



UFC

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ANDRÉA BATISTA DE ANDRADE

**INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS EM DOIS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Fortaleza-CE

2012

ANDRÉA BATISTA DE ANDRADE

**INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS EM DOIS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

A565i Andrade, Andréa Batista de

Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial / Andréa Batista de Andrade. – 2012.
164f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientação: Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

1. Saúde Mental. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Humanização da Assistência. I.
Título.

CDD 616.89

ANDRÉA BATISTA DE ANDRADE

**INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIOS EM DOIS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Decido este trabalho aos usuários participantes deste estudo, por terem confiado a mim suas experiências mais ocultas. É para eles e por eles que este trabalho procura caminhos para a exequibilidade de um SUS que vincule suas idealizações à materialidade das práticas de cuidado em saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, **Carlos Andrade**,
pelo incentivo ao estudo desde a minha tenra infância, pela dedicação e carinho dispensado ao longo da minha vida.

À minha mãe, **Ana Lúcia Batista**,
pelo cuidado, apoio e amor incondicional.

Ao meu marido, **Paulo Coelho**,
por instigar-me a seguir a carreira acadêmica, pelo companheirismo e pelo amor verdadeiro que nos une nesses sete anos.

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Bosi**,
pelo exemplo inquestionável de ética e competência acadêmica.

Aos colegas de pesquisa e de mestrado,
pela troca de experiências e de aprendizado. São eles: **Aparecida Sobreira, Camilla Lopes, Caio Cavalcanti, Juliana Donato, Rose Santos, Cadú Amaral e Anna Karinne Melo**.

Às minhas amigas **Joyce Feitosa, Camilla Borges, Juliana Calazans, Patrícia Saraiva e Camila Sarkis**,
Pela amizade e compreensão nas minhas ausências nesse processo acadêmico.

À **Joana Cabral** e ao **José de Aguiar**,
pelo apoio e incentivo no percurso deste mestrado.

Aos **trabalhadores, coordenadores e usuários** dos Centros de Atenção Psicossocial,
pelo acolhimento e pela disponibilidade de tempo para que a concretude desta investigação se tornasse possível.

RESUMO

A implementação de políticas públicas de saúde mental na conjuntura do Sistema Único de Saúde, baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, enseja novos desafios para a área, tais como a produção de redes substitutivas e territoriais que visem à superação do modelo hospitalocêntrico, à conquista de cidadania e à criação de um novo lugar social para a experiência do sofrimento psíquico. Para garantir a materialidade dessas mudanças, faz-se necessária a participação efetiva dos usuários na avaliação de serviços e programas de saúde mental. Destarte, esta investigação objetiva compreender as experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza-Ceará, no que concerne à assistência conferida pelos profissionais, exprimindo destaque às dimensões integralidade e humanização do cuidado em saúde. A escolha da abordagem qualitativa como metodologia desta pesquisa está relacionada à natureza ontológica do objeto em foco, visto que esta é permeada de significados que os usuários atribuem às suas experiências nos serviços de saúde mental e à maneira como compreendem e interpretam as práticas assistenciais. As técnicas utilizadas para a obtenção do material empírico foram a entrevista em profundidade e a observação não estruturada, nos meses de julho a dezembro de 2011. Os dados foram analisados e interpretados sob a óptica da Hermenêutica-crítica gadameriana, cujo método assume a intersubjetividade na interconexão com a materialidade a que se vincula de maneira dialética. Os resultados evidenciaram três temas centrais que constituíram a Rede de Significados: A) Experiências dos itinerários terapêuticos; B) Percepção dos usuários sobre o serviço; e C) Qualidade do cuidado. Destaca-se o impacto dos diferentes modelos asilar e psicossocial na experiência vivida dos usuários dos distintos CAPS. Observou-se, também, que os usuários percebem o acolhimento, a resolubilidade, a ambiência, a boa interação dos profissionais-usuários, o agenciamento de medicamentos e a humanização como os principais aspectos concernentes ao atendimento de qualidade em saúde mental - embora tais questões, em alguns momentos, tenham se revelado de maneira singular nos dois dispositivos desta pesquisa. Conclui-se que, apesar de alguns entraves, os aspectos da assistência apontados pelos usuários dos distintos CAPS corroboram os ideais da Reforma Psiquiátrica e sinalizam que a reorientação do modelo de atenção em saúde mental já se capilariza no cotidiano das práticas de cuidado.

Palavras-chave: Integralidade; Humanização; Saúde Mental; Experiência; Avaliação Qualitativa.

ABSTRACT

The implementation of public mental health policies in the context of the Unified Health System (SUS), based on the precepts of the Psychiatric Reform, has generated new challenges for the mental health area such as the deployment of territorial and substitutive networks aiming the overcoming of the hospital-centered model, the development of the citizenship and the creation of a new social site for experiencing the psychic distress. To guarantee the materiality of changes, it is necessary the effective participation of users in the evaluation of mental health programs and services. Thus, the current research aims to understand the user experiences of two CAPS (Center for Psychosocial Care) in the Fortaleza city, concerning to the care provided by professionals, highlighting the dimensions comprehensiveness and the humanization on the health care. Regarding the methodology of this research, the choice for the qualitative approach is related to the ontological nature of the research object because this nature is pervaded by meanings which the users pose on their experiences on health care services and the way how they understand and interpret such care practices. The techniques used to obtain the empirical material were the detailed interview and the unstructured observation, in a time period of two months, from July to December 2011. The data were analyzed and interpreted under the perspective of the Gadamer's critique hermeneutics whose method assumes the inter-subjectivity in the interconnection with the materiality to which it binds in a dialectic manner. The results revealed three central themes which constitute the Network of Meanings: A) The experiences on therapeutics itinerary; B) the user perception on the services, C) The quality of the care. We highlight the impact of the distinct models, hospital-centered and psychosocial, in the experience lived by distinct CAPS users. We also observed that the user perceive the embracement, the resolvability, the ambience, the good interaction between professionals and users, the monitoring of medicines and the humanization as the main aspects concerning to the quality of mental health care, although such issues had presented themselves in a singular way in the two CAPS investigated. We conclude that, despite some obstacle, the aspects of care pointed by users of the distinct CAPS corroborate the ideals of the Psychiatric Reform and signalize that the reorientation of the health care model already makes capillary in the daily care practices.

Keywords: Comprehensive Health Care; Humanization; Mental Health; Experience; Qualitative Evaluation.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CECCO - Centro de Convivência e Cooperativas
CELAF - Célula de Assistência Farmacêutica
CR - Consultório de Rua
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HD - Hospital-Dia em Saúde Mental
MSMCBJ - Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNH – Política Nacional de Humanização
PT - projeto terapêutico
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER - Secretaria Executiva Regional
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SUS - Sistema Único de Saúde
TR - Terapeuta de Referência
UBS - Unidade Básica de saúde

LISTA DE FIGURAS

1 Rede de atenção em saúde mental no território	31
2 Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011 (parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)	34
3 Divisão das Secretarias Executivas Regionais do Município de Fortaleza	58

LISTA DE GRÁFICOS

1 Expansão dos CAPS no Brasil (1998-2011)	32
2 Série Histórica do Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por região (2002-2011)	33
3 Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 – 2011)	38
4 Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares (2002-2011)	39

LISTA DE QUADROS

1 Caracterização dos usuários do CAPS (SER III) participantes da pesquisa	154
2 Caracterização dos usuários do CAPS (SER V) participantes da pesquisa	157
3 Série Histórica CAPS por Tipo (2006-2011)	37
4 Rede de significados	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO E MARCO CONCEITUAL	17
2.1 Compreensão histórica e conceitual da saúde mental até os tempos de SUS	17
2.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	30
2.3 Avaliação qualitativa em saúde na perspectiva do usuário	40
2.4 Experiências vividas nas práticas assistenciais	45
2.5 Integralidade	48
2.6 Humanização do cuidado	52
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	56
3.1 Abordagem qualitativa em saúde	56
3.2 Local do estudo	57
3.3 Participantes da pesquisa	64
3.4 Técnicas para obtenção do material empírico	65
3.5 Processamento e interpretação do material empírico	68
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	71
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
4.1 Tema A: Experiências dos itinerários terapêuticos	75
4.2 Tema B: Percepção dos usuários sobre os serviços	85
4.3 Tema C: Qualidade do cuidado	98
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICES	149
ANEXO	163

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação insere-se¹ no projeto mais amplo intitulado *Qualidade do cuidado e desinstitucionalização em saúde mental: avaliando práticas inovadoras sob a ótica da integralidade e humanização na perspectiva dos atores implicados*, desenvolvido na Universidade Federal do Ceará (UFC). O aludido projeto definiu como foco as práticas assistenciais desenvolvidas no Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ), o qual é associado em regime de cogestão ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Executiva Regional (SER) V, do município de Fortaleza - Ce.

De modo a contribuir com o projeto em questão, esta pesquisa foi realizada em dois dispositivos de cuidado em saúde mental de Fortaleza: o referido CAPS da SER V, vinculado ao MSMCBJ, e o CAPS da SER III, o primeiro CAPS geral instalado na Cidade. Tendo em vista a natureza do objeto deste estudo, este é demarcado no campo da avaliação qualitativa de serviços e programas de saúde, conferindo destaque às dimensões da integralidade² e humanização² do cuidado em saúde. Mais especificamente, buscamos compreender as experiências de usuários dos distintos CAPS no que concerne à assistência dedicada pelos profissionais, de modo a identificar sugestões para uma assistência de qualidade.

No campo da saúde mental, entendemos a humanização do cuidado e a integralidade como dimensões basilares do modelo de atenção psicossocial. A humanização refere-se ao respeito à alteridade e à postura ética do cuidado (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009) pautada na escuta, empatia e diálogo, valorizando a intersubjetividade nas relações dos diferentes atores sociais que compõe a rede de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2006) por intermédio do uso de tecnologias leves (MERHY, 2002). A integralidade em saúde mental, por sua vez, alude aos fluxos relacionais que constituem a linha de cuidado (MERHY; FRANCO, 2003) em seus arranjos interdisciplinares, interinstitucionais, intersetoriais e matriciais na rede de atenção psicossocial.

¹ O projeto macroprojeto foi subordinado ao edital do CNPq, em 2009, e ao edital do PPsus, em 2010 e encontra-se em vias de finalização.

² Tais conceitos se encontram discutidos no marco teórico e conceitual da dissertação.

A escolha deste tema justifica-se em distintos níveis: pessoal, social, institucional e científico (CAMPOS, 2004). O plano pessoal se refere às minhas experiências profissionais na área de saúde mental, as quais me possibilitaram fazer questionamentos acerca da materialidade da Reforma Psiquiátrica na rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Minha³ vivência como psicóloga de um manicômio judiciário proporcionou um contato, por vezes impactante, com práticas desumanizadoras que geravam, dentre outros efeitos, a despersonalização⁴ (GOFFMAN, 2005) e a exclusão social dos portadores de transtornos mentais. Esta experiência incitou-me a interrogar acerca de práticas inovadoras em saúde mental que pudessem contribuir para a efetivação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) neste âmbito.

No segundo nível, a pesquisa se justifica socialmente, dados os subsídios gerados com a realização do estudo proposto, porquanto os relatos dos usuários revelaram desafios e/ou potencialidades nos atendimentos prestados no CAPS da SER III e no CAPS da SER V.

A terceira justificativa relaciona-se à importância deste trabalho para as instituições envolvidas direta ou indiretamente no estudo. Os resultados desta pesquisa podem contribuir no processo de gestão, possibilitando o aprimoramento dos profissionais e dos serviços prestados, além de catalisar transformações sociais.

No último nível, destaca-se uma justificativa científica, visto que são percebidas lacunas na literatura⁵ nacional e internacional sobre a temática desta pesquisa. Ao examinarmos os descritores *saúde mental*, *pesquisa qualitativa*, *integralidade*, *humanização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde*, de maneira isolada, percebemos que há centenas e milhares de artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e PEPISIC. Entretanto, ao cruzarmos os descritores entre si, verificamos que há poucos artigos de saúde mental que se utilizam da pesquisa qualitativa para avaliar os cuidados nas dimensões da integralidade e

³ A pesquisadora desta investigação trabalhou no manicômio judiciário do Ceará no período de um ano (2008-2009).

⁴ Este conceito significa a perda de identidade do indivíduo mediante a disciplina e o controle da instituição por um longo período. O interno não tem possibilidades de escolha e de interação social, visto que fica isolado do mundo externo, para que possa absorver as regras da instituição, de modo a não oferecer ameaça à sociedade mais ampla. No caso do manicômio judiciário, os internos são considerados inimputáveis perante a Justiça, ou seja, são identificados como indivíduos que não têm consciência ou responsabilidade pelos seus atos e não têm condições de cuidar de si.

⁵ No APÊNDICE I encontra-se o levantamento bibliográfico.

humanização do cuidado. Chama-nos atenção à redução considerável do número de artigos encontrados ao cruzarmos o descritor *pesquisa qualitativa* com os demais descritores, indicando a hegemonia de pesquisas avaliativas com métodos quantitativos.

Entendemos, contudo, que a materialização das dimensões integralidade e humanização do cuidado é fundamental na *práxis* dos serviços de saúde mental, porquanto as estratégias comunicacionais e relacionais são os principais meios de trabalho do modelo de atenção psicossocial. Além disso, este trabalho representa um espaço de reflexão sobre as práticas terapêuticas, visando à construção de novas possibilidades no processo de desinstitucionalização e inclusão social na área de saúde mental.

Nos últimos anos, a rede assistencial de saúde mental em Fortaleza expressou expansão significativa, passando de três CAPS, em 2004, para 14 CAPS em 2012. Atualmente, em conjunto, os CAPS atendem a mais de 14 mil pessoas por mês na Cidade. Com a ampliação do atendimento, o número de profissionais também saltou de 54 para 472 (FORTALEZA, 2012). Ante a expressividade dessa expansão, ratificamos a necessidade crescente de avaliações, com a finalidade de conhecer os impactos das ações ofertadas, de modo a assinalar novos caminhos a serem cursados.

Em uma escolha intencional, as instituições pesquisadas foram selecionadas em razão de suas expressividades no cenário de saúde mental em Fortaleza. O CAPS da SER III foi escolhido, considerando seu tempo de funcionamento, sua experiência de serviço baseado em contínua reflexão decorrente da parceria estabelecida com uma Universidade da região e a disponibilidade do grupo de interesse em aderir à proposta do estudo. O CAPS da SER V também foi selecionado, dado que atuais evidências científicas apontam o desenvolvimento de práticas inovadoras em saúde mental na referida instituição (BOSI et al, 2012). Reconhecemos, também, que este CAPS exhibe singularidades, uma vez que trabalha em cogestão com um movimento comunitário que, em seu discurso oficial, pretende fortalecer a ação comunitária de seus usuários.

A participação comunitária mostra-se como um direito garantido no Texto Constitucional, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde (BOSI; AFFONSO, 1998). Além disso, a atual gestão municipal de Fortaleza pretende constituir uma política de saúde mental que promova cuidados na contextura comunitária, de modo a estimular o envolvimento das comunidades, dos familiares e pessoas usuárias dos serviços de saúde mental na discussão e implementação de práticas

não excludentes. A gestão atual busca, também, incentivar a população no debate da avaliação dos serviços e da política de saúde do Município. Assim, tornam-se pertinentes estudos que confluem para uma avaliação qualitativa como instrumento de democratização e *empoderamento* da população (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Constatamos, ainda, que as pesquisas avaliativas se encontram predominantemente no espólio positivista fundamentado na normatização, manutenção do *status quo* científico, focalizado na eficácia e desempenho técnico de programas que reduzem os atores sociais dessa avaliação a objetos de análise (BOSI; MERCADO, 2006), extraindo o caráter de cuidado humano a que servem esses programas. A possibilidade de incluir, neste estudo, relações intersubjetivas que se processam nas práticas de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002) visa a preencher lacunas na literatura científica.

À vista deste panorama, demarcamos a seguinte questão norteadora: *Como se revelam as experiências dos usuários do CAPS da SER V e do CAPS da SER III de Fortaleza/CE, no tocante à qualidade dos cuidados em saúde que lhes são dispensados, relacionados às dimensões integralidade e humanização?*

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em compreender experiências de usuários do CAPS (SER III) e do CAPS (SER V), no que tange à qualidade dos cuidados ofertados, relacionada às dimensões integralidade e humanização, identificando eventuais confluências, divergências e correspondência com o discurso oficial do CAPS. Já os objetivos específicos se voltaram a: a) analisar concepções de qualidade na óptica dos usuários dos dispositivos estudados; b) compreender experiências de usuários acerca da qualidade do cuidado relacionado às dimensões integralidade e humanização; c) identificar sugestões apontadas pelos usuários para uma assistência de qualidade; d) confrontar as experiências dos usuários com o discurso oficial do CAPS; e e) contrastar as eventuais confluências e divergências nos distintos CAPS.

Para alcançarmos os objetivos retromencionados, foi necessário organizar esta pesquisa no formato de capítulos. O primeiro capítulo coincide com a introdução do estudo, incluindo a justificativa, a problemática e os objetivos. Na sequência, o segundo capítulo diz respeito ao marco teórico e conceitual da pesquisa, o qual contém breve trajetória da história da “loucura”, compreendendo os aspectos conceituais da *saúde mental* no contexto do SUS e o seu processo de desinstitucionalização. Nesse

mesmo capítulo, referencia-se a literatura no cerne da avaliação qualitativa do cuidado em saúde mental, tendo como foco os seguintes aspectos: a perspectiva dos usuários na avaliação; a definição de experiência vivida; e as conceituações da integralidade e humanização no âmbito da saúde. O terceiro segmento é dedicado à metodologia utilizada neste estudo, abrangendo: a abordagem; o cenário do estudo; o perfil dos informantes; as técnicas utilizadas; os aspectos éticos; bem como os procedimentos de construção, processamento e interpretação do material empírico. O quarto módulo expõe os resultados e a discussão da pesquisa, constando a rede interpretativa estabelecida e suas dimensões analíticas. Por fim, o quinto capítulo diz respeito às considerações finais desta investigação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E MARCO CONCEITUAL

2.1 Compreensão histórica e conceitual da saúde mental até os tempos de SUS

A expressão *saúde mental*⁶ é polissêmica, com diferentes conceituações no plano teórico e epistemológico na literatura acadêmica. Ante a heterogeneidade do termo, sabe-se que ainda predominam vertentes psicopatológicas somaticistas ou psicologicistas, as quais rotulam o sujeito como destituído de sua racionalidade (AMARANTE; TORRE, 2001). Conquanto haja, na atualidade, um continuum de mudanças paradigmáticas no campo da saúde mental, essas vertentes ainda estão presentes nos planos discursivo e prático das ações. O fenômeno resulta do poder da indústria farmacológica, da manutenção do *status quo* de categorias profissionais específicas e da historicidade da loucura, que traz estigmas e preconceitos construídos socialmente e culturalmente (FOUCAULT, 1995).

Na Idade Antiga, a “loucura” não era estigmatizada moralmente, uma vez que era entendida como resultante da intervenção direta dos deuses. Por volta de 400a.C., filósofos gregos principiaram estudos sobre o sistema nervoso, a sensação, a imaginação, o raciocínio, a memória, dentre outros interesses que buscavam explicar as funções mentais. A noção de “loucura”, porém, mudou radicalmente na Idade Média com a difusão do Cristianismo. A “insanidade” passou a ser considerada uma forma de possessão demoníaca ou efeito de bruxaria, e a terapêutica consistia em esconjuros e exorcismos. O enfoque demonista da “loucura” retirou a responsabilidade humana sobre sua conduta e tornou o “louco” um indivíduo perigoso. Cabia à família e à Igreja cuidar e conter o “louco”, já que não existia hospital na época (FOUCAULT, 1995).

Contrariamente ao que muitos imaginam, os hospitais não nasceram como instituições médicas, mas sim como instituições religiosas que ofereciam assistência filantrópica e humanitária aos pobres e necessitados. No século XVII, todavia, os hospitais começaram a exercer uma função social e disciplinadora. Além dos pobres, os

⁶ O emprego da dicção *saúde mental* parece promulgar implicitamente uma dicotomia entre *saúde física* e *saúde mental*, embora não seja esta a intenção. A expressão, tão-somente, será mantida nesta pesquisa, em decorrência dos vastos estudos realizados na área e das suas especificidades como núcleo de saber, entendendo de modo inequívoco que a *saúde mental* não é um fenômeno isolado ou independente.

hospitais recebiam doentes mentais, portadores de doenças infectocontagiosas (sobretudo de origem sexual), delinquentes (marcados ou aleijados que haviam escapado da pena de morte e não podiam retornar a sua cidade natal) e os desajustados (FOUCAULT, 1995). Ou seja, todos aqueles que constituíam ameaças sociais à classe dominante passaram a ser segregados da sociedade para evitar surtos de violência ou de criminalidade. Neste período, proliferaram as macroinstituições asilares que, ao longo dos anos, se tornaram lugares de exclusão social (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Ainda no século XVII, houve grande aceitação do modelo organicista da loucura (retomado da Idade Antiga), que consistia nas explicações dos desarranjos do cérebro provocados por disfunções orgânicas. Mais adiante, a ascensão do Positivismo e das ciências naturais no século XIX foi essencial para sustentar, de maneira mais intensa, o discurso biologizante da “loucura” (PESSOTTI, 1994).

As primeiras críticas à desumanização da atenção asilar emergiram dos ideais da Revolução Francesa no final do século XVIII, buscando superar o aspecto insalubre, a violência e a exclusão social dos hospitais. Philippe Pinel, médico francês inspirado na Revolução Francesa, fez severas críticas às condições subumanas em que viviam os internos e separou os doentes mentais dos demais internos. Os “loucos” foram liberados das correntes, mas essa liberdade a eles concedida deu-se apenas no interior dos hospícios (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Naquele período, Pinel fez a primeira tentativa científica de classificação das doenças mentais por intermédio de seu tratado médico-filosófico sobre a alienação mental, onde procurou identificar patologias, descrevê-las, classificá-las e separá-las. Pinel defendia o argumento de que a doença mental era um distúrbio da razão e que os pacientes precisavam ser submetidos ao tratamento moral. A repressão acontecia nos casos em que não havia resíduo de racionalidade (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Para Foucault (1995) essa necessidade de controlar e normatizar os corpos, para torná-los produtivos e saudáveis, fazia parte das exigências do capitalismo que ganhava cada vez mais força no período.

De modo a colaborar com o ideário do alienismo, Robert Castel professou o imperativo do isolamento dos “doentes mentais” com a pretensão de reorganizar seu mundo interno mediante regras, princípios, rotina e disciplina. Os internos deveriam ficar isolados de suas famílias, amigos e comunidade, de modo a reduzir as interferências externas que prejudicassem a observação objetiva e científica. Na época,

foram criados os primeiros manicômios voltados para o tratamento exclusivo aos doentes mentais, onde o médico detinha o poder depositário da norma social em prol da razão. O tratamento no manicômio era pautado na reeducação do alienado por via da injunção de regras e do desencorajamento de comportamentos não aceitos socialmente (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Os conceitos introduzidos por Pinel influenciaram diversos estudos na Escola Francesa de Psiquiatria e na Escola Alemã de Psiquiatria, nos séculos XIX e XX. Na época, a maioria dos estudos procurava uma causa orgânica para a “loucura”. As obras de Kraepelin, por exemplo, estabeleceram um esquema nosográfico e comportamental para a doença mental, que traz uma roupagem semelhante aos manuais técnicos de Psiquiatria em uso na atualidade. Na contra-hegemonia, Freud, conhecido como o pai da Psicanálise, fez prevalecer a biografia do sujeito e os fatores psicológicos na elaboração da “doença mental”. Assim, a Psiquiatria se dividiu entre duas vertentes conflitantes para explicar a “doença mental”: uma de natureza organicista, que foi retomada com o Positivismo, e outra de teor psicologista (PESSOTTI, 2006).

Fez-se presente também, no início do século XX, um enfoque fenomenológico do psiquismo, por meio da obra *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*, de Karl Jaspers. Jaspers (1979) fundou uma ciência psicopatológica com base compreensiva da experiência do paciente, conforme esta se manifesta, seguida por sistematizações e classificações dos fenômenos mórbidos. Deste modo, a abordagem fenomenológica da psicopatologia buscou retirar a loucura de uma base exclusivamente biológica ao investigar os conteúdos históricos, emocionais e interpessoais que se alteram na vivência do paciente. A loucura passa a ser entendida como possibilidade humana de se posicionar no mundo. Decorrente dessa contribuição, é possível localizar três vertentes importantes que influenciam o campo da saúde mental nos dias de hoje: a psicopatologia descritiva, a Psicologia dinâmica e a Fenomenologia-existencial (OLIVEIRA, 2008).

Ante o exposto, percebemos que a “loucura” auferiu diversos contornos e explicações que foram se modificando de acordo com as exigências de sua época. Os aspectos econômicos, sociais e culturais influenciaram sobremaneira os discursos construídos sobre a “loucura”, sendo sustentados por saberes religiosos, filosóficos e científicos de seu tempo (FOUCAULT, 1995). Vale ressaltar que os diferentes modelos, com suas devidas reformulações, prevalecem com maior ou menor intensidade até os

dias de hoje: o modelo mítico-religioso pode ser percebido em práticas e ritos populares; o modelo psicologista ainda é difundido nas universidades e aplicado em clínicas psicológicas; e aquele de cunho organicista é amplamente utilizado na Psiquiatria para explicar a origem e o tratamento da “doença mental”.

No Brasil, os primeiros hospitais psiquiátricos surgiram no final do século XIX, sendo influenciados pelo tratamento disciplinador proposto pelos discípulos de Pinel. Além do isolamento e do controle, surgiram também práticas terapêuticas agressivas e punitivas, com vistas a disciplinar o doente mental. O tratamento versava na prescrição de terapias físicas e farmacológicas para o restabelecimento do equilíbrio mental dos indivíduos, incluindo o método do eletrochoque e a camisa de força (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Posteriormente, no início do século XX, o movimento higienista ganhou força na Psiquiatria (OLIVEIRA, 2008). Desse modo, a saúde mental no Brasil passou a ser influenciada pela Psiquiatria Preventiva, cujo objetivo principal era produzir sujeitos sadios e produtivos. Percebemos que houve o primeiro deslocamento do foco da *doença mental* para a *saúde mental*. De acordo com a Psiquiatria Preventiva, a nova finalidade seria a “prevenção”, o novo sujeito de intervenção seria a “coletividade”, o novo lugar para o tratamento seria a “comunidade” e a nova perspectiva de sujeito seria “biopsicossocial”. Apesar de novas concepções teórico-práticas transversalizarem o campo da saúde mental, o tratamento ainda permanecia pautado no ajustamento e na adaptação do sujeito em função das exigências da sociedade (COSTA, 1989).

Ante esta proposta de adaptação, Maslow (1968) fez alguns questionamentos: a busca pelo ajustamento da pessoa é em nome *de quem e para quem?* Quais são os interesses envolvidos? Em busca de respostas para tais perguntas, o Movimento Humanista, principiado por Abraham Maslow, Carl Rogers e Rollo May, na década de 1960, emergiu na tentativa de realizar uma ruptura paradigmática de uma psicologia pautada na doença (destrutividade, desequilíbrio e deficiência) para uma psicologia da saúde que focasse nas potencialidades e no funcionamento pleno dos indivíduos.

Os seguidores do Movimento Humanista acreditavam que a natureza humana interna, também alicerçada biológica e culturalmente, possuía capacidades básicas positivas que poderiam ser expressas e encorajadas. Tal ruptura significou o desenvolvimento de novos estudos pautados nos valores e nas atitudes de pessoas

autorrealizadas com capacidade de uso e exploração plena de suas potencialidades, em vez de catalogar problemas e falhas humanas de ordem psíquica (MASLOW, 1968).

Na ocasião em que profissionais de saúde mental ainda se baseavam, predominantemente, em manuais de transtornos mentais para balizar suas diretrizes clínicas, Maslow propôs, em 1954, uma nova perspectiva de saúde. O autor afirmava, com base em resultados de pesquisas empíricas, que os profissionais deveriam nortear suas intervenções em saúde mental com suporte na compreensão de pessoas autorrealizadoras, dotadas das seguintes características: nível de percepção real satisfatória, aceitação, espontaneidade, autonomia, relações interpessoais mais profundas e criatividade. Para Maslow, essas qualidades não desconsideravam a possibilidade de pessoas autorrealizadoras compartilharem os mesmos problemas de pessoas comuns, como a culpa, a ansiedade e o conflito. O autor entendia, porém, que estudar a *saúde* humana, no lugar de focar na *doença* humana, significava explorar os limites da potencialidade humana (MASLOW, 1968).

A Antropologia Médica também potencializou uma nova perspectiva sobre a origem e o desenvolvimento das doenças mentais, uma vez que compartilhou a ideia de que a evolução das doenças não constitui realidade objetiva e inquestionável, mas sobrevém de acordo com o sujeito, com o grupo sociocultural e os significados que lhe são atribuídos pela sociedade e pelos próprios profissionais. Ainda que a *doença* seja referência para se pensar *saúde*, o enfoque antropológico retira o foco da doença e o situa na pessoa que sofre (OLIVEIRA, 2008).

Deve-se reconhecer as contribuições da Antipsiquiatria, pois esta criticou as teorias e as práticas da psiquiatria tradicional e os interesses da indústria farmacológica. A ideia de que a saúde mental do indivíduo dependia, além dela mesma, de suas relações com o outro e com o mundo também trouxe aportes significativos para a área (OLIVEIRA, 2008).

Não obstante o Movimento Humanista, a Antropologia Médica e a Antipsiquiatria tenham representado grandes contribuições para uma concepção mais ampliada de saúde mental, foi apenas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, na década de 1970, contemporânea à Reforma Sanitária, que houve uma preocupação em modificar os modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental como um todo, defendendo os seguintes aspectos: os direitos dos pacientes psiquiátricos; a equidade na oferta dos serviços; o protagonismo dos usuários; e a autonomia dos profissionais dos

serviços de saúde nos processos da gestão e na produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Inicialmente, a Reforma Psiquiátrica buscou denunciar os maus-tratos e a desumanização dos pacientes psiquiátricos, sendo o hospício comparado aos campos de concentração de guerra. Anos depois, a reforma psiquiátrica, de fato, representou um processo político e social complexo, baseado em críticas ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (VASCONCELOS, 1997). Sua principal proposta era alvitrar um novo modelo de atenção em saúde mental denominado *modelo psicossocial*. Tal modelo tem como principais características a percepção integral do sujeito, a interdisciplinaridade de profissionais e um trabalho territorial com vistas à desinstitucionalização. Esse período foi marcado pela denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência (MENEZES; YASUI, 2009).

Sobre a Reforma Psiquiátrica, Amarante (2003) assinala que sua efetivação pode ocorrer com base em quatro dimensões interconectadas. A dimensão *teórico-conceitual* representa um conjunto de teorias e conceitos, cuja superação do foco na doença e no diagnóstico favoreça novas abordagens de cuidado em saúde mental. A dimensão *jurídica-política* vincula-se às questões de cidadania e direitos humanos, amparadas por legislações relacionadas ao campo da saúde mental. A dimensão *técnico-assistencial* refere-se ao uso de tecnologias e de modelos de atenção pautados em práticas de acolhimento, escuta e horizontalização das relações. A dimensão *sociocultural*, por sua vez, diz respeito à inauguração de espaços sociais para a loucura por meio da reinserção psicossocial.

A principal influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil adveio da Psiquiatria Democrática Italiana de Basaglia. As ideias basaglianas chegaram ao Brasil de maneira mais contundente na década de 1980, concomitante ao advento do SUS.

A criação do SUS, fruto da Reforma Sanitária brasileira, representava um descontentamento em relação ao sistema de saúde previdenciário de cunho médico-assistencialista ditatorial. A tentativa de implantação da Reforma Sanitária foi liderada por trabalhadores e intelectuais que buscavam o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde que estivesse sob a responsabilidade do Estado. Tais questões foram fortemente abordadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, conferindo

destaque ao pacto federativo descentralizado e à democratização da saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Inspirado na referida Conferência, o SUS trouxe ao debate às seguintes questões: a busca por uma concepção mais ampliada da saúde; a saúde como direito e dever do Estado; a instituição de serviços, perpassados pelo princípio da universalidade, integridade, descentralização e hierarquização dos níveis de atenção; e a valorização da participação popular e do controle social dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006). As influências da Reforma Psiquiátrica, somadas aos novos preceitos e ações do SUS, culminaram com a tentativa de reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

As mudanças mais expressivas no tocante à assistência em saúde mental começaram a materializar-se, principalmente, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS⁷, considerado referência na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005). A primeira experiência de CAPS no Brasil aconteceu em São Paulo, em 1987 (FERNANDES; SCARCELLI, 2005). Hoje, já se soma um total de 1.742 CAPS, o que corresponde a 72% da cobertura nacional, considerando o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

Nesse ínterim, foram criados setes componentes que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): a) atenção básica em saúde; b) atenção psicossocial especializada; c) atenção de urgência e emergência; d) atenção residencial de caráter transitório; e) atenção hospitalar; f) estratégias de desinstitucionalização; e g) reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

O componente da *atenção básica* é formado por pontos de atenção dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS), do Consultório de Rua (CR) e dos Centros de Convivência. As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são compostas por profissionais especializados que atuam nas UBS, cujo objetivo principal é garantir continuidade e a integralidade da atenção, além da coordenação da assistência, dentro do próprio sistema, com enfoque na prevenção e na promoção da saúde. Ressalta-se que o Ministério da Saúde recomenda a inclusão de pelo menos um profissional da saúde mental (psiquiatra, terapeuta ocupacional ou psicólogo) para compor a equipe do NASF (BRASIL, 2009a). Já o CR é composto por uma equipe de profissionais que atua de forma itinerante e territorial,

⁷ A proposta do CAPS será aprofundada no capítulo seguinte.

ofertando estratégias de promoção de acesso às políticas públicas para pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão aos cuidados em saúde (BRASIL, 2011). No que se refere ao Centro de Convivência, este é um espaço de sociabilidade destinado à promoção da saúde e integração à sociedade de pessoas discriminadas por meio das atividades de oficinas de arte, artesanato, lazer, passeios e práticas integrativas e complementares (FERNANDES; SCARCELLI, 2005).

O componente da *atenção psicossocial especializada* corresponde aos CAPS e ao Hospital-Dia em Saúde Mental (HD). O CAPS é um serviço de saúde mental destinado a atender indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, por meio da execução do projeto terapêutico e da inserção psicossocial. Atualmente, já existem três modalidades de CAPS: Geral; Álcool e outras Drogas; e Infantil (BRASIL, 2011). Já o HD caracteriza-se por um serviço de atenção intensiva ambulatorial para usuários em situação de crise, sem excluí-los do convívio familiar e social. A ideia é substituir a internação hospitalar, sendo referência tanto para os serviços de emergência psiquiátrica quanto para as enfermarias de saúde mental dos Hospitais Gerais (FERNANDES; SCARCELLI, 2005).

No componente da *atenção de urgência e emergência*, os pontos de atenção da RAPS são: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), as portas hospitalares de atenção à urgência no pronto socorro, a UBS e o CAPS. Estes pontos devem realizar o acolhimento, a categorização de risco e o cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

O componente da *atenção residencial de caráter transitório* é formado pelas Unidades de Acolhimento e pelos Serviços de Atenção em Regime Residencial. A Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso álcool e outras drogas, que exijam acompanhamento terapêutico de cunho transitório (no máximo seis meses). As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas modalidades: Adulto (maiores de 18 dezoito anos) e Infante-Juvenil (de doze até dezoito anos completos). Já as comunidades terapêuticas oferecem cuidados

ininterruptos de saúde por até nove meses aos adultos que fazem uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

No componente da *atenção hospitalar*, os pontos de atenção referem-se à Emergência Psiquiátrica do Hospital Geral e ao Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, oferecendo suporte hospitalar de internação com curta duração (BRASIL, 2011). A inclusão do serviço de Emergência Psiquiátrica no Pronto-Socorro do Hospital Geral é entendida como parte do processo de integração do usuário de serviços de saúde mental à sociedade. Objetiva uma internação temporária com direito a um acompanhante-participante (FERNANDES; SCARCELLI, 2005).

