidade social. *In: Encontro Nacional do Serviço Social no Ministério Público (ENSSMP)*, 2, Brasília. Anais eletrônicos. Brasília, 2008.

RIBEIRO, Edith Lauridsen. Unidade 2 – A política de saúde mental para crianças e adolescentes: um pouco de história. *In: GICES*. Gerenciador de inscrições para cursos nos estabelecimentos de saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://sgtes.saude.gov.br/gices/public/docs/Curso%20Crise%20e%20urg%C3%Aancia%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental%202.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

RODRIGUES, Hugo Thamir; LANGARO, Maurício Nefeff. Políticas públicas tributárias extrafiscais de incentivo à promoção da saúde. *In: LEAL, Rogério Gesta; REIS, Jorge Renado dos. Direitos sociais e políticas públicas*. Tomo 11. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2014, n.118, pp.366-393. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, P. A. A interface saúde mental e atenção básica. *In: Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v 18, n 1, p. 141-155, 2004.

TORRES, Mabel Mascarenhas. As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do assistente social: intervenção e o trabalho sócio-educativo. *Serv. Soc. Rev. Londrina*, v. 12, n. 1, 202, p. 202-227, jul/dez. 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas. *In: Bravo e Pereira. Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **Definindo o SUS**. 2012. Disponível em: <<http://amazonia.fiocruz.br/arquivos/category/48-vigilancia-sanitaria?download=456:sus-vasconcelos-e-pasche>>. Acesso em: 25 jun. 2006.