O componente das *estratégias de desinstitucionalização* é constituído por iniciativas de cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, como a utilização do Programa de Volta para Casa (auxílio reabilitação para pessoas egressas de internação psiquiátrica) e as ações de inclusão social (BRASIL, 2011). Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), também considerados estratégias de desinstitucionalização, são espaços físicos intermediários que funcionam como casas para o usuário crônico do hospital psiquiátrico de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), que denote ausência de suporte social e familiar, precisando reaprender as atividades cotidianas e sociais para viver em comunidade (FERNANDES; SCARCELLI, 2005). O hospital psiquiátrico pode ser utilizado tão-somente nos territórios onde o processo de implantação e expansão da rede de saúde mental ainda não se apresenta suficiente. Esses locais precisam privilegiar os serviços substitutivos para dar prosseguimento à substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Por último, o componente da *reabilitação psicossocial* é composto por ações de geração de trabalho e renda que devem articular-se intersetorialmente, de modo a utilizar os recursos disponíveis no território para melhorar as condições de vida dos usuários e familiares.

Apesar desse processo de mudança, há de se reconhecer que ainda há um hiato abissal entre o discurso oficial do SUS e as práticas assistenciais no campo da saúde mental, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios nos diferentes níveis de atenção.

A implantação do SUS apoiou-se em ideias contra-hegemônicas, garantindo direitos constitucionais de seus usuários. Apenas na década de 1990, entretanto, o Ministério de Saúde (MS) passou a propor uma política de saúde mental baseada em experiências municipais inovadoras associadas às reflexões e às propostas operadas pela Reforma Psiquiátrica. Isso possibilitou aos gestores, profissionais, usuários e sociedade civil o conhecimento e o acesso a um novo projeto de atenção em saúde mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e intensa mobilização do Movimento de Luta Antimanicomial, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no País, redirecionando a assistência em saúde mental por via da oferta de cuidados em serviços de base comunitária e de proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Logo em seguida, na conjuntura da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental se alinhou às diretrizes da reforma psiquiátrica, ganhando maior sustentação e visibilidade, ao propor a desinstitucionalização de pessoas com longos períodos de internação psiquiátrica. Esse processo ganhou grande impulso em 2002, por intermédio de uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituiu mecanismos para a redução responsável de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Com “novas” práticas e “novos” profissionais atuando no campo, ampliou-se o conjunto de intervenções:

Este fato nos conduz a discutir o conceito do termo Saúde Mental que se justifica por ser uma área de conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde, além de preocupar-se em reabilitação e inclusão do paciente em seu contexto social, o que nos remete ao pensamento de que prevenir e promover não se limita somente a pacientes psiquiátricos e sim à população de maneira geral (SOUZA et al., 2007, p.393).

Nesta mesma perspectiva, a Carta de Otawa (OMS, 1986) preconizou a promoção da saúde como um processo que capacita as pessoas a atuarem na melhoria da qualidade de vida, compreendendo maior participação no processo saúde-doença, não se restringindo ao enfoque estritamente biológico. De acordo com a OMS, para que a saúde seja promovida, é necessário envolver as comunidades locais na identificação dos problemas relacionados à saúde para explanarem prioridades no desenvolvimento de soluções adequadas as suas realidades, culturalmente aceitáveis, com os recursos

disponíveis localmente, implicando uma perspectiva de conscientização e participação social.

Sobre participação social, Freire (1980) assevera que esta é importante, na medida em que o homem não é apenas um produto do meio em que vive, mas um sujeito produtor de sua história, podendo tanto assimilar a realidade como transformá-la. O autor destaca que, mediante a conscientização e a participação pautada no diálogo, é possível ter um olhar crítico ante a realidade e realizar ações concretas perante ela. Nesse sentido, Freire (1980) tornou-se referência no âmbito da Educação Popular em Saúde, visto que sua teoria valoriza a participação popular, facilita novas sociabilidades mais democráticas, favorece a autonomização e o compromisso social.

A participação comunitária passa a ser entendida como um dos elementos essenciais para promover saúde e possibilitar práticas inovadoras em saúde mental. A educação, os movimentos populares e as políticas públicas podem potencializar a participação nessa acepção (VIEIRA, 2008). De modo a garantir os princípios da participação comunitária no campo da saúde mental, setores da saúde pública e dos direitos humanos concentraram esforços para estabelecer redes substitutivas com base territorial, cujo projeto implica a integração dos usuários as suas famílias e à comunidade. Essa proposta está em consonância com a dinâmica de descentralização das ações e dos serviços de saúde aludida na Constituição Federal de 1988 (artigos 1º e 204), nas Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90) e nas Normas Operacionais do SUS, refletindo na esfera dos interesses dos cidadãos, inclusive daqueles em sofrimento psíquico (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007).

A atual política nacional de saúde pretende estimular a corresponsabilidade da sociedade e do Estado na oferta do tratamento humanizado, estruturado de acordo com os princípios da territorialidade e da integralidade do cuidado, sendo a internação psiquiátrica o último recurso terapêutico a ser adotado (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007). Os seus princípios objetivam:

(1) implementar uma política de promoção de direitos em saúde mental comprometida com as necessidades da população, seguindo o ideário da reforma psiquiátrica;

(2) conceber o campo de ação em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde e dos espaços públicos em geral;

(3) promover a integralidade das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica como eixo da rede de serviços de saúde em geral e dos serviços específicos de saúde mental;

(4) promover cuidados de saúde mental no plano comunitário, por meio de ações e atividades contínuas de educação popular em saúde junto à população;

(5) favorecer a universalidade de acesso aos serviços de saúde; e

(6) incentivar a organização social e política da população, sobretudo de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, na discussão do funcionamento e avaliação dos serviços de saúde. Trata-se de avançar na conquista da inclusão social, de modo que o controle social tenha papel determinante na estruturação e implementação da política de saúde mental.

De antemão, vale ressaltar que a política de saúde mental ainda se configura como um objetivo a ser atingido, não se conformando em sua plenitude na prática. A implementação de políticas públicas de saúde mental na conjuntura do SUS, baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da participação comunitária, ainda enseja novos desafios para a área, tais como: a produção de redes substitutivas e territoriais que visem à superação do modelo hospitalocêntrico, à conquista da cidadania e à criação de um novo lugar social para a experiência do sofrimento psíquico.

Embora seja de suma importância, o principal desafio não está na modernização do sistema, mas na profunda mudança das relações e das interações, as quais incluem profissionais, usuários, família e sociedade, implicando novas formas de cuidado e interação (NICÁCIO; CAMPOS, 2004). Trata-se, portanto, de um processo singular, conflitivo, contextualizado e multidimensional que implica os participantes como agentes da transformação (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Neste sentido, as práticas de desinstitucionalização requerem, necessariamente, novas formas de respostas que não estejam pautadas no automatismo do controle e da exclusão (NICÁCIO; CAMPOS, 2004). A abertura para outras possibilidades significa uma atitude de compreensão empática livre de tentativas de conduzir o usuário para uma realidade desejada pelo profissional ou pela sociedade. Essa nova posição implica *empoderar* a pessoa que sofre, garantindo o acesso e o exercício de seus direitos.

É importante ressaltar que isso não significa que tensões e contradições sejam excluídas do cotidiano das práticas, visto que elas fazem parte do processo de

transformação e são importantes para incitar reflexões e novas possibilidades de intervenção. O modo de se pensar e de se fazer saúde é complexo, na medida em que exige dos profissionais alternativas para lidar com as contradições e aceitar a emergência de conflitos na relação de abertura com o outro (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Segundo Nicácio e Campos (2004),

O que é fundamental enfatizar é que a aproximação, a presença e a disponibilidade da equipe para entrar em relação, reconhecendo necessidades, mediando relações, lidando com os conflitos, potencializando saberes, transformando e diversificando as respostas, geravam um novo contexto de relações e de possibilidades: a partir de uma situação codificada e invalidante “ele é louco” emergiam, processualmente, as experiências de sofrimento, as necessidades, os problemas, os desejos, os recursos das pessoas, a desigualdade das contratualidades, os conflitos entre as pessoas com a experiência de sofrimento psíquico e as pessoas de sua rede de relações, entre as diversas demandas presentes, entre as distintas avaliações da situação. (p.5).

Carl Rogers (1976), em suas pesquisas e vivências com psicóticos hospitalizados, concluiu que a qualidade da relação interpessoal é o elemento mais significativo para garantir mudanças, principalmente na área de saúde mental. O autor afirma:

Com alguns destes indivíduos, só tenho um contato rápido; com outros, tenho a oportunidade de conhecê-los intimamente; em qualquer caso, e considerando-se um prazo maior, a qualidade do encontro pessoal é que determina até que ponto estamos diante de uma experiência que liberta ou estimula o desenvolvimento e o crescimento. (p.104).

O reconhecimento da importância das relações interpessoais constituídas no cotidiano das práticas de saúde mental produz novas respostas baseadas na interdisciplinaridade de profissionais e na aproximação mobilizadora entre profissional-usuário-família. Logo, a desinstitucionalização não acontece caso não haja uma desinstitucionalização dos profissionais, visto que estes precisam atravessar os muros da instituição, imbuídos de caráter territorial e de corresponsabilização, para conhecer a história e o contexto de vida das pessoas, desenvolver projetos terapêuticos em conjunto, mediar relações e ativar outras redes de suporte.

Caso contrário, corre-se o risco da verdadeira desinstitucionalização concreta e simbólica não acontecer, visto que a própria sociedade pode criar uma demanda de hospital psiquiátrico, na medida em que não sejam ofertados serviços

substitutivos que atendam as demandas de saúde mental, principalmente nas situações de crise (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Ressalvamos que a desinstitucionalização é uma desconstrução, e não uma forma de desospitalização ou desassistência. A desinstitucionalização por desconstrução refere-se à ruptura do aparato prático-discursivo da Psiquiatria Tradicional e da Psiquiatria Preventivista, visando a desconstruir a exclusão e a lógica manicomial concreta, simbólica, social e cultural (AMARANTE, 1996).

2.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

De acordo com o Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofrem de transtornos mentais severos e persistentes e mais de 6% dos brasileiros portam transtornos psiquiátricos em razão do uso de álcool e outras drogas (exceto tabaco). Ante este panorama, estima-se que 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental no Brasil, seja ele contínuo ou contingencial (BRASIL, 2012).

O surgimento do CAPS representou a inserção de um novo modelo de atenção mais humanizado e eficiente para atender a essa demanda expressiva em saúde mental, constituindo-se a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Trata-se de um serviço de atendimento em saúde mental designado a substituir as internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Os CAPS são dispositivos destinados a acolher os usuários com transtornos mentais, de modo a facilitar sua autonomia e integração familiar e social no território. Entende-se por *território* não apenas um recorte de uma área geográfica, mas também um espaço físico, simbólico e cultural, onde se desenvolvem as interações e o cotidiano de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

O território é formado, essencialmente, pelas pessoas que nele circulam, incluindo seus cenários: os equipamentos de saúde, a igreja, a escola, o trabalho etc (Figura 1). Isso significa que é fundamental organizar uma rede de atenção em saúde mental que esteja articulada com os cenários de cada território adstrito. Portanto, os CAPS devem assumir seu papel estratégico na tessitura dessas redes (BRASIL, 2004). As parcerias intersetoriais com os serviços de saúde implicam no fomento ao protagonismo do usuário no território, de modo a envolvê-lo ativamente nas múltiplas redes de negociação e de troca na comunidade.

Figura 1 – Rede de atenção em saúde mental no território



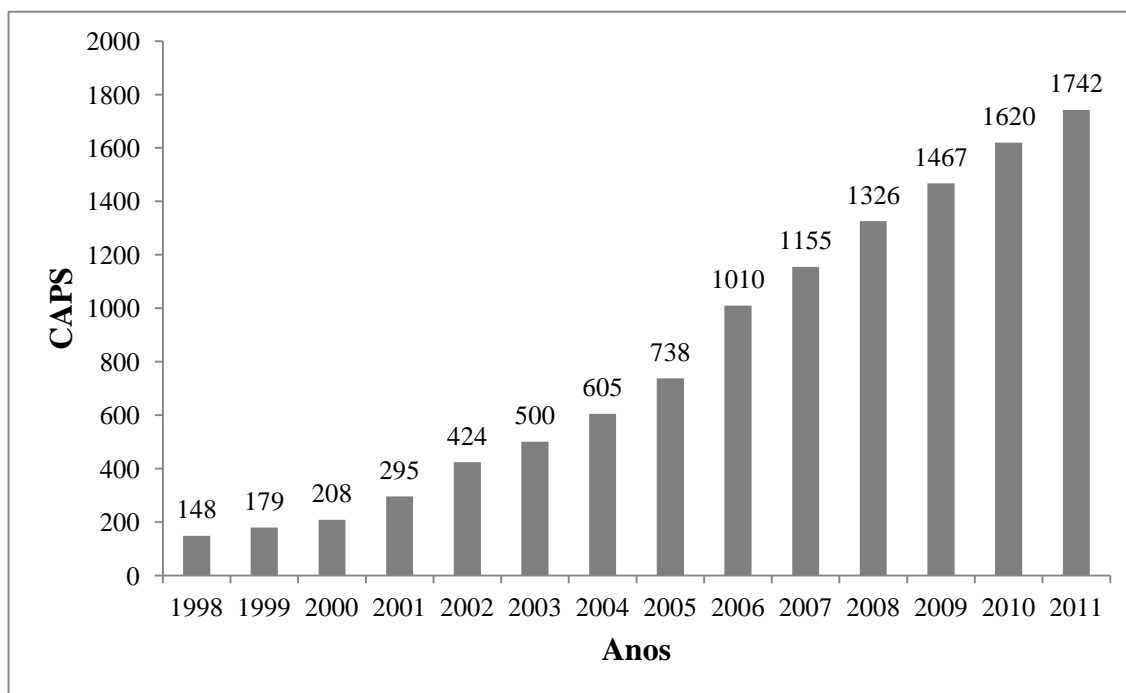
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

A articulação com a atenção básica também é essencial para garantir o acolhimento e a entrada do usuário na rede de saúde mental. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, concluiu-se que 51% das equipes de Saúde da Família realizavam algum atendimento em saúde mental, porém nem todos os profissionais tinham capacitação ou treinamento para lidar com esta demanda. Daí a importância de os CAPS auxiliarem na retaguarda do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das equipes da ESF mediante a assistência domiciliar e do apoio matricial. Entende-se por apoio matricial a oferta de conhecimentos especializados e propostas de ações conjuntas compartilhados em reuniões e treinamentos com as equipes (BRASIL, 2004).

A relação entre o CAPS e a atenção básica representa um papel estratégico, uma vez que a Reforma Psiquiátrica incita o deslocamento progressivo do núcleo do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade e ao território. Com efeito, o CAPS deve estabelecer ações conjuntas de levantamento de dados acerca das principais demandas de saúde mental no território; realizar atendimentos conjuntos em situações complexas e efetuar visitas domiciliares com as equipes da atenção básica, além de desenvolver atividades de educação permanente sobre saúde mental (BRASIL, 2004).

Desde sua criação em 1987, a expansão do número de CAPS no Brasil é significativa nos últimos anos, saltando de 148 CAPS em 1998 para 1.742 CAPS em 2011, conforme indica o Gráfico 1 (BRASIL, 2012):

Gráfico 1 – Expansão dos CAPS no Brasil (1998-2011)



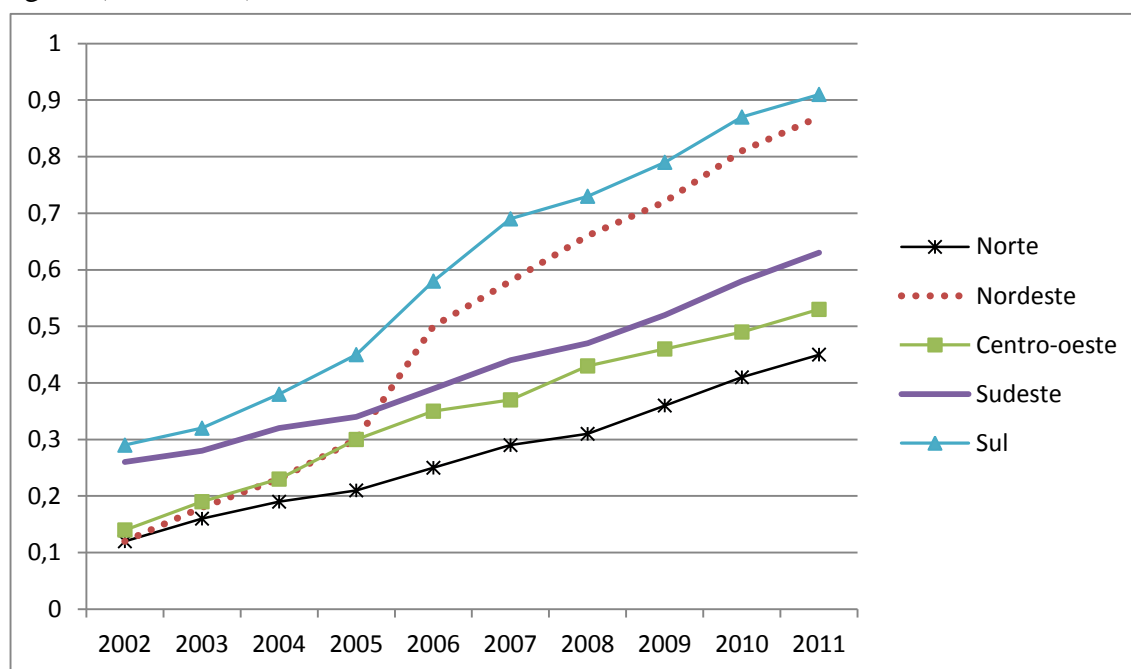
Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

As regiões do Brasil que registraram maior crescimento do indicador da cobertura assistencial de CAPS/100.000 habitantes foram o Sul e o Nordeste. Em 2002, a região Sul tinha um indicador de 0,29 de cobertura e fechou 2011 com o indicador aferindo 0,91. Já a região Nordeste apresentava um indicador de cobertura de 0,12 em 2002 e progrediu para 0,87 ao final de 2011. Isso significa que essas duas regiões

demonstram *cobertura assistencial muito boa*⁸, segundo parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes. As demais regiões apresentam os seguintes indicadores: Norte 0,45; Centro-oeste 0,53; e Sudeste 0,63. No que se refere à cobertura assistencial do Ceará, o indicador passou de 0,25 em 2002 para 0,95 em 2011 (BRASIL, 2012).

Logo abaixo é possível observar o comportamento do indicador CAPS/100.000 habitantes para as cinco regiões do País no período de 2002 a 2011:

Gráfico 2 – Série Histórica Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por região. (2002-2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

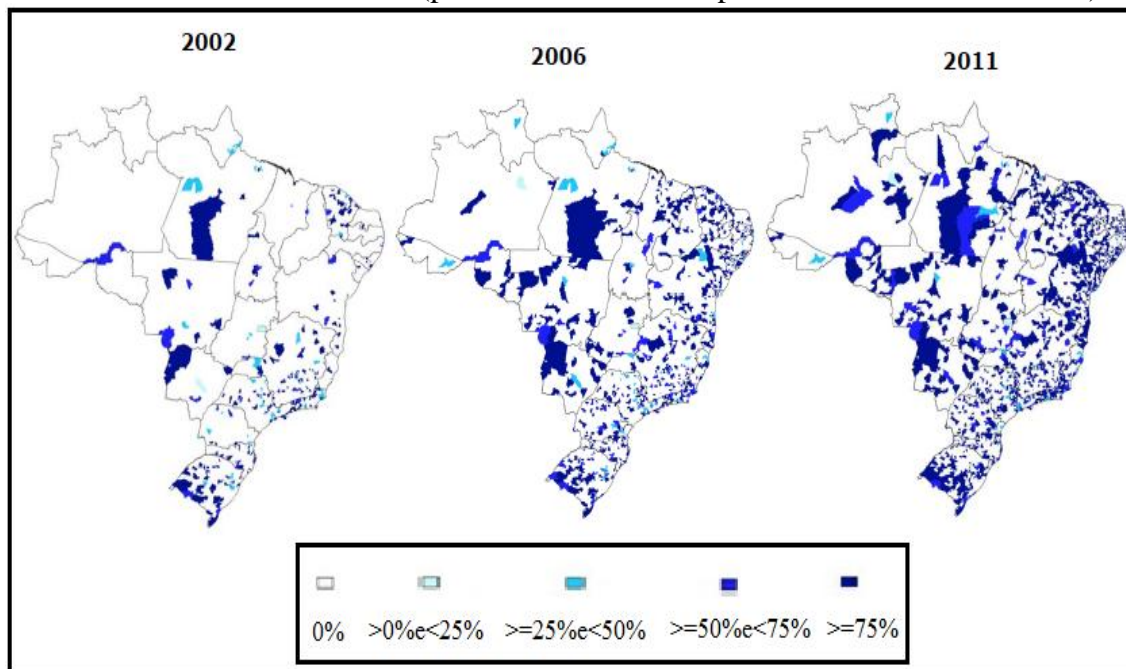
O crescimento do indicador da cobertura assistencial nas regiões Sul e Nordeste é mais expressivo, todavia a expansão nas regiões Centro-Oeste e Norte permanece como desafio para os anos seguintes. A região Sudeste, que iniciou com o segundo patamar mais alto, segue registrando um ritmo de crescimento próximo ao das regiões Centro-Oeste e Norte (BRASIL, 2012).

A Figura 2 demonstra com maior clareza a expansão da cobertura assistencial em saúde mental nos anos de 2002, 2006 e 2011, sendo possível observar

⁸ Parâmetros de cobertura do indicador CAPS/100.000 habitantes: cobertura muito boa (acima de 0,70); cobertura boa (entre 0,50 e 0,69); cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); cobertura baixa (de 0,20 a 0,34); cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

um maior adensamento na região Nordeste. A escala em azul indica a cobertura dos municípios; e quanto mais escuro, melhor a cobertura (BRASIL, 2012).

Figura 2 - Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011 (parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

No que tange à finalidade do CAPS, este objetiva proporcionar atendimento psicossocial à população de sua área de abrangência, por intermédio do incremento da clínica ampliada, do agenciamento de psicofármacos, da promoção de ações intersetoriais e da efetivação dos projetos terapêuticos e comunitários (BRASIL, 2004).

O projeto terapêutico (PT) refere-se à contratualidade e à negociação simbólica estabelecida entre o terapeuta de referência (TR) e o usuário, com o intuito de planejar e desenvolver as ações de saúde mediante corresponsabilidade do cuidado. Os projetos são singulares e precisam ser monitorados pelo TR junto com o usuário para reformular, à medida que for necessário, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR é responsável pela articulação com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto, dialogando com o usuário e com a equipe multiprofissional dos CAPS. Deste modo, o vínculo que o usuário estabelece com o TR é essencial em seu processo de cuidado (BRASIL, 2004).

Dependendo do PT de cada usuário, o CAPS pode proporcionar três tipos de atendimento. O *atendimento intensivo* constitui atenção diária ofertada à pessoa com

intenso sofrimento psíquico, em situação de crise ou com problemas graves no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua. No *atendimento semi-intensivo* o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando os sintomas amenizaram e relações interpessoais melhoraram, porém o usuário ainda necessita de atenção direta da equipe para restaurar sua autonomia. Já o *atendimento não intensivo* é disponibilizado quando o usuário não precisa de suporte contínuo da equipe para conviver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. As três modalidades⁹ de atendimento podem ser feitas com visitas domiciliares, caso haja necessidade (BRASIL, 2002).

Os diferentes tipos de modalidade de atendimento podem oferecer diversas atividades e recursos terapêuticos, tais como: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, atividades comunitárias (passeios, festas, participação em eventos etc), atividades artísticas e esportivas, grupos de leitura, assembleias (instrumento de participação do usuário em que se discutem as dificuldades e as sugestões de melhoria do serviço), orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Dessa forma, o CAPS pode unir o cuidado clínico aos programas de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Embora possuam atividades terapêuticas semelhantes, os CAPS ganham diferentes denominações, de acordo com as particularidades de tamanho geográfico e de demandas de cada município: CAPS Geral, CAPSad e CAPSi. O CAPS Geral realiza atendimentos aos adultos e pode ser de três tipos CAPSI, CAPSII e CAPSIII (BRASIL, 2004).

O CAPSI é indicado para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h de segunda a sexta-feira. A equipe mínima deve conter um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível técnico (BRASIL, 2002).

O CAPSII é indicado para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h de segunda a sexta-feira (pode funcionar até às 21h em algumas instituições). A equipe mínima deve conter um médico

⁹ Vale ressaltar que existe um dinamismo nesses três tipos de atendimento, visto que o mesmo usuário pode transitar nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, dependendo do seu quadro psíquico.

psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível técnico (BRASIL, 2002).

O CAPSIII é indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24h nos sete dias da semana (também nos feriados e nos fins de semana). A equipe mínima deve conter dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível técnico. Este tipo de CAPS oferece leitos para receber usuários em crise que precisam pernoitar no local. O acolhimento noturno no CAPSIII, quando há internação, deve ser agenciado no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias (BRASIL, 2002).

O CAPSi realiza atendimentos às crianças e adolescentes em municípios com população acima de 150.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h de segunda a sexta-feira (pode funcionar até às 21h em algumas instituições). A equipe mínima deve conter um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível técnico. O CAPSi deve estabelecer parcerias com a rede de saúde, educação e assistência social relacionadas ao cuidado da população infantojuvenil (BRASIL, 2002).

O CAPSad realiza atendimentos às pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso e dependência de substâncias psicoativas e possui leitos de repouso com o objetivo de tratamento de desintoxicação ambulatorial. Este tipo de CAPS é indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h de segunda a sexta-feira (pode funcionar até às 21h em algumas instituições). A equipe mínima deve conter um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível técnico (BRASIL, 2002).

O CAPSad pode atuar também de modo preventivo por meio de estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. O planejamento deve ser pautado na Política de Redução de Danos, com o desenvolvimento das seguintes práticas: orientação de informações sobre os danos do álcool e outras drogas; opções de lazer e atividades esportivas; fortalecimento de vínculos afetivos e sociais; atividades que melhorem a autoestima; etc (BRASIL, 2004).

Em 2011, foi inserido o CAPSad III na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁰, cujo serviço porta os mesmos objetivos do CAPSad, mas com a inclusão do atendimento noturno, funcionando 24h nos sete dias da semana. Este tipo de CAPS é indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011). O Quadro 3 mostra que foram implantados cinco CAPSad III no Brasil (BRASIL, 2012):

Quadro 3 – Série Histórica CAPS por Tipo (2006-2011)

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

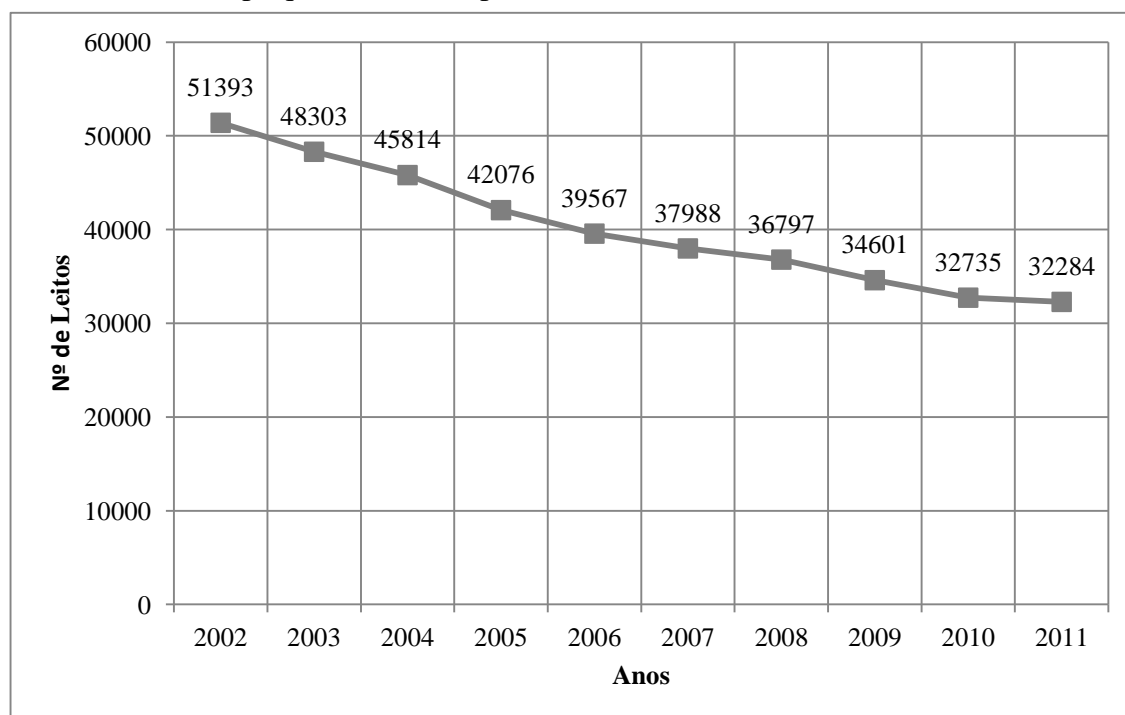
O Quadro 3 também indica ter havido um crescimento menor de serviços com funcionamento 24h, assim como daqueles voltados para os usuários de drogas e para o público infantojuvenil. Mais especificamente, no Ceará, existem 48 CAPS I, 29 CAPS II, 3 CAPS III, 6 CAPSi, 17 CAPSad e nenhum CAPSad III para uma população com 8.448.055 de habitantes, totalizando 103 CAPS (BRASIL, 2012).

O aumento progressivo do número de CAPS no Brasil foi acompanhado de um decréscimo no total de leitos, conforme idealiza a proposta da Reforma Psiquiátrica. Muitos hospitais psiquiátricos brasileiros são gradativamente descredenciados do SUS ou mostram nítida redução de leitos para internamento por intermédio de uma estratégia de reversão planejada. O Ceará, por exemplo, conta com sete hospitais psiquiátricos e 928 leitos psiquiátricos atualmente, cuja tendência é diminuir cada vez mais com a implantação da rede substitutiva (BRASIL, 2012).

¹⁰ A Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das redes prioritárias do SUS em 23 de dezembro de 2011, possibilitando maior investimento financeiro. Há expectativas de que sejam injetados R\$ 200 milhões a mais para o custeio da rede existente com a criação de outras modalidades de serviços.

Destaca-se o fato de que houve o incentivo à migração de macro para micro-hospitais psiquiátricos, além do processo de fechamento destes. Conforme se evidencia no Gráfico 2, do ano de 2002 até 2011, foram desativados cerca de 19.000 leitos psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2012):

Gráfico 3 – Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 – 2011)



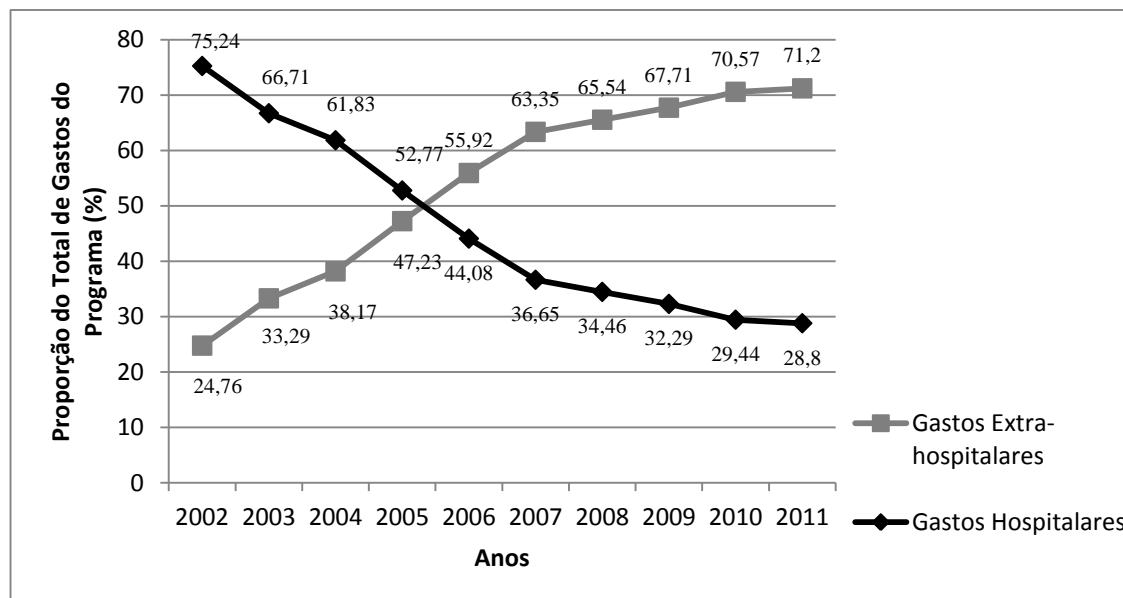
Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Este fenômeno enseja algumas controvérsias no campo da saúde mental. Um contingente de profissionais da saúde, principalmente os adeptos da Psiquiatria Tradicional, acentua que a redução de leitos produz desassistência aos usuários que necessitam de internação. Percebe-se, ao mesmo tempo, que existe um desejo internalizado e manifesto de manicômio na própria sociedade que se percebe ameaçada ou desassistida quando não consegue ter acesso aos serviços de saúde mental (AMARANTE, 1996). Daí a necessidade de uma rede de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, que garanta acesso, acessibilidade e resolubilidade à população.

A diminuição dos leitos e dos hospitais psiquiátricos reflete a inversão dos gastos na rede de atenção psicossocial, em que o investimento financeiro nos serviços e nas ações extra-hospitalares (CAPS, HD, SRTs, dentre outros dispositivos de saúde

mental) sobrepujou os gastos hospitalares a partir do ano de 2006. O Gráfico 3 contém, de forma mais detalhada, essa contraversão (BRASIL, 2012):

Gráfico 4 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares (2002-2011)



Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Com efeito, percebe-se que houve avanços consideráveis nas políticas de saúde mental por meio da tentativa de implantação de uma rede de saúde mental pautada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Além disso, observa-se que no Brasil e, mais especificamente, no Ceará, os dados refletem um aumento considerável de CAPS instalados nos últimos anos, acompanhados pelo decréscimo de hospitais psiquiátricos, mas isso não significa, necessariamente, que houve melhora qualitativa no tocante à assistência prestada pelos serviços.

Nos últimos três anos cresceram o número de pesquisas avaliativas sobre os CAPS e, embora tenham apontado avanços teóricos e práticos no campo da saúde mental, revelaram desafios na qualidade da assistência, tangenciados pelos aspectos estruturais, organizacionais, técnicos e éticos. Destacamos alguns achados científicos sobre as deficiências encontradas nos serviços dos CAPS do Brasil: população adstrita que extrapola a capacidade de cobertura dos CAPS (GONÇALVES, 2010); dependência do usuário em relação ao serviço (MIELKE et al, 2011); sobrecarga de demanda e equipe reduzida (OLSCHOWSKY et al, 2009); dificuldades de articulação interinstitucionais e intersetoriais, assim como dificuldades da gestão e dos profissionais

avaliarem os resultados alcançados (SILVA; LANCMAN; ALONSO, 2009); falta de recursos materiais, problemas nas instalações e programas ineficazes de capacitação profissional (NASCIMENTO; GALVANESE, 2012); dificuldades dos profissionais dos CAPS tipo III utilizarem a prescrição adequada da ocupação de leitos, entraves no diálogo com a rede básica e sofrimento psíquico dos trabalhadores (CAMPOS et al, 2009); dentre outros aspectos que afetam o acesso e a qualidade da assistência.

Neste processo de mudanças de modelos assistenciais, é fundamental incluir as vozes dos usuários, de modo a compreender mais acuradamente os desafios e as possibilidades no que tange a uma assistência de qualidade em saúde mental.

2.3 Avaliação qualitativa em saúde na perspectiva do usuário

As *avaliações* são utilizadas desde 2000 a.C., na seleção de emprego e no plano da educação, mas demoraram bastante para competir com a supremacia do conhecimento religioso e com os interesses políticos predominantes. A sua ascendência se iniciou com a força das ciências naturais no século XVII, sendo fortemente influenciada pela *pesquisa social* no século XVIII. A avaliação dita *formal* (SCRIVEN, 1967), dotada de procedimentos sistemáticos, teve rápido desenvolvimento inicial em 1960-1970, mas apenas em 1980 houve um amadurecimento que a torna hoje uma disciplina ou transdisciplina emergente (WORTHEN et al., 2004).

Historicamente, admite-se o surgimento de quatro estágios da avaliação formal que envolvem diferentes perspectivas com aportes epistemológicos distintos, compreendendo que elas coexistem até os dias de hoje (GUBA; LINCOLN, 1989):

- avaliação de 1ª geração (1910-1940) - baseia-se na mensuração de resultados e na técnica, avaliando desempenho e produtividade;
- avaliação de 2ª geração (1940-1960) - fundamenta-se na identificação e descrição de como os programas atingem resultados;
- avaliação de 3ª geração (1960-1990) - a finalidade é julgar o mérito do programa, mantendo, ainda, as funções anteriores de técnica e descrição; e
- avaliação de 4ª geração (anos 1990) - é um processo de negociação com todos os atores envolvidos, valorizando as diferentes percepções.

Esta pesquisa¹¹ aporta alguns elementos avaliativos da 4ª geração, visto que não busca apenas melhorar a gestão dos programas e as práticas assistenciais, mas também possibilitar a democratização dos dispositivos de saúde mental, mostrar transparência nos processos e ensejar aprendizado que *empodere* indivíduos e grupos. Intenciona-se que esta avaliação não focalize apenas os objetivos da avaliação ou as técnicas, mas, especialmente, as pessoas que as realizam e os mecanismos e relações que estabelecem ao praticá-las, percebendo a avaliação como uma prática social complexa (BOSI; UCHIMURA, 2006).

No Brasil, a avaliação dos programas e serviços de saúde teve maior visibilidade em 1990 (HARTZ, 1997), principalmente em dois momentos: (1) com o advento da Constituição de 1988, no qual ampliou os direitos civis dos cidadãos; e (2) no contexto das leis orgânicas de saúde, que alocaram o SUS nas três esferas do Governo. A ampliação dos serviços do SUS suscitou questionamentos sobre a qualidade dos serviços prestados e convocou a avaliação como instrumento na busca de respostas (NOVAES, 2000). Ressaltamos, porém, que o crescimento pelo interesse em avaliação no Brasil deu-se, sobretudo, nas universidades e no terceiro setor (FURTADO, 2006).

Ante essa nova conjuntura, a avaliação se tornou estratégia para verificar os aspectos de qualidade almejados nos serviços de saúde, tais como: a efetividade, a eficácia, a eficiência, a equidade, a qualidade técnico-científica, a acessibilidade, a adequação e a aceitação dos programas (VUORI, 1991). Tanto a palavra *avaliação* como o termo *qualidade*, contudo, são dotados de polissemia. Dada a complexidade dos referidos termos, os autores da área possuem diferentes perspectivas (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Dentre algumas definições, Worthen et al. (2004) exprimem que avaliação é a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação. Nessa perspectiva, a avaliação é a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância do objeto. Percebemos, portanto, que a avaliação se caracteriza pelo seu julgamento de valor com origem na utilização de técnicas e métodos científicos.

¹¹Ressalta-se que os termos *pesquisa* e *avaliação* constituem abordagens com peculiaridades distintas, embora se aproximem em determinados aspectos. A pesquisa tem como principal objetivo gerar conhecimento pelo uso de métodos e evidências, sem necessariamente emitir um juízo de valor ou contribuir na tomada de decisões, como no caso da avaliação.

Consoante Talmage (1982), a avaliação é uma ferramenta importante que contribui para as ações de planejamento e de tomada de decisões, incluindo sua função política. Observamos que este aspecto prático da avaliação é essencial no desenvolvimento desta pesquisa, visto que pretendemos recuperar e/ou formular estratégias de cuidado que possam qualificar os serviços em saúde mental, contribuindo para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Scriven (1967), a avaliação pode ser uma abordagem somativa ou formativa. A primeira é realizada ao final de um programa e busca ofertar aos gestores e aos consumidores potenciais julgamentos de valor ou mérito do programa, visando a encerrá-lo, mantê-lo ou expandi-lo. Já a segunda se desenvolve no decorrer do desenvolvimento do programa e propõe dar informações úteis para a melhoria do programa, possibilitando a compreensão do grupo-alvo e de suas necessidades. A avaliação de um programa em curso permite redefini-lo ou adapta-lo de acordo com as novas demandas percebidas.

São dois tipos de avaliação importantes e se complementam, todavia esta pesquisa se aproxima mais da avaliação formativa, visto que esta possibilita maior aproximação com o fenômeno em estudo. Ayres (2001) também emprega a referida nomenclatura e assevera que a avaliação formativa pretende reconhecer os projetos de felicidade que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar, voltando para a dimensão subjetiva da qualidade.

No que concerne ao termo qualidade, este pode ser tomado como desfecho da avaliação dos programas de saúde e possui distintos sentidos no plano epistemológico e metodológico. Bosi e Uchimura (2006) destacam dois aspectos da qualidade: a multidimensionalidade intrínseca, que implica o caráter da qualidade adquirir diferentes significados de natureza objetiva e subjetiva, e a multidimensionalidade extrínseca, relativa à variação da qualidade de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais.

Historicamente, há uma predominância do uso de abordagens avaliativas destinadas a verificar o êxito técnico dos serviços e programas mediante padrões e normas preestabelecidos, limitando-se à quantificação dos elementos formais de uma intervenção (AYRES, 2001). Contra-hegemonicamente, a avaliação qualitativa busca compreender os significados que os atores atribuem às dimensões do programa e o

modo como se realizam as ações, considerando as concepções e os discursos envolvidos nas práticas (DESLANDES; GOMES, 2004).

Para Bosi e Uchimura (2007) a avaliação qualitativa busca desvendar o universo simbólico dos atores sociais em sua complexidade e profundidade, materializado nas relações intersubjetivas estabelecidas nas práticas em saúde. Neste sentido, o emprego da avaliação qualitativa nos serviços de saúde mental está em consonância com o plano discursivo e prático de suas ações, visto que assistência em saúde mental implica, necessariamente, a utilização de tecnologias leves¹² de cuidado. Há, portanto, uma confluência entre o objeto de estudo desta pesquisa e o uso da avaliação qualitativa da assistência prestada nas dimensões integralidade e humanização do cuidado em saúde mental.

A avaliação qualitativa no campo da saúde mental é, atualmente, uma necessidade emergente em decorrência da velocidade com que se vêm construindo e ampliando a rede substitutiva ao modelo manicomial, cujos efeitos ainda não são totalmente ou sistematicamente conhecidos. Observamos, também, nesta conjuntura, uma desordem epistemológica nas práticas em saúde mental em que há uma combinação de diversos saberes e fazeres: Psicanálise, Psiquiatria, Psicofarmacologia, abordagem sistêmica, reabilitação psicossocial etc. Daí a importância do uso de modelos avaliativos no campo da saúde mental que permitam refletir criticamente atitudes ideológicas tradicionais e estimar o impacto das intervenções em saúde (MERCADO, 2006).

De acordo com Worthen et al. (2004), há diferentes tipologias de avaliação que fornecem uma perspectiva ampla de suas aplicações, dentre elas: *avaliações centradas em objetivos* - os propósitos de uma atividade são especificados e, nesse sentido, a avaliação concentra-se na medida em que esses propósitos foram alcançados; *avaliações centradas na administração* - tem o intuito de contribuir com as pessoas nas tomadas de decisões; *avaliações centradas nos consumidores* - utilizam listas de verificação para avaliação de produtos e fornecem conhecimento aos consumidores; *avaliações centradas em especialistas* - dependem dos conhecimentos específicos de um profissional para emitir juízos de valor; *avaliações centradas em adversários* -

¹² São três os níveis tecnológicos na atenção em saúde, segundo Merhy (2006): leve (tecnologias ou modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, ou seja, em intervenções pautadas nos relacionamentos interpessoais dos atores envolvidos), leve-duro (saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos) e duro (equipamentos, medicamentos e máquinas).

visam a equilibrar a tendenciosidade (em vez de reduzi-la), incorporando visões positivas e negativas dentro da avaliação; e *avaliações centradas nos participantes* - surgiram de uma reação às abordagens objetivistas, mecanicistas e insensíveis da avaliação, enfatizando a experiência dos participantes da atividade que está sendo avaliada.

Perante as tipologias descritas, optamos, nesta pesquisa, pela centralidade do usuário como avaliador autêntico das práticas do CAPS (PINHEIRO; SILVA JR., 2009), visto que os novos serviços e práticas em saúde mental são destinados aos usuários, sendo eles próprios capazes de avaliar o impacto dessas ações em suas vidas.

Atualmente, se observam dois dilemas no campo da avaliação: por um lado, é perceptível um aprisionamento conceitual no qual os conceitos são mais importantes do que os atores sociais e suas experiências; e, por outro lado, uma revalorização das práticas de promoção da saúde, que incluem usuários, famílias e lideranças (PINHEIRO; MARTINS, 2009). Acreditamos que o enfoque no usuário, conforme utilizado nesta pesquisa, valoriza o lugar do cuidado e das interações nos espaços de saúde.

Pinheiro e Martins (2009) asseveram que, sem desconsiderar a perspectiva do gestor (baseada em metas, prazos e prioridades estratégicas) e do profissional de saúde, é importante compreender as representações dos usuários, suas decisões sobre cuidados e seu modo de avaliar uma ação em saúde.

De acordo com Pinheiro e Silva Jr. (2009), a participação do usuário, quando acontece, ocorre de forma representativa em conselhos de saúde. Apesar da importância e da legitimidade das formas de representações, os autores alertam acerca da assimetria de informações e da predominância da lógica técnico-profissional dos debates em saúde, ensejando um discurso distanciado da realidade dos usuários e da comunidade.

Com suporte nesse entendimento, Pinheiro e Silva Jr. (2009) reiteram:

Quando o objeto a ser avaliado – neste caso, o direito à saúde – é aqui, no caso brasileiro, plasmado na efetivação da integralidade do cuidado –, as questões relativas à avaliação em saúde ganham relevo, pois implicam processo de reconhecimento dos atores e seus aspectos sociais, políticos e culturais inerentes aos contextos nos quais o objeto a ser avaliado – o direito à saúde – se insere. [...] Quando realçamos a avaliação na perspectiva do usuário, conferindo centralidade no usuário como mais um avaliador legítimo, as práticas avaliativas tornam-se amplificadoras desse direito,

influenciando de modo crítico a oferta de cuidados, possibilitando maior qualidade e resolutividade ao conjunto da população (p. 38-39).

Assim sendo, este estudo buscou compreender as experiências vividas dos usuários nas práticas assistenciais, com vistas a garantir a qualidade dos serviços ofertados no CAPS da SER III e no CAPS da SER V, em Fortaleza-CE.

2.4 Experiências vividas nas práticas assistenciais

No que tange à compreensão dos processos psicológicos que constituem a percepção dos usuários nos distintos CAPS acerca da qualidade do serviço ao qual eles vivenciam em termos de cuidado, concerne a esta pesquisa definir o que é *experiência*. Consideramos esta noção um construto básico para estabelecer o acesso à apreensão de sentidos apresentados nos discursos dos usuários. De modo a conceituar experiência nesta pesquisa, utilizamos um recorte da perspectiva fenomenológica advinda de Husserl (2001) e Merleau-Ponty (2006).

Em linhas gerais, para a formação deste pensamento, é necessário que o leitor entenda a etimologia da *experiência* como uma palavra advinda do latim; “*ex*” significa aquilo que foi retirado de uma provação (vivência) e “*perientia*” refere-se a um conhecimento adquirido do contato sensorial com a realidade (AMATUZZI, 2007). O termo trata, portanto, de um conhecimento “diretamente produzido pelo contato com o real.” (p. 09).

Consideramos que o nosso organismo constitui-se como *locus* em que acontecem todos os fenômenos epistêmicos de intuição, conhecimento e interação com o mundo. É com arrimo na experiência que se obtém a construção de sentido que comporá uma realidade a ser vivenciada em termos de percepção e reação comportamental ao que é percebido. Assim, a experiência pode ser tomada como conhecimento adquirido no mundo que se vincula diretamente com o organismo (MERLEAU-PONTY, 2006).

A experiência corresponde às sensações que acontecem em um corpo em decorrência do que é percebido ou sentido (em termos de emoções), simbolizado (em termos de sentimentos) e reagido (em termos de comportamento). Nesse aspecto, a experiência se constitui a partir de um contato com o mundo (*Welt*), estabelecendo, portanto, a apreensão de um dado (sentido) de realidade (MERLEAU-PONTY, 2006).

Tal concepção tem origem na fenomenologia de Husserl (2001), o qual estabelece duas concepções para o termo experiência: *Erfahrung* e *Erlebnis*.

Consoante Husserl (2001), *Erfahrung* significa “a experiência adquirida”, uma espécie de “aprendizagem pela prática” que se adquire em contato direto com a vida (*Leben*). Logo, experiência, entendida como *Erfahrung*, denota um conhecimento aprendido na prática e no contato com diversos acontecimentos da vida (*Leben*).

Já *Erlebnis* (HUSSERL, 2001) tem vinculação com a emoção sentida atrelada a um determinado acontecimento ou a vivência de um fenômeno. Nessa concepção, *Erlebnis* significa uma “experiência vivida”, mais do que uma “aprendizagem ou experiência adquirida” (*Erfahrung*). Ou seja, “*Erfahrung* seria mais o aprendido, enquanto *Erlebnis*, o vivido. O primeiro termo implica uma ênfase no cognitivo acumulado enquanto o segundo no emocional momentâneo” (AMATUZZI, 2007, p. 10, grifo do autor).

Assim, o conjunto de experiências vividas exprimindo o que é dado imediato no corpo (percepção, sensação, emoção, sentimento, comportamento e atribuição-captação de sentido) será definido como mundo-vivido (*Lebenswelt*), que remete ao substrato referencial para a elaboração de todos os sentidos que se disponibilizam para serem assimilados, elaborados e compartilhados em termos de conceitos, concepções e conteúdos da experiência (HUSSERL, 2001).

Nesse entrelaçamento de experiência adquirida (*Erfahrung*), experiência vivida (*Erlebnis*) e mundo-vivido (*Lebenswelt*), constata-se que Husserl não entende o mundo da vida como atitude natural, na qual todos os nossos interesses teóricos e práticos são dirigidos aos entes do mundo. O objeto de estudo da fenomenologia husserliana versa sobre o universo da intersubjetividade (ZILLES, 2008). Não obstante, Zilles (2008) considera que o mundo-vivido (*Lebenswelt*)

É o mundo histórico-cultural concreto, sedimentado intersubjetivamente em usos e costumes, saberes e valores, entre os quais se encontra a imagem do mundo elaborada pelas ciências [conhecimentos]. O *Lebenswelt* é o âmbito de nossas originárias ‘formações de sentido’, do qual nascem as ciências [...] O erro do objetivismo foi esquecê-lo ou desvalorizá-lo como subjetivo [...] Cabe à fenomenologia recuperá-lo, tirá-lo do anonimato, pois o humano pertence, sem dúvida, ao universo dos fatos objetivos; mas, enquanto pessoas, enquanto *eu*, os homens têm fins, perseguem metas, referem-se às normas da tradição, às normas da verdade; normas eternas (p. 45, grifo do autor).

Destacamos que as experiências vividas (*Erlebnis*) e adquiridas (*Erfahrung*) de um *eu* se correlacionam com um mundo vivido (*Lebenswelt*). Deste modo (ZILLES, 2008),

Mundo da vida, no sentido de mundo experienciado pelo homem, significa uma realidade rica, polivalente e complexa, que o próprio homem constrói. Mas, ao mesmo tempo, o *Lebenswelt* é constituído pela história, linguagem, cultura, valores... Quando se fala de *experiência* é ingênuo querer reduzi-la à empiria sensível do mundo físico. A experiência, sem dúvida, é um ato da consciência. Vinculado a experiência ao mundo da vida [...] pode-se falar de experiência da subjetividade (p. 46, grifo do autor).

O *Lebenswelt* não é uma soma de objetos mas o mundo do subjetivo do qual emerge toda a atividade humana. O homem exerce sua função de criar fatos culturais no mundo da vida. Entre estes fatos está o mundo objetivo das ciências e dos instrumentos técnicos [...] supõe-se que cada experiência, cada dado ou cada palavra, se encontra num nexo global de sentido proveniente da intencionalidade subjetiva. Os dados e as experiências singulares compartilham ser e sentido com a totalidade na qual se inserem (p. 46, grifo do autor).

As ciências apresentam uma visão do mundo na qual predomina o objetivismo, a quantificação, a formalização, a tecnificação, etc. O mundo da vida, pelo contrário, apresenta-se como um mundo de experiências subjetivas imediatas, dotado em si mesmo de sentido e finalidade, pré-dado para explicações conceptuais (p. 47).

As noções de experiência vivida e mundo-da-vida dão uma pista de que toda vivência é perpassada por um horizonte histórico. Logo, uma abordagem fenomenológica compreensiva da experiência enfatiza o significado do mundo-vivido do outro, reconhecendo que esse contém elementos subjetivos singulares e, simultaneamente, componentes sociais objetivos, por serem comuns aos outros, inclusive “a mim”.

Em torno do mundo (*Welt*), circulam uma rede de expressões humanas que são físicas, ideais, tipológicas e eventuais. Essas são constituídas e constituem uma série de experiências vividas que cada pessoa possui e compartilha. Vida (*Lieb*) refere-se aos atos humanos ocorrentes no mundo e são ao mesmo tempo pessoais e coletivos (ALES BELLO, 1998). É no mundo-da-vida (*Lebenswelt*) que cada pessoa se encontra inserida num campo preliminar que constitui o seu horizonte de experiências, juízos e crenças.

Assim sendo, optamos, nesta pesquisa, por abordar a experiência em uma vertente fenomenológica, pois esta consiste em uma busca por descrições do que é vivido pelo sujeito (no caso os usuários dos CAPS), de modo a apreender (captar) quais são os seus conhecimentos acumulados com base no que eles vivenciam nos CAPS e

percebem em termos de sentidos relacionados às dimensões integralidade e humanização do cuidado.

Em suma, essa perspectiva nos conduz a advertir que a experiência desses usuários foi abordada, como significações acumuladas ou conhecimento adquirido (*Erfahrung*), de um lado; e como experiência vivida (*Erlebnis*), por outro. As estruturas dessas experiências consistem no ponto de partida para compreender quais os sentidos existentes sobre os CAPS em questão, nas suas dimensões de integralidade e humanização, e como estas estão disponíveis em termos de doação e captação de sentidos no mundo vivido (*Lebenswelt*).

2.5 Integralidade na materialidade do cuidado em saúde mental

De acordo com Ayres (2004a), o cuidado em saúde é uma estratégia comunicacional e relacional que permite a autocompreensão e a reconstrução contínua e simultânea dos projetos de vida dos usuários. Desse modo, o referido autor reposiciona o conceito de cuidado, antes entendido apenas como técnica, para o lugar de dialogicidade. Ayres (2004a) se baseia na perspectiva hermenêutica heideggeriana, que situa o cuidado como aquilo que dá sentido à existência humana. A própria palavra “homem”, para Heidegger, significa *ser-aí* ou *presença*, pois é na presença que o homem constrói o seu jeito de ser, seu existir e sua historicidade (BRUNS; HOLANDA, 2003).

Ayres (2004b) assevera, ainda, que é necessário articular a intervenção técnica com outros fatores não tecnológicos, visto que “nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos”. (p. 84). O autor entende que a integralidade pode constituir um relevante recurso para sistematizar os princípios orientadores do cuidado.

O termo integralidade é plural, ético e tem no dialogismo o embate de muitas vozes sociais, seu elemento essencial (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). Esse vocábulo foi uma das lutas do Movimento Sanitarista na década de 1980, e é muito utilizado na designação de uma das doutrinas do SUS. Entretanto, apesar de alguns avanços do SUS, principalmente no que concerne à saúde mental, a integralidade ainda não se concretizou plenamente no cotidiano dos serviços de saúde.

Para o SUS, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais para aumentar o seu nível de resolubilidade e capacidade de atendimento às demandas específicas, compreendendo que o homem é um ser integral e deve ser atendido por um sistema integrado (BRASIL, 2000).

O uso da integralidade na reorientação do modelo assistencial do SUS refere-se ao confronto incisivo às racionalidades hegemônicas no sistema, tais como: a) o reducionismo e fragmentação das práticas; b) a objetivação dos sujeitos; e c) o enfoque na doença e na intervenção curativa (ALVES, 2005). O autor ainda expressa que

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. (p. 5).

Para uma compreensão mais ampla da integralidade, Mattos (2003) propôs três conjuntos de sentidos para o termo: 1. atributos e valores de algumas práticas de saúde – atitude dos profissionais de saúde com vistas a compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta; 2. modos de organizar os serviços de saúde – a prática da intersetorialidade e o funcionamento em rede; e 3. políticas de saúde.

A integralidade na prática, como manifestação do cuidado, refere-se à necessidade de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo usuário, não se reduzindo a ações verticais de combate à doença, reconhecendo a intersubjetividade que se dá na negociação da definição dos projetos terapêuticos. Para Mattos (2003), “essa ausculta e escuta ampliada das necessidades de serviços de saúde de um sujeito qualquer é uma das características das práticas de saúde pautadas pela integralidade.” (p. 56).

A materialização do discurso da integralidade no cotidiano no âmbito da saúde coletiva implica uma reflexão crítica contínua sobre o modo de estar a serviço do outro. Destarte, cabe aos gestores e profissionais comprometidos com a melhor adequação das práticas sanitárias e com as necessidades dos usuários lançarem mão de tecnologias que originem a reconstrução constante de suas práticas (SILVA; MERHY;

CARVALHO, 2003). No campo da saúde mental, esta reconstrução e reflexão crítica constante são fundamentais para que haja práticas inovadoras no serviço.

Segundo Pinheiro e Guizardi (2005), a integralidade é qualificada como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, resultando na permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, considerando aspectos objetivos, subjetivos, individual e coletivo (PINHEIRO, 2001). Com efeito, ela é compreendida como um modo de organizar as práticas que habilitam os sujeitos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde mediante a produção de relações e significados (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Gomes e Pinheiro (2005) exprimem que a integralidade, constituída como objetivo da atenção à saúde, tem como ênfase considerar e integrar a voz do usuário como sujeito biopsicossocial a ser atendido e respeitado em suas necessidades e intenções. A integralidade do cuidado, demandada por parte de cada usuário, perpassa todo o sistema de saúde, pois “não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 199).

A produção do cuidado não deve ser responsabilidade apenas da equipe de um serviço de saúde, mas precisa ser compreendida plenamente, perpassando pelos diversos serviços de saúde e níveis de atenção que compõem a rede (MERHY, 2006). O simples encaminhamento de um serviço para outro, sem continuidade ou comunicação, não significa que houve um trabalho integral e corresponsável.

Ressaltamos que a palavra *corresponsabilidade* não deve ser pareada à noção de *tutela*, principalmente no contexto da saúde mental, visto que o primeiro termo se refere ao cuidado com responsabilidades compartilhadas em que os atores envolvidos são ativos e autônomos, enquanto a segunda noção diz respeito ao poder e à autoridade que são conferidos a uma pessoa para zelar por outra considerada menos capaz de tomar decisões. Ayres (2004c) entende que se responsabilizar pelo outro implica uma questão de identidade, visto que “se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar ocupa diante do outro”. (p.24).

A incursão da integralidade na produção de cuidado significa, sobretudo, compreendê-la com base nos encontros intersubjetivos. O cuidado, operado de forma

sistêmica, neste âmbito, é a expressão material e pragmática do conceito de integralidade (FRANCO; MERHY, 2008).

No campo da saúde mental, observamos ainda uma predominância na *doença mental* como objeto de trabalho, na qual profissionais supervalorizam o diagnóstico e a prescrição de medicamentos. Ayres (2001) exprime, entretanto, que o cuidado deve se expandir para a totalidade, visto que cuidar de alguém significa mais do que formar um objeto e intervir sobre ele, mas construir projetos e sustentar uma relação. Para tal, é necessário que os profissionais e sociedade mais ampla possam lidar com as diferentes expressões de sofrimento psíquico sem preconceitos, abandonando a concepção de *cura* e adotando a ideiação de *cuidado* (AMARANTE, 2007).

Leatt, Pink e Guerriere (2000) apontam dez critérios que precisam ser considerados nas práticas avaliativas que versam sobre a integralidade. Para que os usuários possam se assegurar de um sistema integrado de serviços, é necessário: não precisar repetir sua história em cada atendimento; não precisar se submeter a repetições inúteis de exames; não ser a única fonte de informação para que o profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos; não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível; dispor 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária; receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas; ter acesso fácil e oportuno aos diversos exames e profissionais; dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção; ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos; e receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

Hartz e Contandriopoulos (2004) situam a integralidade como eixo importante na avaliação dos serviços e programas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais das dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização.

Ante o exposto, visualizamos uma interconexão intrínseca da integralidade com o conceito de humanização (BOSI; UCHIMURA, 2006), visto que, para a consecução do princípio da integralidade, está a necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas na esfera do SUS.

2.6 Humanização do cuidado

O termo *humanização* traz desafios conceituais e metodológicos em decorrência de seus diversos significados. Neste tópico, pretendemos clarificar a origem e alguns conceitos sobre a humanização no âmbito da saúde, para que, em seguida, seja possível situar esta noção na nossa pesquisa.

A humanização tem raízes no *humanismo* que, por sua vez, objetivava conferir destaque à liberdade, à razão e aos direitos humanos, opondo-se às demasias do cristianismo e da Igreja católica. O humanismo emergiu no Renascimento e se consagrou no Iluminismo, retirando a religião do controle do conhecimento mediante o surgimento do método científico. Os pensadores críticos da Modernidade, entretanto, apontam que a radicalização da racionalidade levou ao antropocentrismo, ao absolutismo da ciência e da técnica e à depreciação da subjetividade e das emoções (MINAYO, 2006a).

Destarte, o humanismo do século XXI visa a restituir o equilíbrio entre a razão e o sentimento para que se possa humanizar e responsabilizar o fazer científico. No setor da saúde, esse novo humanismo introduziu discursos, ações e uma política nacional por intermédio do termo *humanização*, significando um movimento constitutivo do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações dos diversos atores que compõem a rede de saúde, por assim dizer, gestores, profissionais e usuários (MINAYO, 2006a).

Consoante Bosi e Uchimura (2006), a ideia de humanização ainda foi vinculada, durante muito tempo, aos movimentos filantrópicos assistencialistas, religiosos ou paternalistas. Essa noção distancia-se dos modelos avaliativos de saúde, não obstante ainda detenha uma ética de busca da equidade e de superação das desigualdades sociais. Para as referidas autoras, a humanização se refere

ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui referidas ao campo da saúde e, mais especificamente, ao plano dos programas no setor, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. (p. 99).

No campo da saúde mental, o termo *humanização* oferece dois sentidos que se complementam. O primeiro refere-se à humanização, como a eliminação da violência decorrente dos maus-tratos sofridos por pacientes internados em hospitais psiquiátricos

e manicômios. Este conceito anda paralelo à batalha pelos direitos humanos, à luta antimanicomial e às ideias iniciais da Reforma Psiquiátrica. O segundo sentido relaciona-se à capacidade de oferecer um atendimento de qualidade articulado com as tecnologias comunicacionais e relacionais.

Ayres (2006) reitera a ideia de que a humanização relaciona-se ao compromisso dos gestores e profissionais de utilizarem o conhecimento científico e as tecnologias de saúde em prol de valores pautados na felicidade humana e reconhecidos como bem comum de modo democrático. Trata-se de estabelecer diálogo entre o núcleo instrumental do cuidado em saúde com os conteúdos relacionais e éticos estabelecidos nos encontros entre os diferentes atores sociais.

Sobre humanização, Caprara, Lins e Franco (2006) entendem um tipo de interação do cuidador com o usuário em que haja uma comunicação mais aberta, a fim de favorecer melhor qualidade da assistência prestada. Complementando esse eixo de debate, Trad (2006) acrescenta ser necessário reconhecer as necessidades dos usuários através da tríade acolhimento, vínculo e autonomia, onde o encontro entre trabalhador de saúde e usuário deve focalizar o uso das tecnologias leves.

A humanização também se mostra como um conceito-sintoma presente em práticas assistenciais sob as seguintes formas (BENEVIDES; PASSOS, 2005a): segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso); por níveis de atenção (assistência hospitalar); identificadas à função de determinadas profissões (assistente social, psicólogo); e orientadas por exigências de mercado que devem enfocar o cliente e garantir qualidade total nos serviços.

A humanização como proposta política procura retomar e ratificar os princípios do SUS, problematizando a relação entre Estado e política pública de saúde, bem como a fragmentação e a baixa horizontalidade dos projetos de humanização existentes (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS. A PNH operacionaliza-se com a troca e o estabelecimento de saberes nas práticas assistenciais mediante o trabalho em rede das equipes multiprofissionais. Tal política também alvitra a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde, resgatando os fundamentos básicos do SUS por intermédio da construção de redes solidárias e interativas (BRASIL, 2010).

Com relação às diretrizes gerais da implantação da PNH, destacam-se: gestão participativa; grupos de trabalho de humanização; práticas resolutivas; racionalização e adequação no uso de medicamentos; clínica ampliada (diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade nos processos de produção de saúde); sensibilização das equipes de saúde no acolhimento; adequação dos serviços à cultura local; participação dos trabalhadores em colegiados gestores nas unidades de saúde; implantação de sistema de comunicação e informação; incentivo e valorização do trabalho em equipe e da educação permanente (BRASIL, 2010).

Tais eixos e diretrizes buscam: reduzir as filas e o tempo de espera, melhorando a acessibilidade com um atendimento resolutivo e acolhedor; produzir responsabilização territorial e referência profissional; possibilitar informação aos usuários nas unidades básicas, garantindo os direitos do código dos usuários do SUS e o acompanhamento de pessoas de sua rede social; promover uma gestão participativa de trabalhadores e usuários nas unidades básicas; e agenciar educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2010).

Dentro do cenário de saúde nacional, a humanização não se caracteriza unicamente como um programa, mas feita uma política transversal na rede SUS, implicando enfrentamento das dificuldades e desafios do sistema. Desse modo, a humanização exhibe-se, também, como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores - defendendo o estabelecimento de vínculos e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2010). Corroborando a ideia retomada, Benevides e Passos (2005b) se posicionam a respeito da discussão:

Apostamos no trabalho democrático pela via dos sujeitos e coletivos protagonistas e co-responsáveis por sua própria história. A democratização institucional exige um reposicionamento dos sujeitos na experiência concreta de produção da realidade. Tal reposicionamento coincide com aquele que desloca, no debate acerca da humanização, o privilégio de ações orientadas por uma noção idealizada do Homem para aqueles comprometidos com a experiência singular de qualquer homem – um homem em processo contínuo de humanização. Estamos, então, diante de um novo humanismo. [...] É na dimensão da experiência concreta que encontramos o ‘SUS que dá certo’ (p. 569).

Ante o entendimento suscitado sobre *humanização*, aplicamos esse termo na nossa pesquisa com a intenção de compreender o modo como se revelam nas práticas assistenciais dos CAPS os atributos de acolhimento, empatia (capacidade de colocar-se

no lugar do outro) e diálogo. Entendemos que as práticas avaliativas no campo da saúde mental devem enfatizar a humanização da assistência, assim como o resgate e a preservação da cidadania do portador de transtorno mental, com vistas a alcançar o ideário da Reforma Psiquiátrica.

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem qualitativa em saúde

A expansão do interesse pela investigação qualitativa acontece no interior do movimento intelectual antipositivista, o qual considera o conhecimento como a resultante da dialética entre o sujeito epistêmico e o fenômeno em estudo, reconhecendo a centralidade dos processos simbólicos (BOSI; MERCADO, 2006). Nesta pesquisa, a escolha da abordagem qualitativa esteve relacionada à natureza ontológica do objeto focalizado, visto que esta é permeada de significados que os usuários atribuem às suas experiências nos serviços de saúde mental e à maneira como compreendem e interpretam as práticas assistenciais. Neste sentido, interessou-nos responder às perguntas: “O que é?”, “Como é?” e “Por quê?”, em vez de “Qual o tamanho?” ou “Quantos existem?” (POPE; MAYS, 2009).

A investigação ora relatada partiu de um plano epistemológico baseado numa postura fenomenológica, visto que reconheceu a historicidade, o contexto e a intersubjetividade que permeiam as experiências dos usuários, imersos numa realidade em permanente formulação. Sendo assim, pretendemos elaborar uma reflexão crítica acerca do objeto de estudo, entendendo que produtos de pesquisa são sempre aproximações contínuas e provisórias da realidade (DESLANDES; GOMES, 2004).

A abordagem qualitativa busca, por via de uma matriz compreensiva, a complexidade e a profundidade dos elementos subjetivos, onde o pesquisador assume, inexoravelmente, a radicalidade do seu “atravessamento” nos fenômenos pesquisados. Nessa imersão do pesquisador no campo, devem considerar o contexto do fenômeno estudado em todo o conjunto de elementos que o constituem e que são constituídos por ele (REY, 2005).

Somente o empenho em compreender esses elementos torna possível interpretar os valores envolvidos nas ações dos atores sociais dos CAPS. Não tratamos aqui de apontar se os profissionais dos CAPS atendem de modo integral e humanizado os seus usuários, mas de compreender o modo como o usuário interpreta essa maneira de cuidar, operando numa dupla hermenêutica (BOURDIEU, 2004), ou seja, reinterpretando as interpretações desses sujeitos. A interpretação, portanto, não é uma

reprodução, mas uma construção negociada do sentido dado pelo autor e pelo intérprete (DESLANDES; GOMES, 2004).

Além disso, os resultados desta pesquisa não se restringiram, exclusivamente, ao que foi dito pelos usuários, visto que houve uma triangulação das entrevistas com as observações sistemáticas, as leituras e as teorias selecionadas para compreender as práticas de cuidado nos distintos CAPS. Isso significa que houve cautela em relação às representações sociais implícitas nos discursos dos informantes, buscando garantir a autenticidade dos sentidos expressos de modo contextual, dialético e crítico (PIRES, 2008). Interessou-nos, portanto, fazer um contraste das percepções e das atitudes dos usuários acerca dos cuidados dispensados nos diferentes CAPS, a fim de conhecer as suas diferentes subculturas.

Perpetramos um recorte da realidade do universo indagado nesta pesquisa, considerando as relações que as partes integram e estabelecem com o todo (STAKE, 2000). Sendo assim, ponderamos também o contexto em que estes CAPS foram criados, o discurso que permeava à época e aos atores sociais engajados em suas formulações, atentando, inclusive, para as ambiguidades.

Desse modo, procuramos atingir o rigor científico, sem, contudo, confundir *rigor* com *rigidez*. Isso significa que tentamos realizar uma pesquisa de rigor metodológico e comprometimento ético com as pessoas envolvidas no estudo, mas sem abordar o material empírico de modo a registrá-lo mecanicamente, visto que a apreensão do significado da experiência do usuário necessita da relação intersubjetiva estabelecida com o pesquisador. Trata-se de assumir nosso lugar de sujeito - de fluxo de consciência, intencionalidade, reflexividade, “posicionalidade” - que desvela o direcionamento da consciência para aquele determinado objeto da experiência.

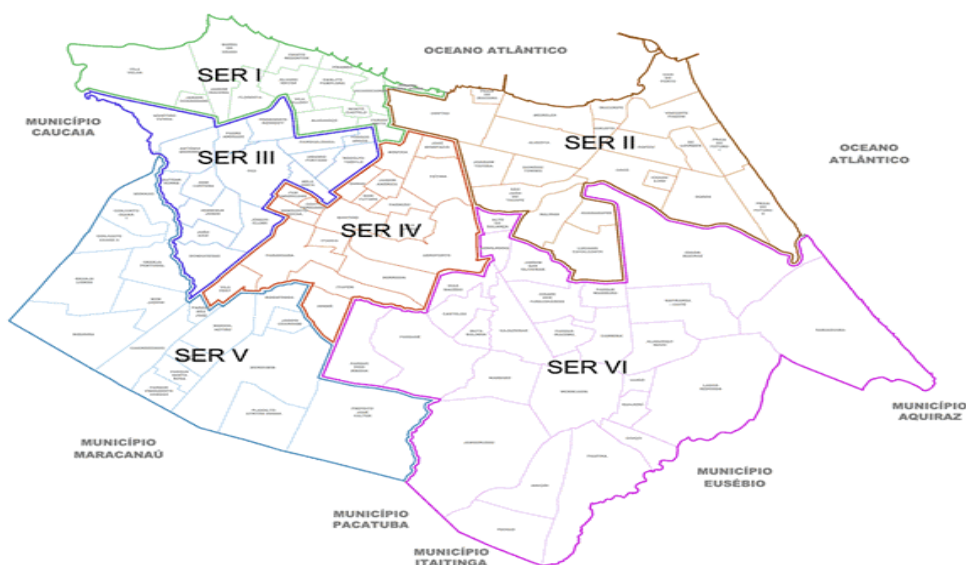
3.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, que contava aproximadamente com 2.476.5899 habitantes em jul/2011, sendo a 5ª cidade mais populosa do Brasil, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011).

Fortaleza está subdividida em seis distritos de saúde inseridos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SERs). Os distritos de saúde prestam assistência à

população residente em 84 bairros e funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (Figura 3). Recentemente, foi criada a Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (Sercefor), ampliando para sete o total de SERs (FORTALEZA, 2010). No entanto, cabe salientar que, mesmo com tal modificação, o número de Distritos de Saúde, foco do nosso interesse, permanece inalterado (total de seis), estando os mesmos ligados apenas às seis SERs iniciais.

Figura 3 – Divisão das Secretarias Executivas Regionais do Município de Fortaleza.



Fonte:

Inseridas nessas seis SERs, funcionam 14 Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), atendendo pacientes egressos de internações psiquiátricas, bem como usuários que buscam os serviços de saúde mental pela primeira vez.

Fortaleza conta atualmente com 6 CAPS Gerais distribuídos em cada uma das regionais do município, além de 6 CAPSad, especialmente voltados para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, e 2 CAPSi para crianças e adolescentes (um CAPSi funciona na SER III e atende as demandas infantis das SER I, III e V; e o outro CAPSi localiza-se na SER II e atende usuários das regionais II, IV e VI). O nosso campo de pesquisa sucedeu em 2 CAPS Gerais do tipo II: o CAPS da SER III e o CAPS da SER V.

CAPS da SER III

O CAPS Geral (SER III) é do tipo II¹³ e oferece cobertura assistencial para cerca de 400.000 habitantes, sendo composto por pessoas de camadas sociais diferentes. Sua localização é em um bairro hospitalar de Fortaleza, onde se encontram o Hospital Universitário, o Hemocentro, o Hospital do Câncer, assim como importantes postos de saúde e clínicas odontológicas. Além deste CAPS Geral, a SER III conta com um CAPSad e um CAPSi.

O espaço do CAPS (SER III) conta com 36 trabalhadores, abrangendo profissionais de nível superior e trabalhadores de nível médio, tais como: uma coordenadora (psiquiatra), dez psiquiatras¹⁴ (cinco deles possuem carga-horária de 20 horas semanais e outros cinco com carga-horária de 8 horas semanais), três psicólogas com carga-horária semanal de 20 horas, quatro assistentes sociais (sendo uma com 40 horas semanais, duas com 30 horas semanais e duas com 20 horas semanais), duas enfermeiras com 40 horas semanais, três terapeutas ocupacionais com 20 horas semanais, dois artistas (sendo um com 20 horas semanais e um com quatro horas semanais), uma técnica de enfermagem com 40 horas semanais, quatro técnicos administrativos e de apoio à gestão (sendo dois com 40 horas semanais e dois com 20 horas semanais), duas recepcionistas com 40 horas semanais, duas cozinheiras com 40 horas semanais, uma zeladora com 40 horas semanais e uma guarda municipal com 40 horas semanais. Nesse CAPS, alguns trabalhadores são concursados e outros terceirizados.

Sua estrutura física é composta por duas salas para atendimento de grupo, seis consultórios individuais (um dos consultórios é da enfermagem e possui um leito para agenciar eventuais crises dos usuários), uma sala de coordenação, uma sala de arquivo, uma cozinha, uma recepção, sala de espera, pátios interno e externo e banheiros privativos para funcionários e população. O serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 17h, e há cerca de 10.000 usuários cadastrados.

Este CAPS conta com um veículo cedido pela Secretaria de Saúde, duas

¹³ Os CAPS de tipo II são serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Detalhes sobre os tipos de CAPS constam no tópico 3.2 da Fundamentação Teórica.

¹⁴ Dentre os psiquiatras mencionados, três deles que possuem uma carga-horária de oito horas semanais são professores cedidos pela Universidade Federal do Ceará.

vezes por semana, para ser utilizado nas visitas domiciliares, o que leva alguns profissionais a utilizarem os próprios carros para realizar as visitas de urgência. O dispositivo também não dispõe de farmácia no próprio serviço. A esse respeito, a Coordenação entende que o fato de o CAPS não possuir farmácia contribui para desarticular o modelo hospitalocêntrico, visto que os usuários passam a utilizar o CAPS apenas para os atendimentos grupais e individuais. A dispensação de medicamentos acontece na farmácia de uma UBS, a quatro quarteirões do CAPS. Já as medicações dos programas especiais (antipsicóticos atípicos) são fornecidas pela farmácia de um hospital vizinho.

O CAPS (SER III) foi criado em 1998, por meio da pressão de um grupo pró-reforma da instituição de ensino conveniada e da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica. Inicialmente, houve muita resistência dos proprietários de hospitais psiquiátricos de Fortaleza e de profissionais que neles trabalhavam. Alguns professores da Universidade, todavia, a favor da Reforma Psiquiátrica, cederam parte da sua carga-horária para atender no CAPS, pressionando à Prefeitura para sua criação.

Este foi o primeiro CAPS instalado em Fortaleza, sete anos após a implantação do primeiro CAPS do Ceará. Antes da criação deste CAPS em Fortaleza, já havia sete CAPS nas cidades do interior do Estado, dentre as quais Iguatú, Canindé e Quixadá (ANDRADE et al, 2007).

Até o ano de 2005, havia apenas três CAPS em Fortaleza, onde a população já ultrapassava os dois milhões de habitantes. Tão-somente a partir do ano de 2006 é que houve uma reestruturação da rede assistencial, com a ampliação dos serviços substitutivos e implantação de 11 CAPS e residências terapêuticas (ANDRADE et al, 2007). Neste período de transição, a Cidade passou a conviver com os dois modelos de atenção em saúde mental: o manicomial e o psicossocial (QUINDERÉ; SALES; JORGE, 2010).

Distinto dos demais, este CAPS teve mais vínculo com uma instituição de ensino superior do que com a própria Secretaria Municipal de Saúde, contando, inclusive, com profissionais cedidos pelo hospital universitário (GODOY, 2009) até os dias de hoje. O convênio com a Universidade configurou um espaço profícuo de pesquisa e formação em saúde mental (a Residência de Psiquiatria da Universidade acontece no CAPS, de forma obrigatória).

De início, o CAPS (SER III) em Fortaleza não representou a materialização do ideário da Reforma Psiquiátrica, visto que não havia suporte de outros serviços de saúde mental que garantissem o acompanhamento e a continuidade do usuário na rede. Dentre outros desafios, a Reforma Psiquiátrica em Fortaleza demorou a se consolidar na rede, em decorrência do desinteresse dos gestores públicos (SAMPAIO; SANTOS, 1996) e uma grande concentração de hospitais e leitos psiquiátricos na Capital.

Em razão disso, houve uma sobrecarga de demanda no CAPS (SER III), visto que, inicialmente, os portadores com transtornos mentais de todo o Município e de suas adjacências procuravam o único CAPS que existia na Cidade. Assim, o serviço tendeu a uma lógica mais ambulatorial, médico-centrada, e com a ausência de uma base territorial demarcada. Nesse CAPS, há cerca de 10.000 inscritos, sendo 7.000 ativos e uma média atual de 3.610 atendimentos por mês.

Atualmente, com vistas a diminuir essa demanda excessiva, alguns profissionais do CAPS (SER III) foram selecionados para realizar apoio matricial na atenção básica. O serviço encontra-se também em processo de relocar usuários de outras SERs que dispõem de CAPS na sua área de abrangência, mas que ainda continuam vinculados ao CAPS (SER III).

As atuais atividades desenvolvidas no CAPS (SER III) são: oficinas de arte (pintura, teatro, canto), psicoterapia de grupo com usuários e familiares (Grupo de usuários com Transtorno Afetivo Bipolar, Grupo de Idosos, Grupo de Família), oficinas de geração de renda (*biscuit*, trabalhos manuais), grupo de Direitos sociais (benefícios, auxílios, aposentadoria), passeios comunitários, consultas individuais e entrega de medicamentos¹⁵.

CAPS da SER V

O CAPS (SER V) realiza suas ações predominantemente na região do Grande Bom Jardim, área que congrega cinco bairros da periferia da SER V, a mais

¹⁵ Apesar do serviço não contar com farmácia própria, recebe doações de representantes e incentiva a devolução de medicamentos que sobraram ou que não foram usados pelos usuários em razão das mudanças prescritivas. A ideia é entregar essas medicações para os usuários que precisam nos dias em que há problemas no fornecimento de medicamentos do Município. A gestora do CAPS SER III reitera que a devolução de medicamentos que não foram usados é um compromisso pedagógico e de cidadania que a instituição tenta transmitir aos usuários, visto que a medicação é comprada com recurso público, cuja contribuição é dada por todos os cidadãos. A enfermeira desse CAPS fica responsável pela manutenção desta prática.

populosa de Fortaleza, com a mais alta densidade populacional e o pior Índice de Desenvolvimento Humano. Sobrepõem-se a essa realidade um menor investimento público e uma maior escassez de equipamentos sociais em comparação às outras SERs do Município.

O CAPS Comunitário do Bom Jardim foi inaugurado no dia 11 de novembro de 2005, pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, tendo o MSMCBJ¹⁶ como um movimento comunitário que tensionou sua criação. A chegada do CAPS (SER V) foi uma conquista que trouxe grandes mudanças na comunidade, pois no lugar de encaminhar o usuário em crise para o hospital psiquiátrico, este passou a ter sua crise acolhida e gerida no contexto do CAPS, reduzindo o número de internações da área.

O CAPS (SER V) é administrado em regime de cogestão, mediante parceria firmada entre o MSMCBJ e a Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo, o Movimento disponibiliza a estrutura, financia parte dos trabalhadores de nível médio do CAPS (SER V) por meio de um convênio com a Prefeitura e participa ativamente das reuniões e da seleção dos profissionais do CAPS (SER V). A seleção utiliza como critério principal a formação do profissional na abordagem sistêmica e comunitária, cuja prioridade é dada aos candidatos que residem no mesmo território da instituição.

Acerca da parceria entre o CAPS (SER V) e o Movimento, assim como suas divergências e convergências, o gestor do MSMCBJ, em entrevista¹⁷, anota:

No CAPS Comunitário do Bom Jardim temos profissionais que são da comunidade, pessoas que cuidam a partir da experiência comunitária. Então, eles são parte da realidade, tá entendendo? [...] Então, isso já é uma característica que duvido que apresente em outros CAPS, né? [...] Faz uma grande diferença ter pessoas que moram lá, que vivem lá, que falam a mesma linguagem, que sabem como é aquela realidade, por que a realidade do Bom Jardim é uma realidade totalmente diferente de outros CAPS de outros locais. Apesar dessa característica do CAPS do Bom Jardim ser comunitário, obviamente, por ser um CAPS, tem algumas obrigações, tem algumas ligações institucionais que, às vezes, não deixam o CAPS livre como a gente quer, entendeu? [...] Já o Movimento, tem uma liberdade de ação, de articulação, de crítica, de dizer o que a gente pensa e não vamos ser demitidos por conta disso. Para mim, o Movimento já era um era um CAPS estendido, menos psiquiatrizado, menos hospitalocêntrico.

Por este relato, percebe-se que o CAPS (SER V) e o Movimento se influenciam mutuamente em seus discursos, fundamentações teóricas e ações. Desse

¹⁶ Apresentamos no APÊNDICE II as atividades e projetos desenvolvidos no Movimento Comunitário do Bom Jardim, incluindo as atividades desenvolvidas de forma conjunta com o CAPS da SER V.

¹⁷ Entrevista cedida ao macroprojeto: *Práticas Inovadoras e Desinstitucionalização: analisando um movimento comunitário em saúde mental no Nordeste do Brasil*.

modo, entendemos que a associação entre os dois dispositivos incide nos modos de organização do trabalho e no modelo de assistência prestado à população.

O CAPS Bom Jardim é do tipo II e sua capacidade de atenção é considerada insuficiente em relação à demanda, já que esse CAPS deve oferecer cobertura para aproximadamente 600 mil habitantes. Este CAPS possui por volta de 8.000 inscritos, realizando uma média de 1.500 atendimentos por mês e a admissão de 80 pessoas ao mês.

Sua estrutura física é composta por cinco consultórios para atendimentos individuais, um espaço para realização de atividades grupais (palhoça¹⁸), uma farmácia, uma recepção, uma sala de arquivo, uma sala para a coordenação e pátios interno e externo. A farmácia do CAPS (SER V) recebe medicamento da CELAF (Célula de Assistência Farmacêutica) por intermédio de uma lista registrada pela farmacêutica do que se consome de medicamentos no CAPS.

O CAPS do Bom jardim oferece à comunidade diversas ações na área da saúde e da cultura, desde os atendimentos individuais de Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Farmácia, até trabalhos corporais (Grupo de Expressão Corporal), grupos terapêuticos (Terapia Comunitária, Grupo de Relaxamento, Grupo de Autoestima), oficinas de geração de renda (Fuxico e Pintura Artística), *Cuidando dos cuidadores* (assistência aos familiares dos usuários), Farmácia Viva, atividades artísticas, celebração de datas comemorativas, passeios culturais e visitas domiciliares. As visitas em domicílio acontecem todos os dias e envolvem profissionais do nível superior e trabalhadores do nível médio, conforme relatado pela gestora do CAPS.

Atualmente, a equipe multidisciplinar do CAPS do Bom Jardim é composta por 30 trabalhadores e profissionais de saúde: uma coordenadora (pedagoga), um psiquiatra (20 horas semanais), um médico clínico (30 horas semanais), quatro psicólogas (uma com 40 horas semanais e as outras com 20 horas semanais), duas terapeutas ocupacionais (uma com 20 horas semanais e outra com 30 horas semanais), duas enfermeiras (uma com 40 horas semanais e outra com 20 horas semanais), uma farmacêutica (com 40 horas semanais), três assistentes sociais (duas com 30 horas semanais e uma com 20 horas semanais), duas auxiliares de enfermagem, 2 artistas

¹⁸ A palhoça é utilizada também para as atividades do MSMCBJ e atividades integradas entre CAPS e Movimento.

(uma com 20 horas semanais e outra com 8 horas semanais), três recepcionistas (40 horas semanais), dois agentes administrativo (40 horas semanais), dois assistentes de serviços gerais (40 horas semanais), 1 cozinheira (40 horas semanais) e um guarda-municipal (40 horas semanais). O serviço funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 17h.

3.3 Participantes da pesquisa

Este estudo obteve uma amostra teórica ou intencional, a qual se refere a unidades não passíveis de quantificação. Dessa maneira, os informantes foram escolhidos não pela sua representatividade estatística, mas pela sua relevância em responder à questão de pesquisa. Participaram deste estudo 20 usuários que frequentam o CAPS da SER V e 20 usuários que utilizam os serviços do CAPS da SER III.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram os seguintes:

- (1) ter idade mínima de 18 anos para se responsabilizar pelos depoimentos;
- (2) não possuir parentesco com algum profissional ou gestor dos CAPS pesquisados;
- (3) ter sido usuário do CAPS nos últimos três meses, cujo acúmulo subjetivo em relação ao problema focalizado possibilite a compreensão do objeto;
- (4) apresentar um quadro emocional estável no período da realização do estudo, com boa orientação espacial e temporal para responder às perguntas da entrevista¹⁹;
- (5) declarar sua anuência ao estudo após ciência do Termo de Consentimento e demais informações sobre a pesquisa.

O total de participantes foi delimitado pelo processo de saturação teórica, segundo o qual à medida que os dados foram sendo coletados e analisados, as estruturas de relevância foram se aprofundando e respondendo aos objetivos delineados (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012). Esta ferramenta conceitual foi usada para fechar o

¹⁹ No projeto de qualificação desta pesquisa, o 4º critério de inclusão para participação do estudo referia-se à obrigatoriedade de o usuário realizar atendimentos na modalidade não intensiva, visto que o discurso oficial do Ministério da Saúde entende que os usuários dessa modalidade se encontram menos comprometidos em suas funções psíquicas, não necessitando de um suporte contínuo; todavia, a fase de nossa imersão no campo mostrou que os usuários da modalidade intensiva apresentavam mais estabilidade emocional, pois recebiam um acompanhamento diário da equipe de saúde e participavam de diversas atividades ofertadas pelo CAPS. Deste modo, a modalidade de atendimento deixou de ser um critério de inclusão.

tamanho final da amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes quando as informações já se mostravam suficientes à compreensão do fenômeno, apontando certa recorrência e consistência (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). A obtenção de material empírico saturou na 15ª entrevista dos usuários do CAPS (SER III) e na 16ª entrevista dos usuários do CAPS (SER V).

Segue no APÊNDICE III a caracterização dos usuários dos distintos CAPS participantes da pesquisa, segundo sexo, idade, queixas, diagnóstico psiquiátrico, renda²⁰ média mensal *per capita* (considerando a renda familiar), escolaridade, medicação utilizada, tratamentos anteriores, tempo de utilização dos serviços do CAPS e atividades de que participa ou já participou no CAPS. O Quadro 1 representa o perfil dos usuários do CAPS da SER III e o Quadro 2 traz o perfil dos usuários do CAPS da SER V. Todos os dados foram retirados dos prontuários das respectivas instituições.

No que tange aos usuários entrevistados do CAPS da SER III, a maioria é do sexo feminino e possui uma média de 46 anos de idade; os diagnósticos mais frequentes foram esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão; a maioria dos usuários possui renda mensal igual ou menor a um salário mínimo; a média de tempo de utilização dos serviços do CAPS é seis anos e meio; e a maioria já foi internada em hospitais psiquiátricos.

Já com relação aos usuários entrevistados do CAPS da SER V, a metade dos participantes é do sexo feminino e a outra metade do sexo masculino; possuem uma média de 39 anos de idade; os diagnósticos mais frequentes foram depressão e esquizofrenia; a média de tempo de utilização dos serviços do CAPS é dois anos; e um pouco mais da metade já se internou em hospitais psiquiátricos.

Destacamos que, após a transcrição e a análise das entrevistas realizadas com os usuários, foi realizada uma entrevista²¹ individual com uma gestora do CAPS da SER III e uma gestora do CAPS da SER V, de modo a esclarecer dúvidas e lacunas que ficaram a respeito das informações levantadas com os usuários.

3.4 Técnicas para obtenção de material empírico

Entrevistas individuais em profundidade

²⁰ No que se refere à renda mensal dos usuários do CAPS da SER V, não houve registro nos prontuários a esse respeito.

²¹ No APÊNDICE IV, encontra-se o roteiro de entrevista utilizado com as gestoras mencionadas.

Para obtenção do material empírico, foi utilizado um roteiro com alguns elementos de caracterização dos sujeitos, assim como a questão norteadora: “Gostaria que o(a) senhor(a) me falasse como tem sido suas experiências de atendimento no CAPS”. Esta indagação foi desdobrada em novas perguntas com base no que emergia no discurso dos informantes, relacionadas ao objetivo da pesquisa.

A entrevista é uma dinâmica narrativamente construída e possui dois objetivos: reunir informações referentes ao projeto de pesquisa e explicar como o conhecimento referente àquele tópico está narrativamente feito, explorando de forma detalhada os significados dados às experiências, para revelar, inclusive, ideias não previstas pelo pesquisador (POPE; MAYS, 2009).

Entendemos que o momento da entrevista configura um encontro intersubjetivo do pesquisador com o informante (MINAYO, 2006b), que está além de uma coleta de informações (KANDEL, 1987), visto que alguns sentimentos e concepções são também construídos e simbolizados nessa relação. Nesta perspectiva, a entrevista não diretiva permite que o sujeito fale livremente e possa ser ouvido plenamente para que o fenômeno possa emergir diante do dito, do não-dito e do interdito (TRIVIÑOS, 1987).

Destacam-se algumas estratégias utilizadas nesta pesquisa para a realização de uma boa entrevista: a) o roteiro da entrevista foi flexível para possibilitar *insights*; b) foram realizadas entrevistas-piloto para testar sua aplicabilidade; c) exploramos os significados das respostas dos usuários para apreender suas perspectivas; d) entrevistamos buscando detalhes (por exemplo, quando o usuário respondeu que está muito feliz com os atendimentos do CAPS, perguntamos o motivo que o deixa feliz para apreender a essência do significado); e) a linguagem utilizada na entrevista foi a mais próxima possível do contexto dos usuários para facilitar a comunicação; f) mantivemos a integridade da entrevista e o respeito pelo entrevistado; e g) buscamos uma escuta atenta aos comportamentos verbais e não verbais (HERMANOWICZ, 2002).

Durante a realização das entrevistas, buscamos a suspensão (retirada de ação) dos preconceitos, das memórias sugeridas pelo objeto em descrição, das teorizações e das pré-noções acerca dos usuários dos CAPS para que fosse possível captar os sentidos lançados no mundo-da-vida (*Lebenswelt*). Foi preciso haver um estranhamento do familiar para aproximar-se do fenômeno tal qual ele aparece na sua

originalidade. Para isso, é necessário estar inteiramente presente para capturar o fenômeno tal como ele está na situação concreta²² em que é encontrado (GIORGI, 2008; HUSSERL, 1992). Após sua realização e gravação, as entrevistas foram transcritas e analisadas de modo sistêmico e sistemático.

Observação não estruturada

Além da entrevista em profundidade, optamos por fazer uma observação não estruturada, uma vez que as entrevistas e narrativas dos usuários tornam acessíveis as percepções sobre as práticas, mas não as próprias práticas em suas circunstâncias naturais (FLICK, 2009). Entendemos que a observação possibilita a integração das perspectivas relatadas com as ações dos atores envolvidos e do contexto em que estão inseridos, transcendendo o discurso enunciado.

Segundo Mulhall (2003), existem outras razões para a importância o emprego da observação no estudo qualitativo, visto que esta fornece *insights* nas interações das díades e com grupos, ilustra a imagem como um todo, captura o contexto/processo e informa acerca da influência do ambiente físico. O autor ressalta que a observação não estruturada se refere a entrar em campo para compreender as ações e interações sem noções predeterminadas, apenas com algumas ideias sobre o que observar, mas que podem mudar na medida em que se processa o material empírico e se ganham experiências no plano de estudo, destacando a elaboração do conhecimento entre pesquisador e pesquisado (MULHALL, 2003).

Predominou nesta pesquisa o tipo de observação denominado *observador como participante*²³, no qual se registrou o processo de observação por meio de um diário de campo²⁴. Tais notas de campo foram norteadas pelo seguinte esquema apontado por Mulhall (2003): a) *características estruturais e organizacionais* - com que o ambiente se parece e como os espaços são utilizados; b) *atores sociais envolvidos* - como eles se comportam, interagem e se movem; c) *as atividades desenvolvidas*; d) *os*

²² Husserl (2006) entende por “concreto” tudo aquilo que se presentifica em um espaço e tempo.

²³ De acordo com Gold (1958 *apud* MULHALL, 2003), os pesquisadores se referem a um tipo de padrão de quatro funções de observação: o *observador completo*, que mantém certa distância, não interage e cujo papel é oculto; o *participante completo*, que interage com a situação social, mas seu papel é oculto; o *observador como participante*, que se compromete com uma observação intermitente, e seu papel é conhecido; e o *participante como observador*, que se compromete a realizar uma observação prolongada, e está envolvido em todas as atividades centrais da organização e sua função é conhecida.

²⁴ O roteiro para observação de campo encontra-se no APÊNDICE V.

eventos especiais - reuniões da equipe multidisciplinar, comemorações, eventos culturais etc; e e) *notas pessoais e reflexivas do pesquisador* - abrangem os pensamentos do pesquisador sobre ir ao campo e como é estar lá, e reflexões sobre a própria experiência de vida do pesquisador, que pode influenciar na maneira de filtrar o que observa.

Nesse processo de observação, é necessário que o pesquisador realize, constantemente, uma auto-observação. Para Flick (2009), a auto-observação em todas as etapas da pesquisa permite identificar as impressões implícitas, os incidentes aparentes e as percepções do pesquisador na consecução dos resultados.

3.5 Processamento e interpretação do material empírico

No decorrer da realização das entrevistas com os usuários dos CAPS, estas foram transcritas e revisadas de modo a garantir os aspectos semânticos e sintáticos das falas dos entrevistados, integrando as expressões não verbais percebidas durante as entrevistas. Entendemos que a transcrição é uma reinterpretação, visto que o registro das falas e das pontuações passa pelo crivo da subjetividade do pesquisador. Desse modo, é necessário assumir atitude ética para garantir os sentidos constituídos durante a dialogicidade da entrevista.

As informações derivadas das notas de campo (observação) e da análise documental foram registradas e utilizadas na organização, processamento e interpretação do material discursivo. Logo em seguida, o material empírico foi submetido à leitura flutuante, transversal e horizontal para impregnação do sentido das falas. Nesse momento, houve, também, a identificação de temas centrais, categorias analíticas e empíricas que compuseram a rede interpretativa (GELUDA et al., 2006). Na categorização, foi necessário identificar as partes da descrição que podem ser retiradas sem comprometer a estrutura ou essência²⁵ do objeto (GIORGI, 2008).

Ante as várias possibilidades analíticas da abordagem qualitativa, esta pesquisa se alinhou aos fundamentos epistemológicos e metodológicos da vertente Hermenêutica crítica de Gadamer (2008), inspirada no trabalho de Heidegger. Antes de iniciar o caminho percorrido pela hermenêutica filosófica gadameriana, mapeamos os

²⁵ Husserl (1992) considera que a essência é um sentido invariável que se mantém duradouro diante das variações em um contexto determinado. A essência é uma identidade constante que contém as variações que um fenômeno é capaz de passar.

três tipos de hermenêutica que foram reativados e/ou criticados por Gadamer (LAWN, 2007).

O primeiro tipo é representado pela Hermenêutica Romântica. Esta consistia na interpretação, esclarecimento e explicação das mensagens e sinais bíblicos. Schleiermacher, principal teólogo e filósofo dessa hermenêutica, assinalou que o significado é relativo ao contexto e evocou o Círculo Hermenêutico ao enfatizar que o significado textual é mais bem entendido quando o todo é compreendido em relação às suas partes, e as partes ao todo. Ele também acrescentou que há dois tipos de interpretação: gramatical (nível de significado sintático e regras da gramática) e psicológico (nível de intenção autoral) (LAWN, 2007).

O segundo tipo denomina-se Hermenêutica de Dilthey. Dilthey, filósofo e pensador social, percebeu o conhecimento como detentor de duas partes diversas: as ciências naturais (ciência pura da causa e do efeito que busca explicações) e as ciências humanas (ramificações do conhecimento para entender o mundo num nível de experiências vividas). Para o autor, o entendimento hermenêutico tem dimensão necessariamente histórica (LAWN, 2007).

O terceiro chama-se Hermenêutica da Facticidade, de Heidegger. Para Heidegger, “o círculo hermenêutico é a projeção interpretativa do *Dasein* sobre o mundo na forma de projetos individuais, das atividades e da pré-estrutura de fundo que informa os projetos e está em constante movimento com eles.” (LAWN, 2007, p. 81).

Ante as contribuições e influências das hermenêuticas retrocitadas, a Hermenêutica Filosófica gadameriana constituiu-se, em linhas gerais, de quatro características centrais (DENZIN; LINCOLN, 2006).

(1) Sustenta que a compreensão não é uma tarefa isolada e controlada por procedimentos ou regras, mas sim por uma condição existencial humana baseada na nossa experiência de vida.

(2) Afirma que o intérprete não necessita se esforçar para excluir ou controlar o preconceito sócio-histórico herdado no ato de interpretar, visto que as tradições influenciam o que somos e o modo como compreendemos o mundo, sendo impossível nos situarmos fora da história. Logo, resta-nos examinar e assumir nossas tendenciosidades mantidas irrefletidamente e transformar aquelas que bloqueiam os esforços que fazemos para compreender os outros e a nós mesmos.

(3) Apoiar-se na noção de que a compreensão é participativa, conversacional e dialógica, mantendo uma estreita relação com a linguagem. Nesse sentido, a compreensão não é algo reproduzido, mas, sim, produzido nesse diálogo. Tal posicionamento faz uma ruptura com a ideia interpretativista de que a ação humana possui um significado e que este pode ser determinado ou decidido pelo pesquisador. Para Gadamer, o significado é negociado mutuamente no ato da interpretação.

(4) Alega que a compreensão é um tipo de experiência prática (aplicação) “no” e “sobre” o mundo que, parcialmente, nos constitui enquanto pessoas. O objetivo da hermenêutica não é desenvolver um procedimento de compreensão, mas clarificar as condições nas quais ocorre a compreensão.

Segundo Demo (1995), a Hermenêutica gadameriana refere-se à arte de interpretar textos e, sobretudo, à comunicação humana, incluindo os sentidos ocultos e as contradições que emergem dos sujeitos e de seus contextos. O discurso não se reduz à sua forma ou gramática, mas aos sentidos que perpassam o conteúdo que se diz. Para o autor,

O ator político possui esta prerrogativa até certo ponto misteriosa: pode falar para não ser entendido; pode silenciar para ser percebido; pode insistir para tirar a atenção; pode ausentar-se para marcar presença; pode modular um sim, que é puro não. Para se chegar a compreender este sentido oculto, há que conhecer antecedentes, o passado que ficou, a cultura que o gerou, a maneira particular de ser, a circunstância momentânea. (p. 248).

Em razão do exposto, não foi buscada em nossa pesquisa uma verdade indubitável, pautada no dado concebido, estável e pré-formado, como situa o pensamento modernista e iluminista (LAWN, 2007). Gadamer (2008) garante que somos parte daquilo que buscamos entender, visto que o ato de interpretar permite ser compreendido progressivamente como uma autocompreensão de quem interpreta.

Desse modo, assumimos nossa condição histórica para buscar, mediada pelo diálogo, uma interpretação negociada com os usuários dos CAPS, buscando revelar o que faz sentido para o sujeito considerando o modo como ele o percebe e o manifesta (CRESWELL, 2007).

Por fim, confrontamos essa produção subjetiva com a materialidade que a primeira, dialeticamente, se vincula aos diferentes CAPS, incluindo na etapa de análise do material o discurso da Reforma Psiquiátrica brasileira, da proposta do CAPS e dos princípios SUS que regem as políticas de saúde mental.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

De acordo com Gastaldo e McKeever (2002), seria uma posição ingênua acreditar que a pesquisa qualitativa é intrinsecamente ética, visto que dependerá da maneira como o problema é considerado em cada etapa do processo de investigação; o modo como as perguntas da pesquisa são formuladas; a maneira como os informantes são selecionados; a forma como se constrói, processa e interpreta o material empírico; o modo como se apresentam os achados e a maneira como estes são difundidos e utilizados.

Assim sendo, cada etapa da pesquisa deve ser pensada em seus aspectos éticos. Buscamos nesta pesquisa, portanto, o cuidado no momento da elaboração das perguntas que nortearam as entrevistas com os usuários do CAPS, para que as questões não representassem uma ameaça ou violência simbólica para os informantes; principalmente, pela constatação de que pesquisas em saúde, como esta, revelam temas sensíveis de natureza física, emocional e existencial (GASTALDO; MCKEEVER, 2002).

Sabemos também que as técnicas utilizadas nesta pesquisa – entrevista individual em profundidade e observação – devem ser baseadas na relação de confiança entre os pesquisadores e os informantes da pesquisa (GASTALDO; MCKEEVER, 2002). Portanto, é preciso assumir no manejo dessas técnicas a dimensão ética do cuidado, pautada na escuta interessada e no reconhecimento das experiências e percepções desses sujeitos.

Ainda consoante Gastaldo e McKeever (2002), os pesquisadores devem estar cientes de que podem evocar *insights* e ideias anteriormente não exploradas pelos participantes, e esse processo de reflexão não termina ao final da entrevista, pois a relação intersubjetiva estabelecida entre pesquisador-informante pode desencadear uma tomada de consciência de aspectos antes obscuros. Daí a importância de se perguntar em que proporções o conhecimento produzido beneficiará o CAPS e os atores envolvidos, bem como qual será a contribuição deste estudo na melhoria das políticas públicas em saúde mental. São questionamentos importantes que nos moveram constantemente em cada fase da nossa pesquisa.

Sobre os aspectos éticos, entendemos, também, que a transcrição é um momento crucial da pesquisa, visto que é necessário revelar as *falas* (incluindo a

expressão não-verbal) sem distorções semânticas impelidas por erros gramaticais ou por questões ideológicas.

Feitas tais reflexões éticas necessárias implicadas nesta pesquisa, entramos em campo e foram explicados aos participantes o objetivo da pesquisa, a metodologia aplicada, a não obrigatoriedade de participação, como também foi assegurado o sigilo das informações e o anonimato do informante.

A pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta pesquisa com seres humanos. Vale ressaltar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²⁶ foi elaborado em conformidade com a referida Resolução, garantindo os princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (MURPHY; DINGWALL apud FLICK, 2009).

Conforme aludido na introdução, esta pesquisa está inserida no projeto maior intitulado *Qualidade do cuidado e desinstitucionalização em saúde mental: avaliando práticas inovadoras sob a ótica da integralidade e humanização na perspectiva dos atores implicados*, o qual foi analisado e autorizado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC)²⁷.

²⁶ O termo de consentimento encontra-se no APÊNDICE VI.

²⁷ O parecer do comitê de ética da UFC encontra-se em ANEXO.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exposição dos resultados versa na apresentação dos relatos dos usuários do CAPS da SER III e do CAPS da SER V, que reiteram a totalidade dos sentidos mais evocativos concedidos nas entrevistas. Destacamos que alguns aspectos observados nas referidas instituições foram incluídos nesta pesquisa com o intuito de corroborar ou confrontar as falas apresentadas.

De modo a facilitar a exibição dos resultados, as instituições pesquisadas e os usuários²⁸ aparecem em termos de códigos. O CAPS da SER III passa a denominar-se de CAPSrt (“rt” significa Rodolfo Teófilo, bairro de localização deste CAPS) e o CAPS da SER V passa a designar-se de CAPSbj (“bj” de Bom Jardim, bairro de localização deste CAPS). Os usuários do CAPSrt são chamados, respectivamente, por RT1, RT2, RT3, e assim por diante, até o RT15. Já os usuários do CAPSbj são nomeados, respectivamente, por BJ1, BJ2, BJ3, e assim por diante, até o BJ16.

No que tange à utilização das técnicas de apreensão do material empírico, foram realizadas 20 entrevistas no CAPSbj e 20 entrevistas no CAPSrt, totalizando 40 entrevistas. Dessas 40 entrevistas, entretanto, oito foram descartadas em razão do processo de saturação teórica e uma entrevista não pôde ser utilizada, visto que a usuária se sensibilizou demasiadamente ao relatar suas experiências, sendo necessário interromper e excluir a entrevista por questões éticas. Desse modo, foram utilizadas 16 entrevistas dos usuários do CAPSbj e 15 do CAPSrt, totalizando 31 entrevistas.

A estratégia de exibição dos resultados do processo interpretativo denota a apresentação do material discursivo dos usuários que foi congregado em virtude da justaposição de sentidos discursivos e, em seguida, discutido à luz das teorizações sobre o cuidado em saúde mental.

Três temas centrais constituíram nossa Rede de Significados de modo interdependente, cuja organização evidencia suas respectivas dimensões de análise, exibidas no Quadro 4:

²⁸ A caracterização detalhada de cada usuário dos distintos CAPS encontra-se no tópico intitulado “Os participantes da pesquisa”.

Quadro 4– Rede de significados

TEMAS CENTRAIS	DIMENSÕES DE ANÁLISE		
A) Experiências dos itinerários terapêuticos ↑ ↓	A1. Os impactos do modelo de atenção asilar	A2. Os impactos do modelo de atenção psicossocial	
B) Percepção dos usuários sobre o serviço ↑ ↓	B1. Representação do CAPS	B2. Percepção sobre os trabalhadores	B3. Percepção sobre as atividades
C) Qualidade do cuidado	C1. Aspectos formais da assistência	C2. Humanização e Acolhimento	C3. Integralidade e Clínica Ampliada

Fonte: elaboração própria

O tema *experiências dos itinerários terapêuticos* aborda as experiências vividas dos usuários no que se refere ao processo de adoecimento e de busca pela “cura” nos diferentes modelos de atenção em saúde mental, por assim dizer, o modelo asilar e o modelo psicossocial. Neste mote, há relatos de experiências dos usuários em hospitais psiquiátricos e nos CAPSs, cuja comparação entre as instituições se apresentou de modo significativo, embora não fosse mencionada ou questionada pela entrevistadora. A autopercepção da atual situação de saúde foi exibida na dimensão *os impactos do modelo de atenção psicossocial*, onde a capacidade resolutiva e a materialidade da reabilitação psicossocial no CAPS foram avaliadas pelos usuários.

O tema *percepção dos usuários sobre o serviço* trata da representação que os usuários têm sobre o CAPS; a percepção sobre os profissionais e suas interações na relação profissional-usuário; e a percepção sobre as metodologias de ação e os efeitos terapêuticos das atividades desenvolvidas no CAPS.

O tema *qualidade do cuidado* consiste na apresentação dos principais aspectos relacionados ao atendimento de qualidade na perspectiva dos usuários dos distintos CAPS. As dimensões mais recorrentes deste tema foram: os aspectos formais do cuidado, principalmente, no que se refere ao uso dos psicofármacos; a humanização e o acolhimento como dispositivos comunicacionais e relacionais; e a integralidade e a clínica ampliada, tangenciadas por práticas interdisciplinares e intersetoriais.

O recurso expositivo das temáticas retrocitadas incide na tentativa de analisar confluências, divergências e singularidades no que concerne ao cuidado ofertado no CAPSbj e no CAPSrt no ponto de vista dos usuários das respectivas instituições, de modo a verificar a capilarização da Reforma Psiquiátrica dos dispositivos de saúde em questão.

4.1 TEMA A: EXPERIÊNCIAS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

A1. Os impactos do modelo de atenção asilar: “o antes e o depois do hospital psiquiátrico”

A presente dimensão analítica constitui-se de experiências vividas nos itinerários terapêuticos dos usuários de saúde mental, impactadas pelo medo, violência e controle do modelo de atenção asilar. São histórias de vida marcadas por conflitos familiares, perdas e sofrimentos que se sobrepuseram às vivências desumanizadoras em hospitais psiquiátricos. Por isso, não foram raras as expressões de indignação e tristeza dos usuários ao narrarem o vivido nas instituições hospitalocêntricas. Em certos momentos da entrevista, alguns participantes encheram os olhos de lágrimas, mudaram o tom de voz, silenciaram, ficaram cabisbaixos, dentre outros comportamentos não verbais. Constatamos, portanto, que as narrativas sobre as experiências nos hospitais psiquiátricos constituíram os momentos mais delicados das entrevistas.

Dado que a expansão de cobertura do número de CAPS em Fortaleza só passou a ser mais expressiva a partir de 2006, muitos usuários que estão sendo atendidos pelos CAPS atualmente já foram frequentadores de hospitais psiquiátricos. Desse modo, tanto os usuários do CAPSbj como do CAPSrt relataram vivências referentes ao modelo de atenção asilar, estabelecendo, em alguns momentos, comparações entre o CAPS e o hospital psiquiátrico no tocante à assistência prestada.

Em tom de exaltação, RT2 retrata a despersonalização, a desumanização, a “medicalização” excessiva, o aprisionamento e o abandono, tipicamente presentes no modelo de atenção asilar, e assinala a necessidade de mudança na assistência prestada nos hospitais psiquiátricos:

Os Hospitais Psiquiátricos, eu acho que eles devem ter uma reforma bem grande, por que o tratamento do X (hospital psiquiátrico) é desumano, muito

desumano. Eles misturam meninas (usuárias) com todo tipo de problema, algumas sem roupas, sem calçados. Eles (profissionais) jogam sabão líquido em cima do ser humano, jogam água e não tem toalha pra secar. Não tem lençol na cama nem pra se cobrir. A alimentação era terrível, colocavam num prato de plástico um pão ressecado e davam um caldo muito mal feito. [...] Além de tudo, os médicos de lá não tratam bem os pacientes e dão um medicamento fortíssimo, tão forte que você fica em sono profundo. Eu fiquei trancada 4 dias igual num presídio. A família deixa a pessoa lá jogada por conta dos problemas emocionais e não tem ninguém pra olhar por eles. Aqui no CAPS é totalmente diferente, o tratamento é humanitário. RT2.

Entendemos por modelos de atenção em saúde mental modos de organização da produção de serviços a partir de um conjunto de saberes da área agregado aos processos e tecnologias de trabalho (MERHY, 2002). Os modelos technoassistenciais do campo da saúde mental que coexistem na atualidade são o asilar e o psicossocial. Segundo Amarante (2007), o modelo asilar remonta à patologização da loucura com práticas centradas, sobretudo, na internação e na “medicalização”. Conforme apontado por RT2, este modelo enseja aprisionamento e desumanização da assistência.

Consoante Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), as principais características do modelo de atenção asilar são: o objeto de trabalho é a doença mental; há uma divisão fragmentada do trabalho em saúde centrada na figura do médico; a medicação e o controle disciplinar são instrumentos prioritários de trabalho; os organogramas são verticais; a instituição total é o lugar depositário da clientela, havendo interdição do diálogo e de espaços extramuros; há um relacionamento verticalizado com a clientela; a finalidade é a cura; e os efeitos terapêuticos são a supressão sintomática e a cronificação do quadro psíquico.

Sustentados pelo saber psiquiátrico tradicional e pelo poder da indústria farmacológica (FOUCAULT, 1995), as práticas asilares se impõem por intermédio da repressão, da violência e do medo, conforme aludido por usuários do CAPSbj que já foram internados em hospitais psiquiátricos:

Meu pai tinha problema mental e se suicidou, e eu tinha visto tudo. Desde a época que eu vi aquela cena, com 7 anos, eu não fui mais o que eu era. (silêncio) Eu já tive muitas crises e fui internada em hospital psiquiátrico. No hospital, eu tinha medo de lá. [...] É tanto que as vezes eu nem dormia, por que eu tinha medo delas (usuárias do hospital) cortar meu cabelo, elas roubavam meu chinelo, elas gostavam de bater e aqui não tem isso, né? No CAPS, eu não tenho medo de nada. Eu acho melhor o CAPS. BJ2.

O X (hospital psiquiátrico) é maior do que aqui. Tem muito doente lá, gente agressiva. Queriam me bater e eu corria pra não apanhar ou então dizia as tias

(profissionais) de lá que o fulano (usuário) queria me bater. Aí, elas acalmavam eles, dizendo que ia amarrar eles com as faixas, dar injeção. Eu morria de medo e ficava comportada, né? Eu tinha medo das faixas. BJ12.

Eu já tentei suicídio e já fui internado várias vezes em vários hospitais (psiquiátricos). [...] O CAPS aqui é mais bom, por que não tem briga. Nos hospitais, eles (profissionais) agredem as pessoas, eles botam os drogados no meio da gente que roubavam chinela, roubavam roupa, roubavam tudo pra vender e se drogar. Lá eu já fui agredido até por enfermeiro. Eles (profissionais) me amarravam na cama, davam injeção, sossega-leão, nas pessoas. BJ6.

Por meio dos trechos retromencionados, observamos que BJ2 narra suas experiências de perda do passado que culminaram em crises e internações no hospital psiquiátrico, onde a violência entre os internos fazia parte do cotidiano hospitalar. Já BJ12, além da agressividade frequente entre os internos, afirma existir ameaças disciplinares dos próprios profissionais, ocasionando medo constante. BJ6, igualmente, denuncia a violência presente entre profissionais e usuários. Outro usuário do CAPSbj retrata a interdição do diálogo, a relação vertical entre médico-paciente e a “medicalização” como única tecnologia utilizada no hospital psiquiátrico:

Eu cheguei a pegar um hospital de internamento fechado em 2004, alí eu sofri. Lá no hospital (psiquiátrico) ninguém tem pena de ninguém não. É cada um por si e Deus por todos. [...] A diferença entre o hospital e o CAPS é imensa. Lá a pessoa não tinha o direito nem de abrir a boca, não falava nada, só podia tomar remédio ou amarrar. A pessoa encontra muito doutor bruto lá também. BJ8.

Segundo Goffman (2005), o longo período de internação provoca um *desculturamento*, isto é, um fracasso em acompanhar as mudanças sociais do mundo externo, tornando o interno temporariamente incapaz de lidar com alguns aspectos de sua vida diária. Este fenômeno se agrava em razão do processo de *mortificação do eu*, no qual o isolamento, a rotina padronizada e a imposição de papéis assinalam uma mutilação do eu. A internação também enseja perdas irrecuperáveis do ciclo de vida do interno, como o casamento, a criação de filhos, a carreira profissional etc (GOFFMAN, 2005).

No que se refere ao itinerário terapêutico dos usuários do CAPSrt, este também foi marcado pelo modelo de atenção asilar em hospitais psiquiátricos, produzindo sofrimento e desumanização. RT11 emocionou-se ao falar da violência presente no hospital durante o período em que ficou internada. Já RT9 assevera que precisou de um suporte contínuo no início do tratamento no CAPS, julgando o

atendimento diário do CAPS melhor do que a internação e o isolamento do hospital psiquiátrico, visto que o modelo de atenção do CAPS não rompe seus vínculos familiares. No caso de RT14, a usuária lembra que o tempo era ocioso no hospital e não havia uma boa interação dos profissionais com os internos, conforme observado logo abaixo:

Eu passei quase 5 anos internada no X (hospital psiquiátrico), foi muito sofrimento, muito difícil pra mim, (choro) lá tem muita pessoa agressiva que bate e fica roubando os outros pacientes. E aqui no CAPS não, todo mundo se trata bem. RT11.

Aqui (CAPS) é bom por que os pacientes tomam café da manhã, almoçam, às vezes até já saem jantados. Teve uma época, no início, que eu vinha quase todos os dias pra cá. Mas é melhor do que tá internado em hospital psiquiátrico, longe de casa, por que eu sinto saudades, né? RT9.

Eu já tinha sido internada muitas vezes no X (hospital psiquiátrico) e eu num gostei não. Eles (profissionais) tratam a gente que nem lixo. A gente não tinha atividade, ficava ociosa, só piorando cada vez mais. Já do CAPS, eu gosto, o atendimento é muito bom, tratam bem, tem várias atividades. RT14.

Contrariamente ao modelo asilar, o modelo psicossocial visa à integração dos processos de trabalho com nítida centralidade no usuário e no seu entorno social. O cenário de práticas já não é mais o hospital psiquiátrico, mas sim um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural com serviços territoriais abertos (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

No modelo psicossocial, o organograma e o relacionamento com a clientela são horizontais. A cura deixa de ser o único fim e abre-se espaço para a produção do cuidado, onde a subjetivação da queixa, a desospitalização, a “desmedicalização” e a implicação subjetiva e sócio-cultural tornam-se as finalidades da assistência. Conseqüentemente, os efeitos terapêuticos versam no reposicionamento subjetivo e na reinserção sócio-cultural dos usuários (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Embora seja reconhecida a importância do estabelecimento de uma rede de saúde mental baseada no modelo psicossocial, pesquisas científicas evidenciam que ainda há o desenvolvimento de práticas asilares (ênfase em práticas individuais e ambulatoriais) nos CAPS de Fortaleza. Consoante Quinderé et al (2010), os CAPS de Fortaleza ainda não se concretizaram como serviços substitutivos que rompam a essência do paradigma psiquiátrico, revelando-se muito mais como alternativa complementar ao modelo asilar. Ressaltamos, porém, que tais pesquisas foram desenvolvidas nos anos de 2005 e 2006, período em que havia apenas 3 CAPS na

Cidade. Isso nos leva a crer que o processo de transição do modelo asilar para o modelo psicossocial em Fortaleza já ganhou novos contornos nos anos posteriores à pesquisa mencionada.

Uma usuária do CAPSrt parece ter dado uma pista sobre as dificuldades dessa transição e dos desafios da implantação de uma rede substitutiva. Diferentemente dos demais usuários que participaram desta pesquisa, RT5 nos surpreendeu, ao afirmar que prefere o hospital psiquiátrico em detrimento do CAPS:

O X (hospital psiquiátrico) me transferiu para cá. Aí eu fiquei com uma equipe me acompanhando aqui (CAPS), mas eu gostava mais do X, por que lá tinha mais coisas, mais brincadeiras, mais atividades. Estão inventando de querer tirar os hospitais, mas eu acho que o hospital psiquiátrico é muito importante para o paciente, por que nem sempre o CAPS funciona, até por que ele fecha 5h da tarde. E o resto do dia? Às vezes, o paciente tá com uma crise grande, que ele não tá suportando e nem a família tá conseguindo suportar. Então, precisa do hospital. Eu já fui internada em três hospitais diferentes e nenhum profissional me maltratou, como o pessoal diz por aí. RT5.

O depoimento de RT5 oferece vários aspectos que podem ser analisados, considerando os dois modelos de atenção vigentes. RT5 relata que desenvolvia várias atividades, que tinha uma boa relação com os profissionais e que o hospital conseguia agenciar a crise dos pacientes. A percepção de RT5 sobre o hospital psiquiátrico pode indicar que já é possível encontrar elementos do modelo psicossocial nos hospitais, como atividades terapêuticas e um atendimento mais humanizado. Por outro lado, RT5 assinala uma fragilidade na rede substitutiva, visto que o acolhimento e o agenciamento do usuário em crise representam um impasse nos CAPS, visto que nem todos dispõem de serviços 24h com leitos e profissionais preparados para receber os usuários que deles necessitem. Tanto o CAPSrt como o CAPSbj são CAPS do tipo II e não oferecem atendimento noturno.

Em pesquisa realizada nos CAPS de Campinas-SP, os resultados sugerem que os leitos noturnos proporcionados pelos CAPS tipo III, surgem como relevante retaguarda nos momentos de crise, sendo criticadas pelos usuários dos CAPS que não dispõem deste recurso. Os usuários da pesquisa mencionada referiram sentir-se mais seguros em poder ter acesso ao leito e aos profissionais com os quais estabeleceram vínculo (SURJUS; CAMPOS, 2011).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental nos momentos de crise pode produzir na sociedade a internalização do desejo de manicômio, visto que

usuários e familiares se veem desassistidos nas situações em que precisam de mais suporte (NICÁCIO; CAMPOS, 2004). Este desejo pôde ser observado no depoimento de RT5, ao declarar que o hospital psiquiátrico é muito importante para o paciente.

A2. Os impactos do modelo de atenção psicossocial: “o antes e o depois do CAPS”

Além das experiências vividas nos hospitais psiquiátricos, os usuários relataram com muita frequência sua situação de saúde antes de entrar no CAPS e o modo como se percebem hoje, dando possíveis indícios dos efeitos terapêuticos do modelo de atenção em saúde ofertado nos distintos CAPS. De todos os 40 participantes entrevistados, 18 usuários do CAPSbj e oito usuários do CAPSrt declararam, espontaneamente, ter observado resolubilidade no seu quadro emocional, ainda que reconheçam algumas limitações impostas pelo transtorno mental. Apenas um usuário do CAPSrt afirmou não ter melhorado, percebendo-se da mesma forma de quando iniciou o tratamento no CAPS.

Entende-se como resolubilidade a capacidade do serviço de saúde produzir uma resposta adequada às necessidades do usuário, no local mais próximo de sua moradia ou encaminhando-o aonde sua demanda possa ser atendida conforme o nível de complexidade, garantindo ações baseadas na intersetorialidade (BRASIL, 2000). No contexto desta pesquisa, os depoimentos dos usuários revelaram autopercepções de melhoras no seu estado de saúde mental, apontando a capacidade resolutiva dos CAPS em questão.

Nos trechos transcritos logo abaixo, é possível detectar algumas propostas do modelo de atenção psicossocial se materializando no CAPSbj:

Hoje eu já tomo menos remédio e não me interno mais, como antes de entrar aqui no CAPS. BJ6.

Ceguei aqui em 2009 totalmente diferente de como tô agora. Eu num tinha ânimo pra nada, mas aí eu fui melhorando com os grupos, tá me ajudando até agora. A gente conversa, fica brincando uns com os outros. Hoje eu me sinto mais disposto. BJ10.

Eu cheguei aqui no CAPS em crise, eu era muito agressivo e me tratava no hospital mental. Aí comecei a fazer o tratamento, a tomar os medicamentos, a participar dos grupos e melhorei. Agora eu tô bem mais tranquilo. BJ5.

Conforme relatado por BJ6, a “desmedicalização” e a desospitalização vem acontecendo após sua entrada no CAPS. Já BJ10 afirma que as interações possibilitadas nos grupos terapêuticos o ajudaram a se tornar mais disposto. BJ5 acrescenta que sua crise foi contornada e que sua agressividade diminuiu após os medicamentos e as atividades de grupo desenvolvidas no CAPS. Outros efeitos terapêuticos, característicos do modelo psicossocial, também se evidenciaram nas falas de mais dois usuários do CAPSbj:

Eu cheguei aqui (CAPS) lá no fundo do poço, eu não falava, ficava agressiva no trabalho, não conversava com ninguém. [...] Depois que se passaram três meses eu já fui notando diferença. Hoje, eu melhorei bastante, já converso e me entroso com as pessoas, eu falo até demais, sabe? (risos). BJ15.

Eu cheguei muito doente aqui, eu chorava muito, eu não andava só pra nenhum canto. Tudo minha irmã tinha que me acompanhar pra resolver minhas coisas. Depois do CAPS eu comecei a fazer minhas coisas sozinha, hoje sou mais feliz, aproveito mais a vida, gosto de sair, de conhecer novas pessoas. BJ4.

Observamos que BJ15 passou a se socializar mais após sua entrada no CAPS e que BJ4 adquiriu mais autonomia para desenvolver suas atividades do dia a dia, aproveitando as oportunidades de se socializar e interagir com as pessoas. De acordo com o discurso oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPS deve ter a função de preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, de modo a produzir autonomia, convidando-o à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Ainda sobre os efeitos terapêuticos do modelo psicossocial, os usuários do CAPSrt também possuem uma autopercepção de melhoras após o ingresso no CAPS:

Depois que eu vim pra cá não escutei mais aquela voz na minha cabeça e durmo melhor, os remédios e os atendimentos aqui no CAPS me ajudaram muito a melhorar. RT11.

Depois do CAPS, teve muita mudança na minha vida. Hoje em dia, eu posso sair, conviver mais com a sociedade, por que muitas vezes os pacientes são excluídos devido aos problemas que eles vivem. Hoje eu tô outra coisa, eu saio, passeio, converso com minhas amigas, coisa que eu não fazia, ne? Agora eu faço bastante. Antes do CAPS eu não fazia, por que não tinha muito prazer com a vida, só andava de preto, parecia que eu tava de luto comigo mesma. Antes, nem banho eu tomava. Hoje, eu boto maquiagem, me visto, saio com roupa colorida. Foi um processo bastante difícil, mas eu consegui. RT6.

Meu marido saiu de casa num momento difícil que eu estava passando por problemas emocionais, que eu estava desempregada. Ele foi embora com

outra e me deixou sozinha, abandonada com uma criança de 8 anos, no momento que eu mais precisava. [...] Eu tive depressão, perdi pai, perdi mãe, perdi tudo. Então, toda vida que eu vinha pra cá (CAPS), eu chegava estressada, chorando, com depressão. Eu não tinha mais nem esperança de vida. Eu cheguei muito mal mesmo. E hoje, graças a Deus, eu não estou me sentindo mais assim. Eu agradeço muito aqui por já está no caminho de ficar boa. Eu resgatei meu sentido de vida aqui. RT13.

De acordo com RT11, as alucinações auditivas cessaram, e o tratamento oferecido pelo CAPS contribuiu para sua melhora. Já RT6 descreve indícios de reabilitação psicossocial ao se perceber mais integrada à sociedade. A usuária RT13 acrescenta que retomou o sentido de vida ao receber o suporte do CAPS no momento difícil da sua vida, perpassando por perdas, abandono e traição.

Segundo Frankl (1999), o *sentido de vida* constitui os questionamentos existenciais e faz parte de uma procura constante do ser humano. Para o autor, não é cabível ao profissional oferecer um sentido para a vida do outro, mas é possível facilitar o processo em que a pessoa possa encontrar o seu próprio sentido de vida. Frankl (1999) entende que o sofrimento é uma oportunidade de crescimento pessoal. Não obstante, depende de como a pessoa o enfrenta, sucumbindo à dor ou extraindo aprendizados da situação adversa.

A busca pelo sentido da vida implica a valorização do que é significativo para a pessoa, em fazê-la assumir responsabilidades pelas escolhas e decisões, e, principalmente, em interagir e experimentar trocas afetivas (FRANKL, 1999). O resgate do sentido de vida, conforme relatado por R13, foi fundante para que as mudanças começassem a acontecer na sua vida.

Embora a maioria dos depoimentos concorra para uma resolubilidade favorável dos casos atendidos nos distintos CAPS, os usuários reconhecem, ao mesmo tempo, que ainda convivem com algumas limitações impostas pelo transtorno mental. O usuário BJ16 relata seu medo excessivo ante as situações simples do cotidiano e sua tristeza relacionada às perdas familiares do passado. O usuário se percebe melhor, menos logorreico, com menos medo, porém ainda sente ansiedade e insônia.

Eu não tinha vontade de sair de casa. Eu tinha medo de tudo, de animal que passava na rua, eu ouvia vozes, via imagens à noite. Eu tinha medo de morrer ou de perder minha mãe. [...] Meu pai foi muito ruim pra mim, me maltratou muita na infância, ele torturava a gente. Eu também perdi dois filhos no intervalo de 12 dias, um recém-nascido no hospital e um outro pequeno de um ano morreu de pneumonia aguda. Então, hoje foi um dos dias que eu, por exemplo, não consegui dormir, senti tristeza. Tomo remédio controlado, sabe? Quando eu passo uma semana sem vir pro CAPS, eu sinto muita

ansiedade, apesar que faz tempo que eu não falto. Comparando do jeito que eu cheguei aqui dá pra perceber que, através do CAPS, eu tô melhorado, tenho até falado menos rápido, sabe? (risos) Hoje, eu consigo sair de casa sem sentir tanto medo. BJ16.

O depoimento de BJ16 leva-nos ao debate entre “tratamento/cura” *versus* “cuidado/qualidade de vida” em saúde mental. O ideal de *cura* presente no paradigma biomédico enseja frustrações nos usuários e familiares ante as expectativas de cura, bem como nos profissionais de saúde mental, uma vez que a busca pela cura desafia sua formação e competência profissional (FREITAS, 1998).

A busca incessante pela cura incide na tentativa de remover totalmente os sintomas e as queixas do indivíduo para retomar o seu estado de não doença, tornando-se, muitas vezes, uma falácia no campo da saúde mental (FREITAS, 1998). Daí a necessidade de reposicionar a proposta de *tratamento* para o lugar do *cuidado*, além de desconstruir a noção de *cura* para propor a melhoria da qualidade de vida por meio da reabilitação psicossocial²⁹.

Outro aspecto que nos leva a pensar na materialidade da reabilitação psicossocial no CAPS refere-se à constatação de antigos ou atuais usuários do CAPSbj e do MSMCBJ passarem a assumir cargos da gestão, papel de trabalhadores ou voluntários³⁰ na referida instituição. Este fato contraria a ideia de que as pessoas que sofrem ou já sofreram de transtornos mentais são indivíduos incapazes ou fragilizados. A experiência de lidar com o sofrimento intenso, quando vivenciada de forma inteira e profunda, pode capacitar aquele que foi *cuidado* em agente do *cuidado* (CARVALHO, 2010).

A usuária BJ1 afirma que suas amigas, antigas usuárias do CAPSbj, são atuais trabalhadoras do CAPS. BJ13, por sua vez, relata que é voluntário do Grupo de Autoestima e das atividades de massoterapia do CAPS:

Tem amigas minhas que estavam numa situação pior do que eu quando chegaram aqui, e hoje elas estão bem, e até trabalham aqui no CAPS. BJ1.

Hoje, eu sou voluntário do grupo da Autoestima, um colaborador. Foi uma decisão minha. É uma forma de retribuir o que fizeram por mim. Eu fiz um

²⁹ A expressão *reabilitação psicossocial* foi conceituada e problematizada na dimensão C3. *Integralidade e clínica ampliada*.

³⁰ O voluntariado em atividades exclusivas do CAPS passou a ser proibido por determinação da Secretaria Municipal de Saúde, permitindo que o usuário se voluntarie apenas no MSMCBJ. Nas atividades terapêuticas, educativas ou artísticas que são realizadas de forma integrada entre o Movimento e CAPS também pode haver voluntariado.

curso de massoterapia aqui e quando o pessoal daqui (profissionais do CAPS) me chamam, eu venho dá massagem nos pacientes. BJ13.

Os relatos de BJ1 e BJ13 indicam uma possibilidade de *empoderamento* (ou *empowerment*) dos usuários do CAPSbj. Entendemos por *empoderamento* a consecução da autonomia e da cidadania, cujo fomento às potencialidades dos oprimidos enseja a participação ativa e a superação de abordagens assistencialistas no campo da saúde mental (CARVALHO, 2010).

Acrescentamos, de acordo com a gestora, que o voluntariado também pode estar inserido no projeto terapêutico do usuário, de modo a torná-lo mais ativo e autônomo no processo de cuidado. Foi observado em campo que uma usuária (BJ4), atendida pelo Serviço de Psicologia e de Psiquiatria do CAPSbj, ajuda na escolha e no debate de filmes que passam no MSMCBJ destinados aos usuários do CAPS e do Movimento. A prática do voluntariado de BJ4 configurou-se como proposta terapêutica do CAPSbj, visto que sua melhora pôde se transformar em ajuda para outros usuários. Entende-se que a usuária alcançou outro nível no seu tratamento do CAPS, entretanto, caso a usuária venha a ter uma recaída, o CAPSbj estará preparado para dar o apoio e o suporte necessários.

A hipótese para a existência deste fenômeno de *empoderamento* de antigos ou atuais usuários alude as possíveis influências da integração entre o Movimento Comunitário e o CAPSbj. O MSMCBJ assume em seu discurso oficial a busca pelo fortalecimento e autonomia de seus partícipes, oferecendo-lhes ferramentas de reinserção social no próprio Movimento.

A pesquisa de Carvalho (2010), desenvolvida no MSMCBJ, apresenta múltiplos casos de fortalecimento e empoderamento dos participantes do Movimento que se tornaram voluntários, massoterapeutas, trabalhadores ou coordenadores. Deste modo, percebe-se que algumas propostas do Movimento Comunitário acabaram se capilarizando nas práticas de cuidado do CAPSbj, onde é possível perceber usuários assumindo novos papéis na instituição.

A possibilidade de *empoderamento*, por via da mudança de papéis na instituição, só emergiu nos relatos dos usuários do CAPSbj, os quais foram corroborados nas observações de campo. Esta prática é considerada uma estratégia inovadora em saúde mental (BOSI et al 2011), visto que desarticula estigmas

relacionados à “loucura” e recupera a autonomia do usuário. Além do voluntariado, observamos também maior incentivo e mobilização dos usuários do CAPSbj no que se refere à participação nas assembleias e nos conselhos de saúde.

4.2 TEMA B: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS

B1. Representação do CAPS: “nossa segunda casa”

A *casa* de moradia é um refúgio de proteção, uma camada de pele humana, uma arquitetura primeira da referência existencial, um arquétipo do nosso microcosmo particular, uma expansão do corpo que veicula a representação de nossa totalidade (FELIPPE, 2010). Seria impróprio afirmar que a casa é uma construção física imutável, objetiva, descontextualizada e desprovida de significados.

Na realidade, todo ambiente é transcursado pela percepção de quem o percebe e do contexto de onde se percebe. Corroborando esse entendimento, Tassara e Rabinovich (2003) assevera que “A percepção ambiental é um fenômeno psicossocial. É como o sujeito incorpora as suas experiências. Não há leitura da objetividade que não seja ou não tenha sido compartilhada; o sujeito sempre interpreta culturalmente e, a partir daí constitui-se como identidade”. (p.340).

Para a Psicologia Ambiental, a percepção espacial está intrinsicamente relacionada às relações de utilidade estabelecidas com o ambiente, às características simbólicas do espaço que evocam a memória do indivíduo e às sensações experimentadas na interação com o ambiente. Isso significa que pessoa e ambiente são elementos constituintes de uma rede integrada de correlações (FELIPPE, 2010).

Afinal, qual o motivo de refletirmos sobre a percepção ambiental da *casa*? A razão de tais reflexões refere-se à correspondência estabelecida entre o CAPS e a *casa*, segundo a perspectiva dos usuários entrevistados. Diversos usuários afirmaram que o CAPS é como se fosse sua casa. A exemplo deste fenômeno, usuários do CAPSbj declararam que o CAPS é lugar de amizade e de acolhimento. BJ5 diz que o CAPS é uma casa de amigo e BJ10 relata que é sua segunda casa:

O CAPS é uma casa de amigo, né? Aqui todo mundo acolhe a gente, todo mundo brinca com a gente. BJ5.

Aqui é minha segunda casa. Aqui a Tia X (cozinheira) me trata muito bem, eu sempre tô brincando com ela. Eu gosto muito daqui, né? Quando eu sair daqui, vou sentir muita falta daqui, das pessoas daqui. Talvez, eu vá sair por que estou melhorando, né? BJ10

O entendimento do CAPS como uma casa pode ser observado, igualmente, nos depoimentos dos usuários do CAPSrt. RT6 descreve o CAPS como sua segunda casa, dado que a instituição é uma referência nas situações difíceis da sua vida, proporcionando-lhe suporte e bem-estar. RT9 também afirma que o CAPS é sua segunda casa, visto que recebe apoio medicamentoso e terapêutico quando necessita. RT9 ainda acrescenta que não pensa em mudar de bairro pelo fato de o CAPS localizar-se perto de sua residência:

O CAPS é minha segunda casa, por que eu ficava aqui direto. Aqui sempre foi a minha referência de vida até mesmo devido às dificuldades que a gente tem. E aqui tem o suporte, tem os profissionais que entendem nossas situações de conflito, né? Aí a gente pode conversar, desabafar o que tá acontecendo. Aqui é um canto que eu me sinto muito bem. RT6.

O CAPS dá uma grande ajuda nessa parte da medicação, eu gosto. Quando tô muito estressada, eu venho e choro, eles me dão atenção. É minha segunda casa! Às vezes, eu quero me mudar desse bairro por conta do barulho dos hospitais, mas eu não saio por conta do CAPS. Isso aqui foi a melhor coisa que pôde existir na minha vida. RT9.

Embora, frequentemente, o CAPS se relacione à noção de *casa*, a maioria dos usuários não tinha essa mesma percepção antes de iniciar o tratamento na instituição. Chama-nos atenção o fato de que a representação social da “loucura” e do “tratamento da loucura” também é imbuída de preconceitos e estigmas entre os próprios portadores de transtorno mental. Não foi incomum a descrição de conceitos preconcebidos do CAPS como lugar de “doido”, onde o controle e os maus-tratos fariam parte das práticas dos profissionais. Alguns usuários do CAPSbj possuíam uma representação negativa do CAPS que só pôde ser rompida no decorrer do tratamento, conforme se observa nos relatos de BJ16 e BJ13:

Quando me mandaram para o CAPS, eu não queria vir por que eu dizia que não era doido. Eu achava que iam me amarrar, me dá injeção. E meu pai morreu dentro de um manicômio, ele tinha transtorno mental, entende? Mas aqui é diferente do que eu pensava. Estou muito satisfeito aqui no CAPS. Aqui tem muito curso pra fazer, de farmácia viva, de desenho, violão, teclado, tem cinema. Eu adoro estar aqui. BJ16.

Eu perdi meu pai, e logo em seguida um irmão meu faleceu também. Eu fui policial militar e me acusaram de ter matado uma mulher, mas depois foi provado a minha inocência pelo laudo do IML. Devido a tudo isso eu fiquei pirado da cabeça. Aí, meu comandante disse que eu só voltava a trabalhar

depois que eu fosse ao psiquiatra, mas eu disse que não ia procurar CAPS por que não tava ficando doido. Acabei vindo por que ele não deixou eu trabalhar. BJ13.

Acreditamos que essa representação negativa esteja relacionada às experiências anteriores em hospitais psiquiátricos ou ao imaginário social de que o isolamento, as terapias agressivas, a supervisão de medicamentos em dosagens cavalares, as camisas de força, o eletrochoque, dentre outras terapêuticas desumanas ainda se façam presentes em todos os dispositivos de saúde mental.

As práticas asilares seculares, ainda vigentes no Brasil, geram uma construção social do CAPS como um espaço de maus-tratos para pessoas destituídas de racionalidade, conforme se evidencia no discurso dos usuários do CAPSrt:

Me mandaram pra cá, só que eu tinha preconceito, eu não queria vir por causa que eu achava que aqui tinha coisa errada, que eles maltratavam, mas quando eu cheguei aqui foi totalmente diferente. RT8.

Eu passei um tempo internada no hospital psiquiátrico X e me mandaram para o CAPS, mas eu achava que no CAPS o tratamento era pra pessoas que não eram racionais. Mas depois eu vi que aqui era pra pessoas que necessitam de acompanhamento psicológico e que não tem condições de pagar particular. Aqui é ótimo. Depois de tudo que eu passei, foi aqui onde eu comecei a me sentir segura e mais equilibrada. RT2.

Após o ingresso no CAPS, RT8 e RT2 mudaram suas concepções sobre a instituição. RT2 acrescenta que o CAPS é uma instituição pública para pessoas que necessitam de atendimentos psicológicos, onde se sente segura e equilibrada no lugar.

Outro aspecto da representação do CAPS que repercutiu, timidamente, no discurso dos usuários refere-se à noção de *felicidade*. Esta perspectiva apareceu em relatos pontuais de alguns usuários do CAPSbj e do CAPSrt. Conforme se observa logo abaixo, BJ5 e RT3 afirmam que o CAPS é um lugar de felicidade:

Esse CAPS é diferente dos outros, esse aqui é mais amplo de felicidade, o pessoal brinca, o pessoal aqui trata a gente melhor. No CAPSad que eu ia eles não maltratavam, não batiam, mas tem o olhar, né? O gesto, o jeito da pessoa, o preconceito. BJ5.

A gente se sente bem a vontade aqui (CAPS). Aqui é bom demais, é lugar de felicidade, eu gosto de vir pra cá, me sinto feliz no dia que eu venho. RT3.

Entendemos por felicidade um fenômeno predominantemente subjetivo, caracterizado por um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de

prazer, que requer uma maneira coerente de viver. Diversos pesquisadores tem se preocupado com o estudo do termo, visto que se reconhece a inter-relação de felicidade e saúde mental (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Consoante Ferraz, Tavares e Zilberman (2007), a Psiquiatria avalia com eficácia as características de pessoas infelizes, todavia não conhece quase nada a respeito das pessoas felizes. Os autores garantem que a prática da Psiquiatria é próspera em atenuar o mal-estar das pessoas, mas não, necessariamente, em potencializar o bem-estar delas, visto que o foco nas doenças mentais encobre a compreensão e o desenvolvimento da saúde mental. Daí a necessidade de nos debruçarmos sobre uma concepção mais ampla de saúde que reconheça os projetos de felicidade dos usuários do CAPS.

Corroborando este entendimento, Ayres (2005) exprime que deve existir “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”. (p.550)

B2. Percepção dos profissionais: “como se fosse da família”

Este tópico trata do modo como os usuários do CAPS percebem os profissionais que nele trabalham. Repetidas vezes, os usuários do CAPSbj e do CAPSrt relataram que se sentem bem tratados e que têm uma boa interação com a equipe multiprofissional de saúde, incluindo os profissionais técnicos (recepção, guarda-municipal e cozinheira). A compreensão, a conversa, o vínculo, a atenção e o cuidado humanizado, de uma maneira geral, perpassaram quase que exclusivamente todos os depoimentos dos usuários.

A relação de proximidade com os profissionais, percebida pelos usuários, se manifestou em diversas falas por meio de analogias que referiam o profissional como se fosse um membro da família no CAPSbj. BJ3 narra que se sente ajudado e confortado pelos profissionais como se fosse alguém da família. BJ16 também assevera que os funcionários o tratam como uma pessoa da família, buscando encontrar soluções para os seus problemas:

Os profissionais, a recepção, são maravilhosos, atende a gente bem. Passa um conforto moral pra pessoa, né? Realmente, a gente percebe que eles atendem

a gente como se fosse uma pessoa da família, eles estão ajudando mesmo. BJ3.

Deus colocou no meu caminho a Dra. X (psicóloga) e o Dr. X (psiquiatra), muito bom pra mim. Aliás, os funcionários daqui tratam a gente como da família, até aquela moreninha da recepção trata a gente bem. Tratar bem é nunca dizer não. Eles (profissionais) não sabem dizer que não deu certo. Eles dizem que vão tentar, que vão falar com o fulano de tal e que vão tentar resolver. Como certa vez que precisei de um remédio, mas não era o dia da minha consulta. Então, elas (receptionistas) ajustaram no mesmo dia e agendaram com o Dr. X pra fazer a receita do meu remédio. BJ16.

A ideia do profissional como um membro da família também foi recorrente entre os usuários do CAPSrt. RT2 descreve seu bom relacionamento com os profissionais de maneira equivalente a uma interação familiar, compreendendo, porém, que a relação profissional-usuário estabelece também algumas restrições. Já RT9 afirma que os profissionais desempenham um papel que, muitas vezes, a própria família não exerce. A usuária acrescenta que a coordenadora do CAPS é uma mãe e que os profissionais fazem parte da sua vida, visto que ajudam e se preocupam com ela. No caso de RT6, a usuária enfatiza a questão do acolhimento e do vínculo estabelecido com os profissionais, o que a faz lembrar um relacionamento familiar.

A relação com os profissionais é muito boa, por que não é uma relação só profissional. A gente se relaciona também como família, a gente senta, conversa. Só não conversa mais tempo por que o médico tem que trabalhar e atender os seus pacientes. Não pode ser comparado com o relacionamento com minha irmã que eu ligo todo dia, mas eu acho importante ter uma boa relação entre médico e paciente, como família, mesmo com algumas restrições. A gente conversa antes de começar a terapia de grupo ou na confraternização de fim de ano como se fosse amigo, se relaciona normalmente, a gente brinca, canta. Todos eles são desse mesmo jeito, as psicólogas, as terapeutas. RT2.

Os profissionais daqui pra mim é uma família. Eles (profissionais) fazem parte da minha vida. É uma família que eu não tenho, por que tem alguns familiares que não ajudam, né? [...] A Dra X, a coordenadora, é uma ótima pessoa, é uma mãe. Ela vai na minha casa, vê como a gente tá, o que a gente tá precisando. RT9.

Eu fui bem recebida pela Dra Y (assistente social), que é uma excelente terapeuta, ela me acompanhou, deu toda atenção pra mim. O vínculo foi crescendo devido ela ter me recebido aqui. O que ela puder fazer para tá ali e ajudar o paciente, ela faz. Ela realmente gosta do que faz e bota prioridade primeiro nos pacientes dela, como se fosse da família mesmo. Isso eu acho muito bacana. Foi uma etapa bem difícil da minha vida, mas foi bem aproveitada, ela deu muita atenção, muito cuidado, bem legal. RT6.

Provavelmente, alguns psicanalistas explicariam esta projeção (profissional como membro da família) por intermédio da *transferência*. A transferência refere-se ao

conjunto de reações que o usuário apresenta em relação ao profissional, ao colocá-lo no lugar de uma das pessoas significativas de sua vida (como pais, irmãos e cônjuges). A relação transferencial está presente em todas as relações humanas, assim como na relação médico-cliente (SOAR FILHO, 1998).

Neste processo, é muito comum o usuário depositar expectativas nos profissionais de saúde, conferindo-lhes um suposto saber. Cabe ao profissional aprender a lidar com as contratransferências, evitando o estabelecimento de uma relação de dependência entre usuário-profissional-instituição (SOAR FILHO, 1998). No caso dos usuários entrevistados, a relação transferencial com os profissionais parece ter facilitado à construção do vínculo, potencializado a resolubilidade dos casos atendidos e melhorado a qualidade da assistência prestada.

Diversos usuários dos distintos CAPS mostraram-se satisfeitos com os profissionais de saúde. Para a usuária BJ4, os profissionais do CAPS a compreendem sem preconceitos. Já BJ15 destaca o acolhimento ofertado por duas profissionais que facilitam um grupo terapêutico. RT2 e RT3, por sua vez, relatam um relacionamento humanizado com vários profissionais do CAPS. A usuária RT8 afirma que seu médico é comunicativo e lhe passa confiança e tranquilidade. Deste modo, os depoimentos indicam que a interação profissional-usuário se estabelece conforme preconizado pelas políticas de saúde mental. Destacam-se alguns relatos sobre os profissionais do CAPSbj e do CAPSrt, logo abaixo:

As pessoas (profissionais) daqui são maravilhosas e também pelo fato de me compreenderem, por que lá fora existe o preconceito, e aqui (CAPS) não. BJ4.

A X (artista) e a Y (estagiária de psicologia) são muito boas. Se você chegar sentindo alguma coisa, se passar mal ou se chorar, elas param pra conversar com você, pra saber o que está acontecendo. Por isso que tem duas facilitando o grupo. BJ15.

Os terapeutas que ficam no dia-a-dia com a gente, o X (artista), a Y (técnica de enfermagem), a Z (terapeuta ocupacional), eles sempre conversam com a gente, brincam, diverte. E os psicólogos, em todos os passeios, eles estão conosco. Todos eles têm um relacionamento humanitário com a gente. RT2.

Eu gosto dos doutores daqui, por que eles conversam com a gente, perguntam como é que a gente tá se sentindo, explicam o tratamento bem direitinho, tem paciência com a gente. RT3.

O médico também é maravilhoso, ele é comunicativo. Ele me passa confiança e uma tranquilidade. O pessoal diz que psiquiatra é estressado, mas ele não. RT8.

Chama-nos atenção o fato de que, embora se evidenciem escassez de médicos, limitações de área física e fornecimento irregular de medicamentos no CAPSbj, os usuários reconhecem a disponibilidade dos profissionais para desenvolver um trabalho de reabilitação psicossocial pautado na humanização do cuidado:

Primeiramente agradeço a Deus, agradeço aos profissionais do CAPS do Bom jardim que com toda dificuldade de médico, de comprimido, que falta tudo aí, mas eles não desanimam, estão sempre com sorriso e também estão fazendo o que podem, né? Faz de tudo pra reanimar o paciente. O que eles fazem realmente aqui é o recapacitamento para a sociedade. É isso que eles fazem. BJ8.

Outro aspecto levantado pelos usuários do CAPSrt refere-se à quebra de vínculo decorrente da rotatividade dos profissionais, influenciando na adesão às terapêuticas propostas pela instituição. A usuária RT5 sente falta de uma terapeuta que já saiu da instituição e relata que outros usuários deixaram de frequentar o CAPS após a saída dessa terapeuta. Já RT6 abandonou as atividades de grupo quando sua enfermeira, com quem tinha mais vínculo, deixou de trabalhar no CAPS:

A Dra X foi a minha primeira terapeuta daqui, ela já saiu daqui e fez uma falta danada aqui no CAPS. Ela era que organizava tudo aqui, ela era a que mais cativava os pacientes, ela ajudava todos, parecia que era movida a pilha. Muitos pacientes não aceitaram a saída dela e não vieram mais pra cá. RT5.

Antigamente, eu tinha uma relação melhor com os profissionais, mas muitos saíram, ne? Tinha a Dra Y, enfermeira, que acompanhava as minhas medicações, que ficava ali no dia-a-dia cuidando de mim, e ela não trabalha mais aqui. Na época, fiquei um pouco perdida por que não sabia quem ia me dá a medicação. Por conta disso, hoje em dia, eu mesma me isolei daqui, não venho mais pros grupos, estou vindo só pra consulta com o psiquiatra. Eu acho que esses profissionais que saíram, faz parte da vida, a gente tem que aprender a lidar com esses tipos de situações, mas, às vezes, a gente fica muito acostumado com aquele profissional, que cuida realmente da gente, que está desempenhando seu trabalho, que fica perguntando se a gente tá bem. A gente acaba se apegando mesmo. RT6

A rotatividade de recursos humanos é pauta de muitas pesquisas sobre a insatisfação de trabalhadores da rede pública de saúde, pois o estresse, as condições de trabalho, o clientelismo político, o sentimento de impotência diante da pobreza dos usuários, dentre outros aspectos, culminam com a saída do profissional. Sabe-se também que a rotatividade de profissionais pode ocasionar altos custos para SUS, haja vista a necessidade de capacitação e treinamento dos novos trabalhadores (CAMPOS; MALIK, 2008). O CAPSrt realiza atividades de educação permanente e de capacitação

mensalmente, ensejando em grande investimento por parte do Município. Além da técnica, é necessário que o profissional se identifique com a área de saúde mental e se alinhe à proposta da Reforma Psiquiátrica.

Ressaltamos que a insatisfação no trabalho é um processo bidirecional, porquanto, na medida em que incide na saúde do profissional, afeta também o serviço prestado por ele (PELISOLI; FRAGA; PEREIRA, 2011). Desse modo, destacamos a importância de minimizar a rotatividade de profissionais e implantar estratégias de intervenção e prevenção nos CAPS que beneficiem o trabalhador, e, conseqüentemente, o serviço e a rede de saúde de maneira mais ampla.

Ao ser questionada sobre a rotatividade de profissionais no CAPSrt, a gestora afirmou que isso ocorre de forma muito pontual na atualidade. Quando a saída acontece, geralmente, está relacionada a algum concurso no qual o profissional terceirizado consegue passar em outro local. Todavia, a coordenadora diz que há cinco anos existiu uma rotatividade maior em que profissionais precisaram sair por necessidade da instituição, visto que detectaram profissionais que não se adequavam à proposta e às diretrizes do CAPS.

Apesar da rotatividade de profissionais ter sido mais mencionada entre os usuários do CAPSrt, a questão da rotatividade também apareceu no discurso de uma usuária do CAPSbj. BJ15 exprime ter mudado de psiquiatra três vezes durante seu tratamento e que se encontra sem médico atualmente:

Tá faltando médico e eu tô sem médico. Quando entrei aqui não era assim, mas os médicos foram saindo. A Dra X (psiquiatra) que me atendia saiu e me encaminhou pra outro médico que depois saiu também. Aí me encaminharam pra Dra Y (psiquiatra), eu tive duas consultas com ela e depois ela saiu daqui. BJ15.

No caso do CAPSbj, a gestora corroborou o relato de BJ15, ao assinalar que a alta rotatividade acontece com maior frequência na categoria médica, visto que os psiquiatras alegam baixa remuneração, grande distância entre trabalho-residência e uma localidade considerada perigosa em termos de violência. As demais categorias exibem maior estabilidade no serviço do CAPS.

Diante do exposto, percebemos que a rotatividade no campo da saúde mental e, mais especificamente, no CAPS, pode ensejar quebra de vínculo com o usuário, falta de adesão e dificuldade de acesso, afetando a qualidade do serviço

prestado. Conforme discutido na fundamentação teórica desta pesquisa, o estabelecimento do vínculo com o Terapeuta de Referência (TR) é fundamental no processo de cuidado, visto que o planejamento, o desenvolvimento e o monitoramento do Projeto Terapêutico (PT) devem acontecer de forma articulada entre o usuário, a família e o TR. O TR deve avaliar periodicamente os objetivos delineados no PT de forma conjunta por meio do diálogo e do vínculo (BRASIL, 2004). Neste caso, a rotatividade pode se constituir como uma ameaça para o estabelecimento do vínculo e da confiança com o profissional, afetando sobremaneira no agenciamento do PT.

B3. Percepção das atividades

Os diferentes tipos de atividades terapêuticas ofertadas pelos CAPS caracterizam o que é denominado de *clínica ampliada*, visto que os profissionais se utilizam de recursos que vão além do uso de consultas e de medicamentos, ensejando mudanças nos moldes tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais (BRASIL, 2004).

No que tange à percepção que os usuários têm a respeito das atividades terapêuticas desenvolvidas no CAPSbj e no CAPSrt, as ideias mais evocativas estão relacionadas às trocas de experiências, à interação e à socialização que os grupos possibilitam. Os usuários ainda acrescentam que as atividades terapêuticas também permitem *insights*, escuta e acolhimento. Além disso, o aprendizado, o lazer, o relaxamento e o contato com a natureza foram alguns dos benefícios alusivos aos grupos terapêuticos.

O usuário BJ14 acentua que compartilhar experiências no grupo de *Terapia Comunitária* o ajuda a ter outra percepção acerca dos seus problemas. Já BJ15 se sentiu acolhida na *Terapia da Autoestima*, indicando que o grupo permitiu formas de socialização. RT6, por sua vez, relata que as atividades terapêuticas facilitaram a interação e a convivência com os demais usuários do CAPS:

Eu gosto muito do grupo da terapia comunitária. É muito bom porque a gente escuta a experiência dos outros e ver que o nosso problema é tão pequeno. Tem coisas que são mais sérias ainda. BJ14.

Eu estava agressiva, qualquer coisa me irritava e as pessoas se afastavam de mim, meus colegas de trabalho, meu marido. Ninguém gostava mais de mim, eu já estava sendo excluída por que nem eu mais me aguentava. Eu fui achar acolhimento aqui no CAPS, principalmente do grupo da autoestima, foi

muito bom por que fiz muitas amizades. Eu agradeço muito primeiro a Deus e depois ao CAPS. BJ15.

Eu gosto dos grupos por que a gente convive muito com outros pacientes e a gente entende melhor o que o outro tá passando. A gente fazia as atividades juntos, era muito bom. RT6.

Consoante Delfino et al. (2004), as atividades em grupo podem se revelar como espaço para compartilhar experiências, sentimentos e afetos, além da socialização de saberes técnico-científicos e populares. Ocasionalmente, ainda, maior compreensão de si e do mundo, bem como a busca de recursos para a saúde integral do indivíduo e da coletividade. Isso significa que as atividades terapêuticas ofertadas no CAPS podem facilitar a reestruturação do modelo tecnicista, reposicionando o núcleo tecnológico do cuidado.

A usuária BJ1 garante que sua participação nas atividades de grupo permite a identificação da origem dos seus problemas, suscitando novos *insights*:

Nas atividades de grupo daqui a gente faz respiração, a gente escreve, faz desenho, faz trabalho em grupo. Aí a gente identifica os problemas que às vezes a gente nem sabe, aquelas causas dos problemas. BJ1.

O *insight* refere-se à capacidade imediata de perceber e entender, intuitivamente, os sentidos ocultos de um determinado problema. Consideramos que a emergência de novos *insights* é um dos primeiros passos para que a pessoa possa compreender melhor a situação-problema vivenciada, para, posteriormente, agir na tentativa de solucioná-la. O *insight* acontece quando há a associação de elementos que anteriormente estavam isolados, provocando uma relação mais integrada entre as partes e o todo (KOFFKA, 1975). No caso em tela, BJ1 sugere que um dos efeitos terapêuticos do grupo é a facilitação de *insights*.

No que concerne às atividades de grupo em relação às terapêuticas medicamentosas, diversos usuários do CAPSbj referem valorizar os efeitos das práticas grupais em detrimento do uso das medicações, embora reconheçam os benefícios das duas estratégias de tratamento. Este fenômeno já não se repete no CAPSrt, onde, apesar de os usuários valorizarem as atividades de grupo, não houve um julgamento de qual tipo de terapêutica (participação em atividades de grupo ou uso de medicamentos) seria mais eficaz.

A respeito da supervalorização das atividades terapêuticas de grupo, BJ8 critica os usuários que se utilizam apenas dos medicamentos. Os usuários BJ13 e BJ16,

por sua vez, afirmam que a *Terapia da Autoestima* os ajudou mais do que o uso dos medicamentos, haja vista a possibilidade de escuta e fortalecimento dos demais integrantes do grupo:

Aqueles pacientes que só tomam remédio em casa, que não participa de nenhuma atividade do grupo, e que acha que o grupo é bobagem; bobagem é você tá enfurnado dentro de casa e se empapando de remédio e achando que tá tudo bem. Bom é participar, é ver alguém diferente, conhecer novas caras. BJ8

Eu fui bem recebido aqui e fui encaminhado para o grupo de autoestima. Eu gosto daqui, já estou no grupo há quatro anos. Eu acho até o medicamento muito bom, mas acho que o grupo me ajudou mais. Aqui no grupo eu aprendi a viver de novo, criei ânimo pra viver. É uma coisa tão boa que eu não pretendo sair mais. A força dos outros companheiros me ajudou mais. BJ13.

Dou graças a Deus ao CAPS ter me acolhido. Eu tentava botar pra fora o que eu sentia, eu procurava ouvidos antes e não tinha. O grupo de autoestima que eu peguei é muito bom, é um grupo que me escuta. [...] A Dra. X (psicóloga) e o Dr. Y (psiquiatra) me mostraram que era importante eu continuar no grupo. Os remédios, os comprimidos, pra mim foi bom, mas bom mesmo foi conversar com essa turma (usuários integrantes do grupo) aqui. BJ16.

Conforme observado nas atividades, os distintos CAPS se utilizam de técnicas de relaxamento, respiração e desenho nos grupos terapêuticos. Foi comum também o uso de músicas e de movimentos corporais, advindos da biodança, para promover vitalidade, afetividade e autoconhecimento. Para Rolando Toro (1991), a biodança é um sistema de integração afetiva e de desenvolvimento humano que promove a saúde, a consciência ética e a alegria de viver por meio de técnicas centradas no movimento, no olhar e no toque físico.

Além disso, o processo de aprendizagem foi percebido nas oficinas de geração de renda e na horta comunitária. Em diversos momentos, observamos que os usuários procuravam ensinar o que haviam aprendido para as novas pessoas que chegavam ao grupo. A usuária BJ12 explicou o procedimento de “fazer fuxico” (produção de artesanato) e o usuário BJ5 ensinou os efeitos medicinais de todas as plantas da horta comunitária. O uso de metodologias participativas que geram aprendizagem nas oficinas e atividades terapêuticas faz parte do processo de reabilitação psicossocial pregado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Logo abaixo, percebemos que o Grupo de Expressão Corporal provocou relaxamento em BJ11 e a Farmácia Viva possibilitou o aprendizado sobre as ervas medicinais em BJ15:

O grupo de expressão corporal é muito bom. Na atividade de hoje relaxei bem, dormi um pouquinho e ainda sonhei, uma coisa que eu nunca tinha feito. BJ11.

Eu adoro o grupo da farmácia viva. Acho interessante conhecer as ervas e saber como fazer o remédio. É ótimo por que é fácil de fazer e não é caro como o remédio que se compra numa farmácia. Aprendi a fazer chá, sabonete. BJ15.

Uma das atividades mais referenciadas pelos usuários do CAPSbj foi a *Horta Comunitária*. Diversos usuários relataram que o contato com a natureza é um aspecto que os induziu a gostar mais desta atividade. A usuária BJ4 declarou que sente bem-estar quando depara sensações provenientes do contato com as plantas. O processo de cuidar da terra e das plantas, além das interações estabelecidas com os demais integrantes do grupo da *Horta Comunitária*, foi descrito, positivamente, por BJ11:

Eu gosto mais da horta por que eu me dou com a natureza, eu me sinto mais aliviada, mais bem, eu sinto o cheiro da natureza. BJ4.

Na horta a gente participa da natureza, né? Cuida das plantinhas, aduba, agoa, varre a horta. E tem os amigos também, a gente pode conversar. Que eu era uma pessoa que tinha medo das pessoas, num procurava conversar com ninguém, era só trancada dentro do quarto. Aí aqui nos grupos eu pude fazer amizades. BJ11.

Acreditamos que o uso de práticas terapêuticas pautadas na ética da valorização da relação homem-natureza no CAPSbj tenha origem nas influências do pensamento biocêntrico do MSMCBJ. A perspectiva biocêntrica busca resgatar os vínculos primordiais com a natureza e seus seres, de modo a refrear a composição desagregadora e individualista da cultura ocidental. Trata-se de uma aprendizagem vivencial pautada na reconexão humana com seus instintos e as forças naturais da vida, compreendendo uma sociedade mais amorosa e solidária (CAVALCANTE, 2001). Com o objetivo de reforçar essa perspectiva, o CAPSbj convida, frequentemente, os índios Pitiguarys (do Município de Maracanaú-CE) para manifestar a importância do respeito à natureza mediante a apresentação de rituais indígenas. Este fato pôde ser constatado nas observações de campo desta pesquisa.

Sobre a perspectiva biocêntrica e práticas inovadoras em saúde mental, Bosi et al (2011) afirmam que:

A dimensão ecológica, enquanto inovação, se refere à potencialização do cuidado em saúde mental facilitador da reconexão com as raízes (conectividade), com o universo, o sistema familiar, a comunidade e o sagrado inerente a cada um. [...] Esse processo de fortalecimento pode gerar

intensas mudanças na forma de pensar e sentir o universo, e de entender a pessoa em sua totalidade e responsabilidade no que concerne a tecer as infinitas tramas para seu próprio destino, do qual passa a ser sujeito. (p. 1246-1247).

Destacamos também a importância das atividades realizadas fora do CAPS, segundo depoimentos dos participantes da pesquisa. A valorização dos passeios culturais realizados em grupo, juntamente com os profissionais de saúde, pode ser notada no relato de RT2:

Eu acho os passeios que a gente vai com os profissionais muito bom. Além da gente está em comunidade, a gente aproveita o que o nosso estado tem a oferecer: poetas, como era o Patativa do Assaré, músicos como o Fagner, compositores, cientistas que desenvolvem projetos ecológicos. [...] Então, tem todos esses talentos do nosso estado que nós podemos conhecer, os lugares turísticos que nós temos que valorizar o que é nosso. RT2

Sobre os passeios culturais, usuários do CAPSbj relataram, igualmente, gostar muito dos passeios, visto que a possibilidade de lazer e de interações do grupo gera bem-estar a todos. No último encontro da *Terapia de Autoestima*, antes do recesso das festividades natalinas, os usuários fizeram uma retrospectiva do ano de 2011 e sugeriram mais passeios culturais para o ano de 2012. Eles lembraram os bons momentos que vivenciaram juntos nos passeios e solicitaram a mobilização do grupo para planejar e organizar novas excursões. Segundo a coordenadora do CAPSbj, os passeios acontecem, em média, quatro vezes ao ano. Às vezes, são passeios abertos para todos os usuários do CAPS, mas pode acontecer de um só grupo de alguma atividade terapêutica se mobilizar para ir à praia ou ao teatro.

De acordo com a gestora do CAPSrt, a instituição segue a programação sociocultural da Cidade para realizar os passeios comunitários. Os terapeutas dos grupos organizam e mobilizam os usuários para participarem dos passeios. Neste ano, os usuários já foram visitar exposições de arte, assistir a cinema e passear em clubes esportivos com entrada gratuita e ônibus disponibilizados por instituições parceiras de Fortaleza.

Sobre os passeios comunitários, o discurso oficial do CAPS reitera a importância do desenvolvimento de atividades de cultura e lazer para os usuários de saúde mental de modo a garantir a inserção social, a apropriação do território, a circulação social e a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

4.3 TEMA C: QUALIDADE DO CUIDADO

C1. Aspectos formais: “O medicamento certo”

Os aspectos formais da atenção em saúde mental, embora frequentemente transversalizados pelas dimensões simbólicas e interativas no discurso dos usuários, emergiram de modo significativo por meio dos relatos sobre os medicamentos, a estrutura física e a quantidade de profissionais para suprir as demandas do CAPSbj e do CAPSrt. A prescrição do medicamento adequado foi lembrada diversas vezes por usuários dos distintos CAPS como um aspecto importante da qualidade do cuidado, uma vez que os efeitos colaterais dos psicofármacos afetavam drasticamente o cotidiano dos usuários.

Como grande parte das medicações alotrópicas, os psicofármacos têm efeitos positivos e negativos no organismo. Do mesmo modo que amenizam os sintomas e previnem novas crises, desencadeiam reações adversas, tais como: dor de cabeça, tonturas, náuseas, queimação no estômago, aumento de peso, inibição sexual, sonolência e boca seca, entre tantos outros. Os efeitos variam de acordo com a composição química da medicação e das reações do organismo de cada usuário. Tais efeitos tendem a ser mais acentuados no início do tratamento, atenuando ou desaparecendo no decorrer do tempo (LOTUFO NETO; ANDRADE; GENTIL FILHO, 1995).

Um dos usuários do CAPSbj relatou sua experiência no hospital psiquiátrico em que precisou tomar um psicofármaco que não o fazia sentir-se bem durante o período de dois anos. A mudança de medicação ocorrida após seu ingresso no CAPS, acompanhada da adaptação ao novo remédio, o levou a crer que hoje em dia ele está ingerindo o psicofármaco adequado:

Tem médico que só olha pro próprio umbigo e não percebe que o paciente tá precisando de ajuda. E passa o remédio dizendo: “É esse o remédio que você vai ter que tomar. Se tiver fazendo bem é esse, e se não tiver fazendo bem é esse mesmo.” Que nem eu tomei um remédio durante dois anos e o remédio nada de me fazer bem, que fazia mal de todo jeito, era dor de cabeça, dor de barriga, isso era frequente todo dia. Aí, quando eu ia falar com o médico de lá (hospital psiquiátrico) pra mudar o remédio, ele dizia: “Olha, futuramente você vai ficar tomando só esse mesmo.” Aí, que ânimo eu ia ter de viver? No atendimento de qualidade, tem que passar o remédio adequado, que nem o doutor daqui do CAPS faz. BJ8.

O discurso de BJ8 evidencia um possível erro prescritivo, decorrente de falha diagnóstica e de indicação medicamentosa inadequada, ou um provável erro de monitoração em que o psiquiatra deveria rever o esquema prescrito para a devida adequação ou detecção de problemas, levando em consideração a resposta do usuário à terapêutica prescrita (COREN-SP; REBRAENSP, 2011). Independentemente das possíveis falhas técnicas, uma das principais estratégias de prevenção para os eventuais erros de medicação é o estabelecimento de uma comunicação aberta e flexível entre a equipe multiprofissional, os usuários e seus familiares cuidadores, de modo a escutá-los e orientá-los quanto aos objetivos da terapêutica, ações e efeitos esperados, reações adversas, cuidados no preparo e administração do medicamento (COREN-SP; REBRAENSP, 2011).

Apesar das severas críticas à clínica tradicional no que concerne ao reducionismo biológico, ao caráter medicalizante e seu papel na manutenção do *status quo*, devemos reconhecer suas contribuições para evitar e aliviar a dor, além de tratar e reabilitar pessoas. Por outro lado, faz-se necessário superar os limites da clínica tradicional em busca de uma prática que valorize as relações intersubjetivas na produção do cuidado, visto que o processo de cura sempre pressupõe a relação entre sujeitos (CARVALHO; CUNHA, 2006).

A utilização do medicamento adequado foi comentada, igualmente, por usuários dos diferentes CAPS. BJ14 entende que um atendimento de qualidade está relacionado à assertividade da sua psiquiatra quanto à indicação correta do psicofármaco. RT2 afirma que passou por um processo de difícil adaptação da medicação, contudo a usuária alude que houve um monitoramento das dosagens em que a psiquiatra encontrou o psicofármaco mais adequado ao seu caso:

Atendimento de qualidade foi quando eu cheguei aqui no CAPS e consegui ser atendida pela Dra X (psiquiatra) e ela acertou em cheio meu remédio. Eu agradeço Deus em primeiro lugar, depois meus remédios e ao CAPS, que é onde eu me sinto bem, por que converso, danço, tudo. BJ14.

A Dra Y (psiquiatra) demorou um pouco pra encontrar o medicamento correto. Foi difícil demais por que tudo de medicamento que ela tentava me dava muito sono, perdia um pouco minha memória, mas aí ela foi diminuindo as dosagens e perguntando como eu tava, e encontrou o medicamento certo. Muito boa ela, por que acertou meu medicamento, né? RT2.

O depoimento de RT2 indica que mesmo sentindo o incômodo referente aos efeitos colaterais do psicofármaco, a usuária não desistiu de aderir ao tratamento medicamentoso, visto que o monitoramento contínuo e a comunicação aberta entre a usuária e a psiquiatra facilitaram a prescrição mais adequada do remédio e das dosagens.

Em estudo realizado sobre o uso de psicofármacos em pacientes diagnosticados com esquizofrenia em um serviço ambulatorial pertencente a um hospital geral, os resultados apontaram que apenas 35,7% aderem ao tratamento medicamentoso e 64,3% não aderem ao uso da medicação, sendo 35,7% não aderentes por comportamento intencional (deixar de tomar a medicação por sentir-se bem ou por sentir-se mal) e 28,6% não aderentes por comportamento não intencional (esquecimento e descuido quanto ao horário da medicação). A referida pesquisa evidenciou haver muitos pacientes que abandonam o tratamento por vivenciarem os efeitos colaterais dos medicamentos. Embora alguns reconheçam os benefícios da medicação, os usuários avaliaram os aspectos negativos como mais significativos do que a melhora sintomatológica do transtorno (NICOLINO et al, 2011).

O estudo retrocitado ainda apontou que, dentre os obstáculos percebidos pelos pacientes para o prosseguimento da terapêutica medicamentosa, destaca-se a falta de iniciativa dos pacientes em questionar os profissionais a esse respeito. Tal constatação reflete a supremacia do modelo biomédico de atenção à saúde, no qual os profissionais, considerados detentores únicos do saber, instituem uma relação verticalizada com seus pacientes, não havendo lugar para questionamentos e coparticipação dos usuários na aceção da proposta terapêutica (NICOLINO et al, 2011).

Daí a importância de um monitoramento contínuo do Serviço de Psiquiatria quanto aos efeitos dos psicofármacos, considerando uma interação mais horizontalizada entre o médico e o usuário, conforme propõe o modelo psicossocial de atenção à saúde mental. O relato de um usuário do CAPSbj chamou-nos atenção por mencionar que o seguimento terapêutico e a resolubilidade dependem tanto do profissional como do usuário, indicando a ocorrência de diálogo e de corresponsabilidade no cuidado:

O atendimento de qualidade é quando a pessoa é bem recebida e a pessoa sai com bons resultados. Por exemplo, os doutores daqui: eles examinam a gente, olha como é que a gente tá, pergunta várias coisas e, de acordo com o tratamento que a gente faz, eles passam o medicamento pra nós. O resultado

depende do doutor e também da gente, né? Eu acho que os dois têm que ver o que é melhor. BJ5.

Contrariamente ao que foi relatado por alguns usuários³¹, BJ3 supervaloriza a terapêutica medicamentosa em detrimento das atividades de grupo, visto que o medicamento agiu na sua insônia e melhorou sua qualidade de vida. Durante toda a entrevista, o usuário deixou claro que apenas a medicação o ajudou na melhora do seu quadro clínico:

Eu até participo, às vezes, da terapia comunitária e do grupo da autoestima, mas o principal que eu gosto aqui de vir pro CAPS é o comprimido do remédio Fernegan que faz eu dormir, por que eu não gosto muito de ficar acordado de madrugada. Eu só durmo se tomar esse Fernegan. BJ3.

No que se refere à disponibilidade de medicações, de psiquiatras e de salas para atendimento, diversos usuários do CAPSbj demonstraram descontentamento ante a falta de medicação, de recursos humanos e de estrutura física adequada. Este problema não esteve presente no discurso dos usuários do CAPSrt, mas foi bastante recorrente nas falas dos usuários do CAPSbj. A usuária BJ4 afirma que faltam remédio, médico e sala para atendimento. BJ5 declara que faltam médico, remédio e um atendimento mais longo. Já BJ10 diz que falta médico e medicamento, precisando, muitas vezes, comprar o psicofármaco que deveria ser fornecido pelo CAPS.

Aqui tem umas dificuldades, por que falta remédio, falta médico, até mesmo falta sala, por que, as vezes, eles (profissionais) atendiam do lado de fora, por que não tem sala suficiente. BJ4.

Só tem algumas coisas ruins aqui no CAPS, a falta de médico, falta um atendimento demorado, às vezes falta remédio. BJ5.

Se tivesse mais médico, o atendimento aqui era perfeito. E medicamento também, que aqui falta muito. Tô com pena do meu bolso, por que os três medicamentos que eu tomo são 50 conto e quando num tem no CAPS, tenho que comprar, né? BJ10.

Desse modo, percebemos que a carência de profissionais e de salas para atendimento expressa um entrave no acesso aos serviços de saúde mental no CAPS e diminui a qualidade da assistência prestada. Com relação à falta de fornecimento de medicação, isto pode, inclusive, afetar o orçamento financeiro do usuário e de sua família.

³¹ Os usuários BJ8, BJ14 e BJ16 não desmerecem o uso de remédios, mas acreditam que as atividades grupais são mais relevantes do que a terapêutica medicamentosa, conforme evidenciado na dimensão analítica B3. *Percepção das atividades.*

Segundo pesquisa realizada em 30 CAPS da região Sul brasileira, o mês em que foi realizada a apuração dos dados socioeconômicos dos participantes da pesquisa, a renda média dos usuários correspondeu a R\$ 338,02 e a renda familiar *per capita* foi de R\$264,16, sendo que, além disso, 26,84% dos usuários declararam não possuir fonte de renda. A situação é agravante, visto que, no Brasil, o custo para apenas um dia de antipsicóticos representa 5% do salário mínimo e o gasto para um dia de medicação antidepressiva corresponde a 6% do salário mínimo, levando em consideração os medicamentos antipsicóticos e antidepressivos mais baratos disponíveis (KANTORSKI et al, 2011). Os dados são alarmantes, já que a região Nordeste tem uma carência ainda maior no que se refere à renda *per capita* de seus habitantes.

Com vistas a facilitar o acesso às medicações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a adoção de políticas nacionais de medicamentos com base no conceito de *medicamentos essenciais*, induzindo o Ministério da Saúde a aprovar e homologar a Política Nacional de Medicamentos do Brasil em 1998, cujo propósito maior é garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles remédios considerados essenciais (KANTORSKI et al, 2011a). Em meio às medicações consideradas essenciais, as mais utilizadas pelos usuários deveriam estar disponíveis nos CAPS e na rede de saúde; entretanto, o mesmo não acontece, de acordo com os relatos retromencionados dos usuários do CAPSbj, pois BJ10 precisou recorrer à rede privada para comprar seus psicofármacos.

Embora haja diversas revelações quanto aos problemas relacionados aos aspectos formais do cuidado, BJ16 não põe em xeque a competência técnica dos psiquiatras que atendem no CAPSbj:

Apesar desse CAPS ter muitos pacientes pra poucos médicos, eles se desempenham muito bem, fazem um ótimo trabalho. Eu falei com a coordenadora e ela disse que tem mais de mil pacientes pra apenas 2 psiquiatras. Eles tentam atender todo mundo, mas não vou dizer que está perfeito, eles mesmo reconhecem. O bom mesmo é que tivesse mais médicos. O meu médico é muito bom, mas seria melhor se ele tivesse mais tempo com a gente, mais contato. BJ16.

Diferentemente do que foi expresso pela maioria dos usuários do CAPSbj, BJ2 assinala que seus medicamentos nunca faltaram no CAPS e BJ13 narra que nunca existiu dificuldade de acesso ao Serviço de Psiquiatria. A contradição presente nos

relatos pode indicar que as dificuldades concernentes aos aspectos formais do cuidado não afetam todos os usuários do CAPSbj.

Aqui nunca falta medicamento, por que tem muitos postos que faltam, né? Mas aqui é muito difícil isso acontecer. Geralmente, os meus remédios que eu pego aqui, no máximo demora 1 dia para chegar. BJ2.

Eu sou bem atendido aqui no CAPS. Sempre que eu preciso do meu médico, ele está lá pra me ajudar. Quando eu marco a consulta, ele não falta. Tem gente que diz que tem dificuldade de arranjar médico, mas isso nunca aconteceu comigo, e olha que já estou aqui há muitos anos. BJ13.

Quanto à organização dos serviços, depoimentos pontuais de uma usuária do CAPSbj e de um usuário do CAPSrt ressaltam que o atendimento de qualidade está associado à presteza na espera por atendimento individual. BJ12 e RT12 dizem que esperam um determinado tempo na recepção em decorrência da grande quantidade de pessoas que buscam atendimento no CAPS.

O atendimento de qualidade é quando a gente é atendida num instante. Assim que eu chego, ainda demora um pedacinho pra me atenderem, por que tem muita gente, aí tem que esperar. BJ12.

O atendimento de qualidade é você chegar no lugar e ser logo atendido. Aqui, a gente espera um pouco, por que tem muita gente, né? Aí, não tem como ser atendido logo. RT12.

Os relatos dos usuários refletem o sistema de entrega de senhas por ordem de chegada que, somado ao grande número de pacientes que buscam atendimento, gera um tempo de espera na sala de recepção. Tal sistema acontece nos dois dispositivos de cuidado. Na tentativa de acolher os usuários, minimizar o ócio da espera e melhorar a organização dos serviços, o CAPSbj realiza a “Acolhida CAPS”, onde os usuários e familiares são recebidos e, em seguida, são direcionados para suas respectivas modalidades de atendimento. No CAPSrt, existe o serviço de “Sala de Espera”, que visa basicamente os mesmos objetivos. As duas estratégias de acolhimento acontecem, geralmente, no início da manhã e no começo da tarde. Neste espaço há também a divulgação de eventos e ações comunitárias do território para usuários e familiares.

De acordo com Pimentel, Barbosa e Chagas (2011), as atividades da sala de espera são direcionadas comumente à educação em saúde, onde profissionais costumam utilizar esse espaço para divulgar as atividades do próprio CAPS ou de instituições parceiras, tirar dúvidas, criar vínculos e compromissos com os usuários que devem

nortear os projetos de intervenção, e, assim, contribuindo no incremento do acolhimento no CAPS.

De maneira contingencial, mas não menos importante, um usuário do CAPSbj acredita que a comunicação estabelecida entre a recepção³² e os usuários facilita o acesso às consultas e diminui os transtornos causados pela ida ao CAPS no dia em que o profissional, porventura, venha se ausentar do trabalho:

Aqui é muito bom. Eles (profissionais) não deixam a gente fazer viagem perdida. As meninas (repcionistas) ligam pra gente e avisam quando o médico vai faltar e marca pra outro dia. Ou se for adiantado, manda vir logo. Por exemplo, a minha consulta tava marcada lá pro dia 7, mas ligaram e pediram pra vir logo hoje. BJ7.

Quanto à assiduidade do profissional, uma usuária do CAPSrt acredita que um dos critérios que garantem um atendimento de qualidade é a ausência de faltas do médico no CAPS:

A pontualidade é um aspecto importante de qualidade, por que, às vezes, a gente vem de tão longe e o médico falta. Eu até parabenizo o Dr X (psiquiatra) pela pontualidade, ele é maravilhoso, não falta de jeito nenhum. RT7.

No tocante à ambiência presente na estrutura do local, os usuários do CAPSbj e do CAPSrt descreveram, de maneira evocativa, que o ambiente é bem cuidado, gerando bem-estar e humanização nos frequentadores. De acordo com o discurso oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), todo CAPS deve constituir-se de um ambiente terapêutico, onde a estrutura física das instalações e seus contornos possam ajudar no tratamento dos usuários.

Observamos em campo que os usuários buscam manter o ambiente limpo e organizado, evitando sujar as paredes ou degradar os recursos materiais utilizados nas atividades das distintas instituições. Segundo as gestoras do CAPSrt e do CAPSbj, esse cuidado com o ambiente se dá por meio do sentimento de pertença que é estimulado pelos profissionais da instituição. Desse modo, os usuários compreendem que aquele espaço é deles e que sua manutenção depende de todos.

Sobre a ambiência, BJ12 acentua que se sente bem no CAPSbj em razão do contato direto com as plantas que ficam no interior do local. BJ16 acredita que o

³² Ressaltamos que a maioria dos usuários citou a importância do acolhimento e da humanização no atendimento da recepção.

CAPSbj se diferencia de outros dispositivos de saúde, visto que a limpeza está presente na instituição como um todo, incluindo o banheiro. RT13 relata que o CAPSrt é limpo e acrescenta que as paredes pintadas, os quadros expostos e a oferta de chá tornam o ambiente do CAPS agradável:

Eu acho esse CAPS muito florido, cheio de planta, muito verdinho. Acho bom por que eu gosto de planta. Eu me sinto bem aqui. BJ12.

Eu cheguei no banheiro daqui e é muito bom, pode entrar alí. O banheiro daqui parece de restaurante chique, sabe? Límpido, tem papel higiênico, toalha de rosto, a cerâmica bem branquinha. A X, que trabalha na limpeza daqui, sempre tá passando o pano lá, pode prestar atenção. Quando você vai nos hospitais por aí, nos postos, o banheiro tá fechado ou não dá pra entrar de tão sujo. Você sabe como é, né? E aqui não, da recepção ao banheiro é bem cuidado. BJ16.

O clima do CAPS é agradável, um ambiente limpo, bonito, pintado. Eu acho muito lindo esses quadros, eu gosto muito dessas coisas. Até o chá que eles dão aqui é tão bom que eu to começando a fazer na minha casa também, por que o pessoal daqui diz que o café não é bom pra quem toma as medicações, né? RT13.

Consoante Kantorski et al (2011b), a ambiência refere-se à assistência produzida em espaço físico entendido como um espaço social e de relações interpessoais que proporciona cuidado acolhedor, resolutivo e humanizado. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica e formal dos ambientes, visto que está intrinsecamente relacionada ao conforto, à privacidade e à singularidade dos atores sociais envolvidos. A valorização do ambiente garante um maior bem-estar aos usuários e trabalhadores e possibilita espaços de intersubjetividade, potencialmente decisivos no processo de atenção psicossocial (KANTORSKI et al, 2011b).

C2. Humanização e acolhimento

Conforme será visto neste tópico, a humanização foi um aspecto reverenciado frequentemente pelos usuários quando se trata de suas percepções acerca da qualidade do atendimento. A dimensão acolhimento foi um dos aspectos mais evocativos, compreendendo o cuidado ofertado por profissionais da recepção, da triagem e dos atendimentos individuais e grupais.

Entendemos por acolhimento um dispositivo tecnológico que acontece nos microespaços das relações (SANTOS; ASSIS, 2006) nos diferentes momentos do trabalho de um serviço de saúde, apresentando-se como uma etapa do processo de cuidado (MERHY, 2002). A manifestação do acolhimento, como dimensão da humanização, é relatada por usuários do CAPSbj como atitude de respeito, escuta e olhar do profissional que recebe e atende o usuário:

Na verdade, atendimento de qualidade é aquele que trata a gente bem, que recebe a gente bem, que trata com respeito, ouça (ouve) o que a gente tem a dizer. BJ1.

O atendimento de qualidade é ir pra sala do doutor e ele nunca mandar o paciente se calar. É ele ouvir, deixar você desabafar. BJ16.

Os usuários do CAPSrt reiteram a importância da humanização como quesito para garantir a qualidade do atendimento. Sabemos que a ideia de humanização assume lugar de destaque na reorientação do SUS, visto que busca superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade das ações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI; MERCADO, 2006). A alteração desse modelo assistencial vigente só é possível com a mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no respeito e na escuta como modo de se produzir saúde (MERHY, 2002), conforme acentuado por RT1, RT6 e RT15:

Pra mim, atendimento de qualidade começa na portaria, na recepção. Qualidade é ser bem recebida como sou. Os médicos me trataram muito bem. Primeiro, é saber ouvir a paciente, né? [...] Eu sou, assim, uma pessoa com idade já avançada e já vivi um pouco, que dá mais ou menos pra entender um pouco da vida, né? Eu presto atenção em tudo, até no olhar da pessoa. RT1.

O atendimento de qualidade é a atitude de respeito dos profissionais com os pacientes. Isso é o mais importante. Não adianta você ir pra uma consulta só pra pegar a receita e o médico não olhar pra sua cara. RT6.

Atendimento de qualidade é você tratar o outro assim como você gostaria que te tratassem. Os profissionais daqui são bons, por que tá com você, querendo sem bem estar. Por isso procuro também passar afeto aqui no CAPS. O importante é botar um profissional que trate bem, com respeito, sem desaforo. Todo mundo quer ser bem recebido, não é verdade? RT15.

O acolhimento é consolidado por meio de atitudes evidenciadas, no caso em tela, nas relações intersubjetivas diariamente estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços. Longe de representar uma abstração ou utopia de materialização difícil, o acolhimento se traduz por gestos simples com forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam os usuários pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos

a serem realizados por meio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas dos usuários, dentre tantas outras atitudes humanizadoras, passíveis de operar, se respeitada a ética da alteridade (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Ainda de acordo com Carvalho, Bosi e Freire (2008), uma atitude ética no cuidado à saúde implica uma “disponibilidade pessoal, em que cada profissional permite ser afetado por uma outra via não-teórica e de não-isenção: a dos sentidos, dos afetos e a da abertura ao outro, que exige uma abertura a novos diálogos e a uma contínua reflexão”. (p. 705).

A escuta atenta e sensível é uma atitude devida relevante no ato de cuidar das pessoas, visto que vai além da ação de ouvir o que o outro diz. Escutar significa esforçar-se para compreender o que está sendo narrado, valorizando o que está sendo dito e, conseqüentemente, importando-se com aquele que fala. É na escuta que o profissional possibilita estabelecer vínculo com o usuário e torna-se capaz de interpretá-lo apropriadamente no que concerne aos aspectos que influem no seu processo saúde-doença. A escuta representa uma relação de respeito à pessoa em sofrimento psíquico, pois a acolhida dos anseios, angústias e necessidades pode ser desvelada (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Escutar atentamente denota captar o dito e o não-dito do usuário. Desse modo, não só o conteúdo da fala é considerado, mas também a entonação da voz, os gestos, o olhar, o silêncio e outros comportamentos não verbais que, muitas vezes, traduzem a realidade com maior eficácia do que o componente verbal (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008). A escuta parece ser um ponto muito valorizado pelos usuários, estando comumente associada ao diálogo e à atenção em diversas entrevistas concedidas no CAPSbj:

Eu penso assim né? Pro atendimento ter qualidade tem que atender as pessoas melhor, né? Porque as vezes você chega no hospital com uma dor e a pessoa nem liga, num dá atenção. Tem médico que só risca a receita e diz o que tem que tomar e pronto. Num pergunta o que tem, o que tá sentindo, manda logo embora. Eu gosto quando escuta, conversa, quando pergunta o que sente. BJ9.

Eu gosto dos profissionais que tem mais simpatia, que conversa mais com a gente, pergunta o que a gente tá precisando, sabe? Fica perguntando como a gente vive na nossa casa, o ocorrido, aí a gente fala. BJ10.

Um atendimento de qualidade é ter muita atenção com o paciente. A psicóloga que me atendeu entende o que eu digo, ela me escuta. Eu descobri, com nossas conversas, que eu guardava muita coisa pra mim, pra não magoar

ninguém, e que isso tem a ver com minha depressão hoje. Ela me atendeu muito bem, eu gosto dela. BJ15.

No CAPSrt, escuta e atenção também foram termos bastante recorrentes nos relatos dos usuários. Para RT9, a atenção inclui o atendimento mais imediato nas situações em que o usuário confere certa urgência. Já BJ4, usuária do CAPSbj, afirma ter sido recebida em momento de crise e valoriza este acolhimento como aspecto importante da qualidade do serviço:

O atendimento de qualidade é aquele que o médico, a enfermeira dá atenção. Eu sei que tem muito paciente pra atender e, as vezes, fica difícil de dar atenção e parar pra escutar a gente. [...] Aqui no CAPS, eles (profissionais) me dão muita atenção, mas já aconteceu uma vez que eu num tava me sentindo bem e precisei esperar pra ser atendida, por que estava cheio de gente. Mas esperar como, se a gente num tá bem? RT9.

Aí eu fui acolhida muito bem aqui. [...] A qualidade maior daqui é por que eles (os profissionais) sabem lidar com a situação, com a crise da gente quando a gente precisa. BJ4.

De acordo com Nicácio e Campos (2004), a atenção ao usuário e à família em situação de crise contribui para a desinstitucionalização do circuito psiquiátrico nos níveis prático e discursivo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) reitera tais autores, ao afirmar que “o sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações.” (p.17). A crise, representada por diferentes modos de sofrimento psíquico, exige acesso, intervenções complexas, trabalho territorial e redes de suporte, expressando a singularidade de um trabalho quase artesanal (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Ressalvamos que, embora o Ministério da Saúde e pesquisas científicas no campo da saúde mental se utilizem do termo *crise* para problematizar o papel do CAPS na condução da crise do usuário, não percebemos uma conceituação clara do que é essa *crise* e quais são os critérios para identificar quando um usuário está em crise. Sobre esta questão, nos arriscamos a tentar realizar esta definição por via da *Teoria da Crise*, de Simon (1989).

Segundo a Teoria de Simon (1989), a situação de crise reverbera na estrutura adaptativa da pessoa, existindo redução ou aumento acentuado do espaço do seu universo pessoal. Trata-se de uma situação inesperada que produz uma ruptura na vida do indivíduo, visto que este precisa acionar seus mecanismos adaptativos para lidar

com uma situação inteiramente nova e avassaladora. Nesta perspectiva, o conceito de crise é classificado em duas vertentes.

A primeira relaciona-se à crise desencadeada por perda, e esta pode gerar sentimentos em proporções elevadas que contribuem para o aparecimento de depressão e sentimento de culpa, havendo riscos de suicídio e autoagressão. Destacamos que as perdas mais comuns são: morte de um ente querido, desemprego, doenças incapacitantes e separações (SIMON, 1989).

A segunda vertente refere-se à crise por aquisição, na qual o sujeito tenta assumir uma responsabilidade, mas não se percebe capaz de suportá-la. Podemos citar como exemplos de aquisições a chegada de um filho não desejado ou a admissão para um cargo profissional em que a pessoa não se sente preparada para assumi-lo. Tais situações podem desencadear sentimentos de insegurança, inadequação, inferioridade, além de problemas de ordem psicossomática, como a depressão, a obesidade, dentre outros (SIMON, 1989).

A *crise* a que Simon (1989) se refere pode ser desencadeada em qualquer pessoa, inclusive nos indivíduos não portadores de transtornos mentais, uma vez que determinadas circunstâncias específicas da vida levam algumas pessoas aos seus limites de resiliência. Nesse sentido, a utilização de estratégias de intervenção nas situações de crise pode evitar o aparecimento ou a cronificação de transtornos mentais.

No campo da Psicologia, a estratégia preventiva mais conhecida denomina-se *Plantão Psicológico*. O *plantão* do tipo *psicológico* versa no atendimento imediato à pessoa em crise, pautado na escuta e na intervenção que enfatizem as potencialidades humanas e as autopercepções sobre uma situação-problema para a resolução desta. O objetivo é que, no máximo, em cinco atendimentos a crise já tenha sido conduzida através da reorganização da personalidade e minimização de sintomas (SCHMIDT, 2009).

Existe, contudo, outro entendimento de crise que se relaciona às *emergências psiquiátricas*. Neste caso, são pessoas que, geralmente, já possuem histórico de transtornos mentais e, diante de uma determinada situação, passam a expressar a agudez dos sintomas psicopatológicos. Muitas vezes, tais crises oferecem riscos ao próprio sujeito e às pessoas ao seu redor, visto que os comportamentos de autoagressão e de agressão aos demais podem emergir, dependendo da sintomatologia da pessoa.

Nas situações de emergência psiquiátrica, é necessário que o CAPS tenha estrutura para receber o usuário em crise, e que a equipe multidisciplinar esteja capacitada para realizar a contenção e indicar a medicação adequada. Quando se identifica a cronicidade do transtorno mental associada às situações de crise, é indicada uma proposta terapêutica não apenas de reorganização da personalidade, mas também de reestruturação da personalidade.

Assim sendo, acreditamos que o CAPS precisa estar instrumentalizado para acolher o usuário nos dois tipos de crise mencionado: a crise *contextual/existencial* e a *psiquiátrica*, atuando de maneira preventiva ou remediativa, dependendo do caso. No decorrer desta pesquisa, foi possível perceber que os dois tipos de crise foram apontados pelos usuários do CAPSbj e do CAPSrt. Diversos usuários também declaram a importância de um serviço de saúde mental que possa acolher e intervir nas situações de crise.

Uma das usuárias do CAPSbj relatou que se sentiu acolhida ao iniciar o tratamento no CAPS. Em contrapartida, se percebeu abandonada em situação de crise na época em que procurou o acesso aos serviços, visto que demorou oito meses para começar a ser atendida:

Eu tive que passar pelo posto e me deram um encaminhamento pra cá. Aí, eu tive que passar pela triagem e depois me chamaram pro Grupo da Autoestima, por que tem relaxamento. Aí, elas (facilitadoras) me ajudam super bem, foi onde eu me senti acolhida. Mas no início, eu me senti abandonada pelo CAPS, por que demoraram muito tempo pra começar o tratamento. Cheguei em Janeiro e fui ser atendida em setembro, né? Pelo que eu estava sentindo, eu podia ter tirado minha própria vida, era muito forte as coisas que eu sentia, eu ficava procurando sozinha uma janelinha, uma brechinha, uma saída, né? E não tinha ajuda de ninguém. BJ14.

Com vistas a realizar atendimentos em situações de crise e minimizar as filas de espera, conforme evidenciado por BJ14, o CAPSbj conta com o *Plantão Psicossocial*. Este se configura por uma modalidade de atendimento de breve duração que oferece suporte imediato à pessoa em estado de sofrimento psíquico por meio do acolhimento e da escuta. Quando há necessidade imediata de resolver questões relacionadas à receita médica, ao passe de transporte, aos benefícios sociais ou à entrega de medicamentos, o *Plantão Psicossocial* também oferece, diariamente, atendimentos com profissionais das diversas categorias que atuam de acordo com a demanda imediata. Para usufruir deste serviço, não é necessário marcar consulta, bastando apenas recorrer ao CAPSbj no seu horário de funcionamento, onde psicólogos, assistentes

sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiras e farmacêutica revezam horários para realizar atendimentos de plantão.

De acordo com a gestora do CAPSbj, os usuários já cadastrados no CAPS e que recorrem à instituição em situação de *crise psiquiátrica*, tem a equipe articulada para recebê-lo. Caso não haja médico no serviço no momento da crise, o psiquiatra de referência do usuário é contatado para realizar as intervenções necessárias. São realizadas algumas medidas de rotina, como o atendimento ao acompanhante, a aplicação de medicação de urgência no usuário e diálogo posterior ao período de crise. Se o usuário não apresentar melhora, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é acionado e ele é direcionado para internação. Quando a pessoa que chega em crise ainda não é usuário cadastrado do CAPS, a equipe recebe a pessoa e o médico faz uma avaliação para decidir a melhor intervenção medicamentosa, mas, se não houver médico naquele momento, a pessoa é encaminhada ao hospital psiquiátrico.

No caso do CAPSrt, não há a ideia de um Plantão Psicossocial, mas a gestora garante que a instituição segue uma filosofia de acolhimento, onde todas as pessoas que recorrem ao CAPS são acolhidas pelo profissional que estiver disponível na instituição. Segundo a coordenadora, existe abertura na agenda de todos os profissionais para realizar esse acolhimento. De acordo com o Relatório Quantitativo do CAPSrt, 6.746 pessoas foram acolhidas na instituição e 231 usuários passaram por uma avaliação multidisciplinar para adentrar serviços do CAPSrt no ano de 2011.

Consoante Godoy (2009), o CAPSrt não costuma atender a situações de crise. As justificativas alegadas para isto são: a falta de estrutura de serviço, a falta de preparo dos profissionais, a inexistência de psiquiatra durante todos os horários de funcionamento do CAPS, a grande demanda do serviço e a necessidade de realização de um curso de contenção física; porém, a atual gestão afirma que são raros os usuários que desencadeiam alguma crise no próprio CAPS ou que buscam o serviço nessa situação. A coordenadora do CAPSrt avalia que o aparecimento de poucas crises reflete o acompanhamento e acolhimento contínuos que a equipe realiza junto com os usuários na instituição, onde há a garantia de uma consulta com o psiquiatra, no máximo, a cada dois meses. Quando a crise acontece, o usuário é acolhido e medicado no leito do consultório da Enfermagem, sendo, em último caso, solicitada uma ambulância do SAMU para direcionar o usuário ao hospital psiquiátrico.

A coordenadora do CAPSrt acrescenta que muitas vezes a crise do usuário é

exacerbada no contexto da família, visto que muitos não sabem lidar com uma pessoa portadora de transtorno mental. Desse modo, o CAPSrt realiza dois grupos terapêuticos com familiares para orientar, dar suporte e cuidar dos familiares que também são cuidadores diretos dos usuários.

Sobre a humanização, RT10 e RT11 acreditam que a atenção médica deve ir além da prescrição e do controle de medicamentos, visto que, nas suas perspectivas, o atendimento de qualidade perpassa a dialogicidade entre profissional-usuário:

Um atendimento de qualidade é dá atenção a gente, é ouvir a gente. Não gosto da consulta que só passa o remédio e pergunta se a gente tá tomando o remédio e pronto; não conversa com a gente. RT10.

Se eu to sentindo alguma coisa e vou ao médico, não acho bom o médico perguntar apenas sobre as caixas dos remédios. Ele tem que entender o que eu to sentindo, o que tá acontecendo comigo. É como acontece aqui comigo, eu converso muito com o Dr X (psiquiatra). O jeito da pessoa, isso é muito importante pra mim. Quando eu vejo que um médico não me atende bem, eu penso logo que ele não tem estudo. Um atendimento de qualidade é uma coisa que você se sente bem, que você é tratada bem, isso já é tudo, principalmente quando o seu problema de saúde é psicológico. RT13.

Este entendimento corrobora as ideias de Merhy (2002) acerca do trabalho vivo em saúde, no qual a produção de um cuidado humanizado é centrado, prioritariamente, no uso das tecnologias leves. Para o autor, tais tecnologias compreendem as relações de interação e intersubjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e responsabilização.

Chama-nos atenção o final do trecho da fala de RT13, onde a usuária adverte o valor da humanização quando se trata, principalmente, do cuidado em saúde mental. Esta valorização percebida pela usuária consta nos princípios norteadores das políticas de saúde mental, onde a humanização ganha papel de destaque para consolidar o ideário da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, garantindo o resgate e a preservação da cidadania dos portadores de transtornos mentais.

A capilarização da humanização em saúde mental se expressa: no aniquilamento das punições corporais e mentais camufladas em técnicas terapêuticas, no término do excesso medicamentoso; na liberação da fala e interstício de sua escuta; na garantia dos direitos dos usuários; e, especialmente, no reordenamento das interações dos profissionais de saúde entre si e de suas relações com os usuários. Assim sendo, os empreendimentos de humanização no campo da saúde mental se constituem, antes de tudo, como uma veemência de libertação (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Conforme observado por usuários do CAPSbj e do CAPSrt, a humanização também se apresenta na necessidade de ter maior tempo com o profissional de saúde, visto que a atenção, a escuta e o diálogo precedem de um determinado tempo. BJ13, embora compreenda a quantidade de atendimentos que o profissional realiza por dia, acredita que o atendimento de qualidade precisa de tempo. Já RT5 relata que o profissional precisa conversar e ter paciência com o usuário, de tal modo que a disponibilidade de tempo se torna necessária para o estabelecimento do diálogo. RT10, por sua vez, clama por atenção e por diálogo como necessidade iminente:

O atendimento de qualidade é quando o médico dá atenção, quando tem um tempo maior pra escutar o paciente. Eu entendo que, às vezes, não é má vontade do médico, por que tem muita gente pra atender e ele acaba fazendo um atendimento curto, mas eu prefiro quando tem mais tempo. BJ13.

Acho que aqui o profissional deveria ter mais paciência com os usuários, mais atenção. Às vezes, a gente precisa de um afago, de conversar, e o profissional não tem um tempinho pra falar com a gente. RT5.

A minha consulta com o médico é muito rápida, mas eu vejo que os outros pacientes só faltam não sair da sala. E eu preciso de tempo pra conversar, por que eu tenho muitos problemas. RT10.

Sobre o tempo, vale ressaltar que sua vivência é óptica e ontológica (HEIDEGGER, 2006), ou seja, o usuário experimenta um tempo cronológico, situado no espaço, em que é possível precisar a quantidade de minutos que permanece com o profissional na sala de atendimento; entretanto, existe o tempo demarcado pela experiência vivida e compartilhada entre profissional e usuário que permite a implicação e a construção de sentidos na relação, de modo singular. Isso significa que, além do aspecto quantitativo, existe uma dimensão qualitativa do tempo, em que o usuário pode se sentir contemplado nas suas necessidades em pouco tempo de atendimento, mas insuficientemente compreendido em longo tempo cronometrado.

Essa perspectiva sobre temporalidade não pormenoriza a importância da quantidade de tempo com o usuário de saúde mental, visto que o tempo é necessário para que o processo terapêutico permita *insights*, resignificação e elaboração de sentidos no cuidado. O relato de BJ15 corrobora este entendimento, ao afirmar que necessita de um tempo maior para identificar as causas de seu sofrimento psíquico:

Eu acho que os profissionais só deveria ter mais tempo com a gente. [...] Hoje, no CAPS, a gente não tem muito tempo pra falar o que pensa. Eu acho que tá demorando mais pra eu me recuperar dessa vez por causa disso, por

que a gente não tem o tempo necessário pra falar o que pensa. É tudo mais rápido. E a gente precisa de tempo pra falar, pra tirar as dúvidas, pra descobrir a raiz da doença, o que é que tá causando, por que a cada dia eu vou descobrindo o motivo de eu estar assim, entendeu? BJ15.

Torna-se salutar, porém, questionar a qualidade desse tempo na interação profissional-usuário, visto que se alvitram presença, escuta sensível e diálogo no que tange ao cuidado dispensado.

No que se refere ao tempo ôntico/cronológico, é importante destacar alguns desafios que impedem o profissional de dedicar maior tempo de atendimento com cada usuário no atual sistema público de saúde. A ênfase na produtividade e a sobrecarga de trabalho, por exemplo, desmotivam e impossibilitam, por vezes, um atendimento duradouro e interativo, tornando desumanas as próprias condições de trabalho do profissional cuidador (LACAZ; SATO, 2006).

No caso do CAPSbj, verifica-se que a institucionalização do CAPS no MSMCBJ afetou a qualidade da interação e do tempo entre os usuários e os profissionais. Os usuários mais antigos relataram que, na época em que havia apenas o MSMCBJ, as consultas individuais e as atividades grupais demoravam mais tempo, havia mais proximidade com os profissionais e menos sobrecarga de demanda de usuários. Em contrapartida, a chegada do CAPSbj ampliou o acesso aos serviços de saúde mental e respondeu às demandas de crise do território, evitando internações em hospitais psiquiátricos.

Conforme observado, o CAPSbj exhibe, atualmente, o quadro de apenas um psiquiatra para atender à demanda de usuários de toda a instituição que necessita do Serviço de Psiquiatria. O atual quadro crítico do Serviço de Psiquiatria decorre de pedidos de demissões sucessivas em curto período e da escassez de médicos que se adequem à proposta institucional ou aceitem trabalhar em área de vulnerabilidade social por baixos salários. Este cenário é contextual, visto que, até 2010, o CAPSbj contava com quatro psiquiatras. Apesar das dificuldades concernentes às condições de trabalho, o CAPSbj oferece constantemente aos profissionais capacitações (Saúde Mental; Massoterapia; Abordagem Sistêmica Comunitária; Prevenção de Dependência Química) e práticas de autocuidado.

Com relação ao CAPSrt, ainda há uma sobrecarga de usuários pelo fato de este ser o primeiro CAPS de Fortaleza, onde muitos usuários de outras SER e até de outros municípios adjacentes continuam sendo atendidos no CAPSrt em decorrência do

vínculo estabelecido dos seus usuários com os profissionais e com a instituição. Ante tal realidade, alguns profissionais do CAPSrt estão realizando nítidos esforços de matriciamento na sua área de abrangência, identificando os usuários de outras SER e encaminhando-os para outros CAPS de modo responsável. De acordo com a coordenadora do CAPSrt, houve toda uma preparação desses usuários para as respectivas transferências territoriais, considerando suas resistências e vínculos estabelecidos.

Os encaminhamentos do CAPSrt acontecem também no processo de alta do usuários que já foram tratados e não se enquadram mais no perfil do CAPS. Entende-se que tais usuários já podem ser acompanhados nas UBS pelas equipes da atenção básica com a supervisão e as visitas compartilhadas das equipes de matriciamento dos CAPS da SER III. Esses usuários podem, igualmente, ser encaminhados para as terapias complementares que acontecem no território. Esse processo começou a acontecer em 2006, uma vez que o CAPSrt passou a se organizar e se estruturar melhor, conforme a política de saúde mental, após a criação de mais CAPS no Município de Fortaleza. Antes desse período, o CAPSrt absorvia toda a demanda de saúde mental, incluindo casos de neurologia sem comorbidade patogênica de transtornos mentais.

No CAPSbj, os encaminhamentos e a alta são bastante discutidos no planejamento, visto que tanto alguns profissionais como usuários têm dificuldade de quebrar os vínculos estabelecidos. Em algumas situações, os usuários têm alta do médico, mas continuam participando das atividades terapêuticas grupais. Há outros casos de usuários que não querem ser desligados do serviço quando recebem alta total, mas o CAPSbj busca mostrar outras formas de eles estarem inseridos na comunidade.

Sobre esse processo de matriciamento e encaminhamentos de usuários do CAPS para outros dispositivos de saúde, foi observada, durante uma atividade intitulada “Acolhida CAPS”, uma intervenção iatrogênica no CAPSbj. A profissional que facilitou esse encontro avisou ao grupo que muitos pacientes seriam desligados da instituição, haja vista a carência de psiquiatras e um número grande de pacientes inscritos com transtornos mentais leves, contrapondo-se à proposta do CAPS de receber apenas pacientes com transtornos graves e persistentes. A fala proferida pela facilitadora, imediatamente, provocou apreensão no grupo de usuários que estava presente, reverberando horas depois na entrevista realizada com BJ1:

Eu espero que eu continue recebendo atendimento aqui porque ela (assistente social) disse que ia tirar a gente, que ia botar pra outro canto quem não tem transtornos graves. Eu não queria isso e nem quero. Eu tenho síndrome do pânico e espero que eu não seja uma dessas pessoas que vai sair daqui. E eu quero ficar boa, né? BJ1.

O relato de BJ1 assinala a importância de os CAPS realizarem encaminhamentos interinstitucionais de forma cuidadosa para garantir a continuidade e o acesso aos serviços de saúde mental, visto que a humanização interfaceia o acolhimento e o acesso. O acesso aos recursos e atendimentos oferecidos é o primeiro passo para que os usuários possam participar, avaliar e retornar ao local de atenção para dar continuidade ao cuidado (COHN, 1999).

Os termos acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Portanto, é a forma como o usuário de saúde mental experimenta o serviço de saúde (STARFIELD, 2002). A respeito de acesso e acessibilidade, BJ1 e RT3 apontam a importância da localização estratégica do CAPS como algo que facilita a sua locomoção e acesso. BJ7 e RT10³³ apontam as dificuldades de acesso aos Serviços de Psiquiatria e Psicologia, respectivamente:

E aqui é mais cômodo, por que é bem pertinho da minha casa. Não preciso pegar ônibus. Eu venho a pé, sabe? Se fosse longe, eu num viria não. BJ1.

Aqui é muito legal, por que fica bem próximo da minha casa. O outro CAPS que eu ia tinha que pegar 3 ônibus pra chegar, era muito ruim. RT3.

Só o problema que esse CAPS tem é que não tem mais médico. Faz dois meses que estou sem médico, porque minha receita é de dois em dois meses, né? Aí, de repente me mandam um médico só pra escrever a receita. BJ7.

Eu precisava era de uma psicóloga que conversasse comigo, mas não me indicam. Minha filha é muito rebelde, eu tenho muitos problemas, sabe? Faz tempo que eu peço uma consulta de psicóloga no individual e não consigo. RT10.

³³ Deve-se levar em consideração que a usuária RT10 apresenta comportamentos de manipulação com a equipe do CAPSrt. Conforme pôde ser observado, a usuária chegou a simular desmaios para chamar atenção dos profissionais. Frequentemente, RT10 se vitimava ou alega não receber atenção suficiente da equipe. O caso de RT10 foi discutido com a equipe multidisciplinar a fim alinhar as reações e as posturas dos profissionais ante o comportamento manipulador de RT10, tornando as interações entre equipe-usuária também terapêuticas. Esse contexto leva-nos a questionar se a dificuldade de acesso ao Serviço de Psicologia realmente procede. O prontuário de RT10 indica que a usuária já foi atendida por diversos profissionais do CAPSrt.

Vale ressaltar que o acesso possui três subcategorias: geográfico, econômico e funcional. Quando se alude ao acesso geográfico, caracteriza-se a forma de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, conforme identificado no relato de BJ1. Já o acesso econômico se refere ao custo deste deslocamento, que é proporcional à distância de sua moradia, e aos gastos com o tratamento. O acesso funcional, por sua vez, envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o usuário necessita, incluindo os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento (ADAMI, 1993; UNGLERT, 1995). Este último foi apontado por BJ7 e RT10.

Outro aspecto importante do acesso relaciona-se à aceitação dos serviços de saúde ofertados para a população. Ainda que um serviço exista e esteja disponível, isso não significa que os usuários irão aceitá-lo, visto que a competência técnica dispensada pelos profissionais e a relação estabelecida no cuidado podem ensejar ausência de confiabilidade (ADAMI, 1993). Relativamente à aceitação dos serviços e competência profissional, os usuários dos distintos CAPS deste estudo não narraram nenhuma experiência difícil que informasse este aspecto do acesso.

Além do acesso, a humanização está intimamente relacionada à adesão ao tratamento proposto. Para Carvalho e Cunha (2006), congregar os aspectos subjetivos dos usuários ao projeto terapêutico aumenta a resolubilidade do serviço, a adesão ao tratamento e gera maiores responsabilidades na produção do cuidado. A cordialidade dos profissionais pode contribuir para a adesão e para a continuidade do cuidado. Tal perspectiva é corroborada por RT1 e BJ2:

Então, se eu sou mal tratada, eu não vou mais ali naquela unidade! Eu vou fazer o que ali, se estou sendo maltratada? Se você está me vendo aqui é por que eu sou bem tratada. RT1.

Eu fui bem tratada aqui, eu gostei do ambiente, eles (profissionais) falam direito com a gente, não é ignorante. Isso faz com que a gente continue vindo pra cá. BJ2.

Pesquisas científicas apontam diversos fatores para a não adesão à terapêutica, tais como: a falta de acesso aos medicamentos; efeitos colaterais e interferência no cotidiano; especificidades de determinadas doenças que, além do acompanhamento profissional contínuo, exigem mudança de estilo de vida do usuário; a confiança depositada na equipe de saúde; atitudes dos profissionais, como linguagem apropriada, tempo dispensado no atendimento e respeito às verbalizações e

questionamentos do usuário; a aceitação da própria doença pelo usuário; e o meio sociocultural (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Alguns desses fatores de não aderência associados, especificamente, à assistência em saúde mental, foram mencionados no decorrer desta pesquisa pelos usuários; porém, não é possível afirmar com precisão quais fatores influenciam mais no processo de adesão às terapêuticas oferecidas pelo CAPSbj e CAPSrt, visto que este não é o recorte da nossa pesquisa; todavia, alguns relatos sugerem que a falta de humanização no serviço representa um entrave relevante para o fenômeno da escolha pela adesão ou não adesão.

Ante o exposto, reconhecemos que a humanização em saúde mental está intimamente relacionada à atitude dos profissionais de saúde, na qual a escuta, o olhar, o respeito e o diálogo foram os aspectos mais apontados pelos usuários dos distintos CAPS em questão, afetando, inclusive, na adesão e na continuidade do tratamento. O acolhimento, o acesso, o tempo disponibilizado nas consultas individual e grupal e os atendimentos imediatos em situações de crise também foram pontos levantados pelos usuários como quesitos importantes da qualidade da atenção.

C3. Integralidade e Clínica Ampliada

As expressões da integralidade e da estratégia da clínica ampliada nas práticas de saúde perpassaram alguns relatos dos usuários que participaram desta pesquisa e que puderam ser legitimadas nas observações de campo. A percepção de um trabalho interdisciplinar e holístico nas atividades grupais constituiu a maior parte dos discursos dos usuários no que concerne a uma atenção integral.

Percebemos, por intermédio de RT2, que o acompanhamento psicológico associado às atividades artísticas e laborais, desenvolvidas por profissionais de diferentes áreas, contribuem para um cuidado interdisciplinar no CAPSrt.

Eu comecei aqui fazendo terapia psicológica de conversação com a Dra X (Assistente social) e a Dra Y (psicóloga), e isso me ajuda a desabafar. Aí fiz relaxamento e depois providenciaram pra mim a terapia musical. Eu gosto muito de música por que minha mãe cantava, ela era música. [...] Participei também do grupo de artes plásticas, eu adoro fazer desenho e atividades manuais. Fiz um curso de biscuit, só que agora tá de recesso. Eu gosto de todas essas atividades. Então assim, né? São várias atividades com profissionais diferentes que ajudam o tratamento da gente. RT2.

A teorização do trabalho interdisciplinar é relativamente antiga. Não obstante sua aplicação no campo da saúde, ainda é um desafio a ser transposto em razão dos poderes instituídos em determinadas categorias de saúde, dos problemas de ordem estrutural, à hegemonia de práticas isoladas oriundas de graduações com currículos de cunho biomédico, dentre outras dificuldades. Apesar da fragmentação do cuidado em muitas instituições de saúde, já se reconhecem a complexidade do processo de adoecer humano e a importância de uma clínica ampliada a fim de atender o sujeito em sua totalidade.

A interdisciplinaridade na saúde não consiste em reduzir os conhecimentos e técnicas a um denominador comum, assolando sua especificidade, nem dissolver conteúdos em práticas esvaziadas que nada explicam ou resolvem. Na verdade, a proposta interdisciplinar deve ser uma intercessora que possibilite a compreensão do sujeito que sofre mediante a cooperação crítica e criativa consensualmente construída entre os profissionais. Destarte, a interdisciplinaridade é considerada uma inter-relação e interação das disciplinas, a fim de alcançar um objetivo comum, buscando o diálogo com outras formas de conhecimento e de metodologias, na tentativa de estabelecer um novo saber e um novo fazer (TAVARES, 2005).

No campo da saúde mental, o novo paradigma da atenção psicossocial agrega ao seu objeto de estudo aspectos psíquicos e sociais, sobrepondo críticas radicais às práticas psiquiátricas tradicionais e apresentando a interdisciplinaridade como exigência, ao apoiar seus fundamentos na horizontalização das relações dos profissionais entre si e dos profissionais com os usuários (TAVARES, 2005).

Conforme detectado nas observações de campo, profissionais de diferentes áreas do CAPSbj e do CAPSrt desenvolviam práticas interdisciplinares em dupla para facilitar grupos terapêuticos semanalmente, com exceção da categoria médica, que realizava exclusivamente consultas individuais. Apesar desta constatação, alguns usuários relataram que, durante as consultas, os psiquiatras valorizavam e incentivavam a participação dos usuários nas atividades em grupo.

Ressalvamos também o fato de que os profissionais do CAPSbj e do CAPSrt se reúnem uma vez por semana para discutir os casos clínicos, metodologias de ação e dificuldades enfrentadas no cotidiano das práticas, promovendo um olhar mais interdisciplinar e ampliado das ações. O CAPSbj, por exemplo, divide essas reuniões

semanais em três momentos: acolhimento, discussão de casos e aspectos administrativos.

Chama-nos atenção o depoimento de RT6, usuária do CAPSrt, que consegue distinguir as especificidades das ações e dos conhecimentos de diferentes profissionais, reconhecendo igualmente a importância da integração desses profissionais no processo do cuidado:

Eu participei do “Canta CAPS” com a Dra X, enfermeira. A gente tinha aula de música, tocava instrumento, fazia peça de teatro, muito interessante, muito bom. Participei também do grupo de arteterapia com a Dra Y, assistente social, e com o Z, artista plástico. Tinha outro grupo que a gente fazia uma roda, se alongava e cada um contava o seu depoimento, sua história. Muito interessante por que a gente trocava experiências, isso é importante. O bom é que são profissionais diferentes, que tem aquele cuidado, aquela atenção toda, e cada um tem um modo diferente de trabalhar, um conhecimento diferente. RT6.

O trecho deste relato sugere a manifestação da clínica ampliada no serviço de saúde mental em questão. A clínica ampliada refere-se à utilização de saberes e práticas de saúde contextualizadas socioculturalmente e instrumentalizadas pela técnica para dar respostas singulares às demandas de saúde com nítido apelo à intersubjetividade das ações. O objetivo primordial da clínica ampliada é estabelecer vínculos com a comunidade, valorizando suas narrativas desde uma escuta presente e uma postura ética e humanizadora (FAVORETO, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, a clínica ampliada utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela, a formação de vínculo, a elaboração do projeto terapêutico conforme a necessidade que cada caso requeira e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença na tentativa de consolidar o princípio da integralidade (BRASIL, 2009b).

A clínica ampliada entende que as pessoas não se limitam às expressões sintomatológicas, visto que são influenciadas pela história social, cultural e psíquica. Esta constatação significa dizer que a clínica ampliada visa à pactuação entre profissionais e usuários, possibilitando a participação e a autonomia daquele que sofre. Neste aporte, a clínica ampliada busca uma negociação simbólica entre seus diversos atores sociais, na tentativa de garantir a integralidade nas práticas de saúde, além de qualificar respostas às demandas dos usuários.

No relato de BJ11, é possível perceber a oferta diversificada de atividades no CAPSbj em que a usuária acredita que vários profissionais têm entendimento da sua demanda e compreendem as suas necessidades:

Eu já tenho 5 anos de CAPS aqui. Participo da horta, do grupo da expressão corporal e eu me sinto muito bem aqui. Quando eu venho pra cá, só falto num querer voltar mais pra casa. Gosto muito daqui. Aqui tem muitas coisas boas pra oferecer para os pacientes, participar das atividades, a psicóloga pergunta como é que a gente tá. Aí tudo vai pro prontuário da pessoa e eles (profissionais) sabem do que eu to precisando. O médico pergunta se a gente tá tomando o remédio, se a gente tá se sentindo bem. Aí eu digo que tô bem, né? São vários profissionais, né? BJ11.

Outro usuário do CAPSbj confere relevo ao aprendizado constituído com os variados profissionais de saúde, incluindo os benefícios de ordem biológica, psíquica e espiritual advindos das atividades de grupo:

Todos os grupos são importantes, faz parte do aprendizado, do tratamento. Cada dia que passa, a pessoa vai vivendo e aprendendo um pouco com todos os profissionais. No coral, eu aprendo a exercitar a voz. No aniversário do CAPS, eu cantei uma música, sabia? [...] No grupo de expressão corporal, você exercita a mente, é bom pro corpo, é bom pra alma, é bom pra tudo. Toda quarta é diferente, envolve dança, relaxamento, tudo. Na contação de histórias é bom também. BJ8.

Consoante Tavares (2005), o trabalho em saúde mental evoca a interdisciplinaridade como imperativo inerente ao seu campo de atuação, porquanto os usuários demandam simultaneamente questões atreladas às relações sociais, às expressões emocionais, afetivas e biológicas. Nesse sentido, torna-se necessário que o profissional possa formar vínculos, acolher o sofrimento, constituir uma prática criativa e solidária e saber transitar por uma contingência complexa e multidimensional em prol da reabilitação psicossocial de seus usuários.

A reabilitação psicossocial é um dispositivo importante no processo da Reforma Psiquiátrica, que visa à reinserção social e à autonomia dos usuários por meio da facilitação de suas potencialidades e do respeito aos seus limites impostos pelo sofrimento psíquico intenso. Ressalvamos, contudo, que o termo *reabilitar* não pode significar uma estratégia de reabilitar o desabilitado por meio do retorno à normalidade, denotando uma noção de ortopedia e de mecanização ao tratamento do usuário. Trata-se de facilitar espaços e novos sentidos de reaver o protagonismo e a cidadania dos usuários. Obviamente, esta tarefa não é nada fácil, visto que a tentativa de inclusão do

usuário na sociedade pode incursionar numa exclusão por parte dela mesma, caso não haja a criação de um novo lugar social da loucura (PINTO; FERREIRA, 2010).

O resultado do processo de reabilitação psicossocial, que busca integrar o sujeito ao seu meio social, apareceu em algumas entrevistas concedidas pelos usuários. Uma usuária do CAPSbj relata sua participação no grupo produtivo, de modo a profissionalizá-la e inseri-la no mercado de trabalho:

Minha irmã procurou esse CAPS pra mim por que eu só vivia internada no X (Hospital psiquiátrico). Eu comecei a fazer aqui aquele fuxiquim que tem, né? A gente marca o paninho com o risco de um copo. Aí costura e a gente faz tipo uma florzinha, uma bolinha, pra depois emendar. Eu passo o dia fazendo isso, fuxicando, pra ajudar lá em casa. Eu também vendo, se quiser. Eu faço cortina, toalha de mesa. Eu achava o grupo produtivo do fuxico muito bom por que eu aprendia a fazer outras coisas, a fazer boneca, roupinha, por que eles (profissionais) ensinam a gente. BJ12.

Durante as observações de campo, constatamos também que alguns usuários estavam empregados com carteira assinada em uma empresa parceira do CASPSrt. Já no CAPSbj foi observado que pinturas em quadro e artesanato desenvolvidos por usuários com recursos da instituição já foram expostos à venda na Casa de Aprendizagem, em feiras e em alguns eventos promovidos pelo CAPS e pelo MSMCBJ. Os esforços das referidas instituições de reinserção social coadunam-se com a ideia de integralidade em que o homem é um ser integral e deve ser atendido por um sistema integrado, entendendo a importância da integração do sujeito ao seu meio social e laboral.

Tal perspectiva de integralidade, que se contrapõe à objetivação do sujeito, ressoa no discurso dos entrevistados como algo passível de ser detectado. O relato de RT2 assinala que os profissionais são capazes de enxergá-la como ser humano, além de um objeto de intervenção medicamentosa:

Mesmo sendo profissionais, eles conseguem ver a gente como ser humano, e não apenas um paciente que você vai encher de medicamento. RT2.

A coisificação do sujeito e seu reducionismo atrelado prioritariamente aos sintomas e à doença são aspectos que ainda persistem nos cenários de saúde e que procuram ser superados por intermédio da integralidade e da humanização do cuidado. Portanto, o relato de RT2 nos leva a crer que as mudanças no campo da saúde mental já começam a transitar não apenas no plano estrutural, mas também no esteio discursivo e das interações.

Sabemos que, além do reducionismo biológico, a lógica de repetidos encaminhamentos, desprovidos de acolhimento e resolubilidade, fere imensamente o princípio da integralidade. RT10 parece já ter vivenciado essa experiência de encaminhamentos que denunciam a ausência de responsabilização do serviço, mas garante que no CAPSrt essa realidade não acontece:

Tem profissional que nem liga, que fica passando o paciente pra outro profissional, que encaminha pra outro, depois pra outro e num resolve nada. Aqui no CAPS é diferente. Eu faço terapia de grupo com a Dra X (psicóloga) e sou atendida pelo Dr. Y (psiquiatra), é uma equipe muito boa, né? O tratamento é muito bom. RT10.

A responsabilidade compartilhada entre os profissionais da equipe interdisciplinar e a corresponsabilidade do cuidado com os próprios usuários é um dos principais compromissos do CAPS para a efetivação da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2004). Assim sendo, a política da integralidade e da humanização do cuidado em saúde precisa ser uma ferramenta de transferência de um poder centralizado, que abrange naturalmente risco e responsabilidade, para um poder compartilhado, no qual profissionais, usuários e gestores possam sustentar o delicado processo de prevenção e assistência em saúde mental (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Sobre a responsabilidade compartilhada no CAPSrt, destacamos o exemplo de RT4, usuário entrevistado nesta pesquisa. Conforme relatos de profissionais e da gestora, RT4 chegou há cinco anos ao CAPS com sintomas psicopatológicos exacerbados, desorientado, com a higiene precária e vivendo em situação de extrema miséria. RT4 era considerado o “louco” da rua em que morava e chegava a receber pedradas dos residentes do bairro. O RT4 foi acolhido pela equipe do CAPS, e foi necessário realizar iniciativas conjuntas para atender as demandas do referido usuário. As assistentes sociais localizaram familiares de RT4 para motivá-los a participar do projeto terapêutico do usuário, acionaram o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) para providenciar a carteira de identidade de RT4 e conseguiram benefícios do governo para melhorar a renda da família do usuário. Rapidamente, RT4 foi avaliado e começou seu processo de cuidado na modalidade de atendimento intensivo, em que psiquiatras, psicólogas, terapeutas ocupacionais e artistas inseriam o usuário nas seguintes atividades: consultas individuais, Grupo de

Arteterapia, Atividades de Vida Diária, Terapia Musical, Psicoterapia de Grupo, Grupo de Psicomotricidade. Atualmente, o usuário denota quadro estável com redução sintomática e mostrou-se orientado espacial e temporalmente no dia da entrevista.

No que tange à integralidade nos modos de organizar os serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade e do funcionamento em rede, as observações de campo evidenciam que a cogestão entre o CAPSbj e o MSMCBJ facilita a comunicação interinstitucional entre os profissionais da saúde mental e os trabalhadores do Movimento que desenvolvem projetos relacionados à educação, à cultura e à profissionalização.

Esta realidade permite que usuários do CAPSbj possam participar igualmente das atividades oferecidas pelo Movimento, tais como: Telecentro Comunitário do Bom Jardim (atividades de inclusão digital e social por meio do uso das tecnologias da informação e comunicação), Ponto de Cultura Casa AME (espaço de lazer e cultura que proporciona Arte, Música e Espetáculo), dentre as atividades terapêuticas já apontadas nesta pesquisa. Tais atividades vinculadas à educação, à profissionalização, à cultura e à arte, oferecidas pelo MSMCBJ, potencializam as ações intersetoriais do CAPSbj. Acrescenta-se que os profissionais do Movimento são capacitados e treinados para receber portadores de transtornos mentais, constituindo-se como espaço diferenciado em relação aos outros equipamentos de saúde que, muitas vezes, não estão preparados para atender este público. A comunicação estabelecida entre os profissionais do CAPSbj e do Movimento também facilita o processo de cuidado do usuário.

De acordo com a coordenadora do CAPSbj, trabalhadores de algumas entidades da Prefeitura encontram-se mensalmente, tais como: CAPSbj, CAPSad (SER III), Raízes da Cidadania³⁴, CRAS, etc. Cada mês, um profissional fica responsável por essa articulação.

³⁴ Raízes da Cidadania integra a Secretaria de Direitos Humanos que considera as especificidades dos territórios e liga-se fortemente às organizações da sociedade civil. “Trata-se, portanto, de uma gestão de ações compartilhadas entre poder público municipal e comunidades, através do intercâmbio de conhecimentos sobre direitos humanos, do fomento à participação popular e da identificação dos potenciais criativos das comunidades. Cada unidade das Raízes conta com uma equipe formada por assistente social, psicólogo, assessor jurídico e assessores comunitários. Dentre as ações realizadas pelas Raízes, podem-se destacar: a resolução extrajudicial de conflitos (chamada de “mediação de conflitos”); o apoio às ações comunitárias de arte e cultura; a publicação e distribuição de literaturas informativas; e o desenvolvimento de campanhas acerca de temas diversos ligados aos direitos humanos e fundamentais” (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2012).

A intersectorialidade no CAPSrt, no entanto, é realizada ainda de forma muito tímida. Existem algumas interfaces com a educação, com a Promotoria em Defesa da Saúde Pública e da Justiça, com empresas parceiras que contratam usuários e com o setor da assistência social (conforme identificado no caso de RT4). A COOPCAP é uma cooperativa de usuários do CAPS que receberam formação em cooperativismo pela incubadora da UFC e que funciona em regime de cogestão na perspectiva de inclusão produtiva. Há também uma fábrica de reciclagem de papel e de garrafas “pet” que capacita alguns usuários do CAPS e os contrata posteriormente.

A expressão da integralidade no CAPSrt e no CAPSbj com os demais níveis de atenção (primária, secundária e terciária) foi observada por meio de algumas articulações com as unidades básicas de saúde (realização do apoio matricial), o CAPSad, a residência terapêutica e os hospitais psiquiátricos do Município. Com relação ao hospital psiquiátrico, periodicamente, um psiquiatra e um assistente social do CAPSrt visitam os hospitais de modo a mapear e captar usuários da SER III para serem atendidos no CAPSrt, de modo a contribuir com o processo de desospitalização.

De acordo com a coordenadora do CAPSrt, existem seis equipes formadas com profissionais do CAPS Geral, do CAPSad e do CAPSi localizados na SER III. Tais equipes dão cobertura mensal às 16 unidades de saúde situadas na SER III por intermédio do apoio matricial. Trata-se de uma corresponsabilidade sanitária em que profissionais dos diferentes CAPS atuam em 100%³⁵ das UBS da regional para dar suporte em saúde mental.

Já a coordenadora do CAPSbj acentua que a articulação com a atenção básica na SER V apresenta algumas dificuldades no que concerne ao apoio matricial. A SER V conta atualmente com 20 UBS, mas apenas a metade se articula com os CAPS da sua SER. Formaram-se duas equipes oriundas do CAPSbj (Geral) e do CAPSad da SER V que visitam mensalmente as unidades de saúde.

³⁵ A coordenadora municipal de saúde mental corrobora o depoimento da gestora do CAPSrt e afirma que todas as unidades da SER III recebem apoio matricial das equipes dos CAPS; porém, a pesquisadora Roselia Carneiro dos Santos, com dissertação em andamento (“NASF na atenção básica de Fortaleza-Ce: desafios da produção coletiva do cuidado em saúde mental”), passou três meses consecutivos em uma unidade de saúde da SER III e afirma que não houve a realização de apoio matricial nos períodos de outubro, novembro e dezembro de 2011. A referida unidade justificou que a ausência de apoio matricial neste período relaciona-se às férias tiradas por alguns coordenadores e profissionais do CAPS. Isso indica que, embora haja uma boa articulação entre os CAPS e a atenção básica da SER III, ainda é possível detectar alguns entraves na realização do apoio matricial.

Ressaltamos que a integração entre CAPS e a ESF é fundamental para que se registrem o acompanhamento e o agenciamento do usuário e sua família na rede (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Isso permite o reforço da articulação em rede, aspecto tão fundante para a concretização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico de modo responsável. A garantia da integralidade no nível organizacional (MATTOS, 2003) em saúde mental inibe o desejo de manicômio presente na sociedade (NICÁCIO; CAMPOS, 2004), visto que a crise consegue ser conduzida na rede.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta investigação, diversos papéis foram acionados nos encontros intersubjetivos com profissionais e usuários. A minha presença no cenário da pesquisa invocou múltiplas posições e disposições: “o lugar da psicóloga” que sucumbiu aos pedidos de intervenção psicológica quando um usuário entrou em crise; “o lugar da pesquisadora” que estava sempre atenta aos ditos e não ditos; “o lugar da usuária” que se permitiu participar ativamente das atividades terapêuticas; e “o lugar de pessoa” que se percebeu impactada pelos fluxos experienciais que ora se revelaram no interior dos CAPS deste estudo.

Os arranjos intersubjetivos retrocitados, em interface com os discursos científicos sobre saúde mental, nos permitiram engendrar evidências sobre as práticas de cuidado ofertadas pelos CAPS à luz das experiências dos usuários, compreendendo que eles próprios são capazes de avaliar o processo e o efeito dessas ações terapêuticas em suas vidas.

No primeiro momento, a perspectiva compreensiva desta pesquisa permitiu desvendar confluências vivenciais no tocante aos itinerários terapêuticos dos usuários. A trajetória vivida nos hospitais psiquiátricos e os impactos do modelo asilar deixaram cicatrizes profundas de medo, violência, isolamento, despersonalização e anestesia medicamentosa. A escuta e a ausculta dessas experiências nos permitiram uma análise crítico-reflexiva sobre a atual conjuntura de transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial em Fortaleza, identificando os desafios e as possibilidades de implantação de uma rede substitutiva em saúde mental. Consoante o discurso dos usuários dos distintos CAPS, houve uma legítima superação da assistência desumana, disciplinadora e verticalizada, porém algumas fragilidades foram sinalizadas no que tange ao acolhimento e ao agenciamento do usuário em crise.

Embora não fossem interrogados a este respeito, os usuários expuseram autopercepções acerca das suas condições de saúde mental antes e após o ingresso no CAPS, apontando indícios da materialidade da reabilitação psicossocial e da capacidade resolutive dos CAPS em questão. Apesar do reconhecimento da existência de algumas limitações impostas pelo transtorno mental, as implicações resolutivas mais evocativas foram: a diminuição ou a eliminação de determinados sintomas; a redução de crises e, conseqüentemente, da quantidade de internamentos; a superação de situações de

conflito e de perda; a melhora nos relacionamentos interpessoais e o aumento na capacidade de socialização; maior disposição para realizar atividades do cotidiano; a redução do uso de psicofármacos ou a diminuição nas dosagens dos medicamentos; o resgate da autonomia; a descoberta do sentido da vida; e o *empoderamento*. Observamos, portanto, um alinhamento dos efeitos terapêuticos dos CAPS com a proposta do modelo de atenção psicossocial.

A consecução da autonomia e do *empoderamento* se evidenciou mais intensamente no CAPS da SER V, cuja integração com um Movimento Comunitário absorveu a dimensão teórico-conceitual da Abordagem Sistêmica Comunitária no contexto das práticas assistenciais do CAPS. Destarte, foi possível observar que alguns usuários se tornaram agentes do cuidado no próprio CAPS, contrariando o estigma de que as pessoas portadoras de transtornos mentais são indivíduos incapazes ou fragilizados. Esta inversão de papéis sugere inovação em saúde mental, uma vez que indica movimentos de mudança potencializadores que vão além, inclusive, do ideário da Reforma Psiquiátrica.

Chamam-nos atenção o receio e a resistência inicial de alguns usuários em adentrar o CAPS. Este fenômeno decorre da representação social negativa que eles próprios tinham sobre o transtorno mental e a assistência prestada pelo CAPS, revelando que a criação de um novo lugar social da loucura ainda não se concretizou na sociedade mais ampla. Porém, essas ideias imbuídas de preconceito foram se modificando na medida em que os usuários começaram a utilizar os serviços do CAPS. Assim sendo, o CAPS passou a ser denominado de “uma segunda casa” para os usuários, onde o acolhimento, o suporte, a proteção, o bem-estar e a felicidade se fizeram presentes nas práticas de cuidado.

Os profissionais também receberam analogias e foram considerados “como se fosse alguém da família”, indicando relações transferenciais de vínculo e responsabilização. Em contrapartida, a aliança terapêutica, a adesão ao tratamento e a qualidade dos serviços prestados revelaram-se ameaçados ante a rotatividade de profissionais nos CAPS pesquisados. Esta realidade enseja a necessidade de implantação de estratégias de intervenção que minimizem a saída repentina de profissionais de saúde.

No que concerne à percepção dos usuários acerca das atividades desenvolvidas no CAPS, os aspectos que reiteram a totalidade dos sentidos

apresentados foram: as possibilidades de troca de experiências entre os membros dos grupos; a promoção da socialização; a criação de espaços de escuta; a facilitação de *insights*; o desenvolvimento de processos de aprendizagem; a inserção social por meio de atividades de cultura e lazer; e o contato com a natureza. A dimensão ecológica, por sua vez, se fez mais presente no CAPS da SER V, visto que a perspectiva biocêntrica é uma premissa do MSMCBJ que reverbera na ambiência e nas práticas assistenciais do CAPS.

Quanto à qualidade do cuidado nos distintos CAPS, perpetramos sua multidimensionalidade intrínseca por intermédio dos diferentes enfoques sobre os aspectos formais e as dimensões integralidade e humanização do cuidado. Conforme evidenciado nos discursos dos usuários, as características objetivas e materiais do cuidado estiveram, frequentemente, tangenciadas pelas dimensões simbólicas e interativas da assistência. Concomitantemente, as relações intersubjetivas estabelecidas entre profissionais e usuários revelaram uma articulação necessária com os aspectos formais do cuidado. Esta constatação revela a complexidade do cuidado em saúde mental, cuja operacionalização implica o uso dos três níveis tecnológicos da atenção em saúde, conferindo destaque à valorização do protagonismo do usuário no processo do cuidado.

Sobre os aspectos formais do cuidado, a prescrição do medicamento adequado emergiu como um importante aspecto de um atendimento de qualidade nos dois CAPS, considerando que a competência técnica e a boa comunicação médico-paciente facilita o agenciamento do seu uso responsável. No que se refere ao fornecimento de medicamentos, ao número de salas de atendimentos e à quantidade de psiquiatras contratados, os usuários do CAPS da SER V julgaram estes recursos insuficientes para atender às demandas vigentes e os usuários do CAPS da SER III não mencionaram nada a esse respeito.

No tocante à micropolítica da produção do cuidado, a humanização foi um aspecto reverenciado repetidas vezes pelos usuários como dimensão que se expressa nas práticas dos CAPS por meio de atitudes pautadas na ética do cuidado, no diálogo, na escuta, no olhar, na atenção e na empatia. O acesso, a acessibilidade e o acolhimento em crise também foram aspectos intrinsecamente relacionados à humanização do cuidado em saúde mental, de acordo com os usuários. A questão do tempo dispensado pelos profissionais nas consultas individuais e grupais foi algo bastante questionado em seus

aspectos ônticos e ontológicos, caminhando na direção contrária da lógica da produtividade ainda hegemônica na atualidade.

As expressões da integralidade e da estratégia da clínica ampliada fizeram-se presentes em diversos depoimentos que puderam ser corroborados por intermédio das observações de campo, onde foi possível perceber o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e intersetoriais nos dispositivos desta pesquisa. Destaca-se a articulação do CAPS da SER III com a atenção básica do território adstrito, na qual foi possível perceber a mobilização dos profissionais no incremento do apoio matricial.

À guisa de conclusão, esperamos que esta investigação não se configure como verdade única acerca das práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPS estudados, mas que tenha apontado aproximações, reflexões e novos questionamentos relevantes no que tange à qualidade do cuidado em saúde mental. Com efeito, percebemos que, embora haja entraves e desafios assistenciais, as múltiplas facetas do cuidado, apontadas pelos usuários dos distintos CAPS, corroboram os ideais da Reforma Psiquiátrica e sinalizam que a reorientação do modelo de atenção em saúde mental já se capilariza no cotidiano das práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 1, n. 2, p. 53-67, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691993000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

ALES BELLO, A. **Cultura e religiões: uma leitura fenomenológica**. Bauru, São Paulo: Edusc, 1998.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2012.

AMARANTE, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2003. p. 45-66.

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____.; TORRE, E.H.G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 73-85, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006>. Acesso em: 27 mai. 2012.

AMATUZZI, M. Experiência: um termo chave para a Psicologia. In: **Memorandum**, v. 13, _____ 2007. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/amatuzzi05.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2010.

ANDRADE, L.O.M.; OLIVEIRA, R.F.; ERVEDOSA, E.N.; FIALHO, M.B.; COSTA, L.D. Saúde mental e cidadania: a resposta de Fortaleza. **Divulg. Saúde Debate**, n. 40, 2007, p. 57-70. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490894&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

AYRES, J.R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.583-592, 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Ciência, Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004c. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-554, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comunic, Saúde, Edu**, v.9, n. 17, p.389-406, 2005a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____.; _____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n. 3, p.389-406, 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Rev. Psicol. Ciênc. Prof**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008,. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=505853&indexSearch=ID>. Acesso em: 27 mai. 2012.

BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 355-365, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0113.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____.; CARVALHO, L.B.; SOBREIRA, M.A.A.; XIMENES, V.M.; LIBERATO, M.T.C.; GODOY, M.G.C. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis**, v.21, n.4, p. 1231-1252, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____.; CARVALHO, L.B.; XIMENES, V.M.; MELO, A.K.S.; GODOY, M.G.C. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 643-651, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a10.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____.; MERCADO, F.J. (Orgs). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 87-117.

_____.; _____. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-153, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. **Normas Aplicáveis ao CAPS.** Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. **A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2009a.

_____. **A clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Cardenos Humaniza SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. **Rede de Atenção Psicossocial.** Portaria nº3.088GM, de 26 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso em: 27 mai. 2012.

_____. **Saúde Mental em Dados - 10,** Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 27 mai. 2012.

BRUNS, M.A.T.; HOLANDA, A.F. (Orgs.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Editora Alínea, 2003.

CAMPOS, L.F.L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia**. 3 ed. Campinas: Alínea, 2004.

CAMPOS, R.T.O.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; FERRER, A.L.; MIRANDA, L.; GAMA, C.A.P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.1, p. 16-22, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2012.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

CAPRARA, A.; LINS, A.; FRANCO, S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 85-108.

CARVALHO, M.A.A. **Fortalecimento das pessoas com transtornos mentais: a experiência dos usuários do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim**. Fortaleza, 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, 2010.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, J.C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n.4, p. 700-706, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6931.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

CARVALHO, L.B.; FREIRE, J.C.; BOSI, M.L.M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a17v19n3.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, C.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-68.

CAVALCANTE, R. et al., **Educação Biocêntrica**: um movimento de construção dialógica. Fortaleza: Edições CDH, 2001.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p.197-210.

COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COREN-SP; REBRAENSP. Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP; Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, 2011. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2012.

CORREIA, L.C.; LIMA, I.M.; ALVES, V.S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.01-10, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/02.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. Atenção psicossocial - rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELFINO, M.R.; PATRICIO, Z.M.; MARTINS, A.S.; SILVERIO, M.R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Cien Saude colet**, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0477.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo, SP: ATLAS, 1995.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.

FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 67-88.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa Qualitativa**. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FAVORETO, C. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.), **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2006. p. 205-219

FELIPPE, M.L. Casa: uma poética da terceira pele. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 299-308, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/10.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

FERRAZ, R.B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M.L. Felicidade: uma revisão. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 234-242, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n5/234.html>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FORTALEZA. **Fortaleza passa a ter Centro de Atenção Psicossocial 24 horas**. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza/ Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=242:fortaleza-passa-a-ter-caps-com-atendimento-24-horas&catid=3:destaque-principal>. Acesso em: 21 jun. 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1511-1520, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=pt>. Acesso em: 27 mai. 2012.

FRANKL, V.E. **Psicoterapia e sentido de vida**: fundamentos da logoterapia e análise existencial. 3. ed. São Paulo: Quadrante, 1999.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez e Moraes, 1980.

FREITAS, F.F.P. Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 93-106, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0129.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M., CARVALHO, U. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 715-739

GADAMER, H.G. **Verdade e Método**: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GASTALDO, D.; MCKEEVER P. Investigación cualitativa: intrínsecamente ética? In: MERCADO, F.; GASTALDO, D.; CALDERÓN C. (Orgs.). **Investigación cualitativa em salud em Iberoamérica**: métodos, análisis y ética. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/ Centro Universitario de Ciências de La Salud, 2002. p. 475-479.

GELUDA, K; BOSI, M.L.M.; CUNHA, A.J.L.; TRAJMAN, A. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 8, p. 1671-80, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/15.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

GIORGI, A. Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 386-409.

GODOY, M.G.C. **Experiências intersubjetivas de trabalho na micropolítica cotidiana de um Centro de Atenção Psicossocial**. Fortaleza, 2009. 248f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, M. C. P.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p. 287-301, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

GONÇALVES, V.M.; CANDIAGO, R.H.; SARAIVA, S.S.; LOBATO, M.I.R.; BELMONTE-DE-ABREU, P.S. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 32, n. 1, P. 16-18. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2012.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z.M.A. **A avaliação na área da saúde**: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução Márcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2006.

HERMANOWICZ, J.C. The great interview: 25 strategies for studying people in bed. **Qualitative Sociology**, v. 25, n. 4, p. 479-499, 2002. Disponível em: <<http://ceres.fss.uu.nl/files/the%20great%20interview.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

HUSSERL, E. **Conferências de Paris**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1992.

_____. **Meditações cartesianas**. São Paulo: Madras, 2001.

_____. **Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**: introdução geral à fenomenologia pura. 2. ed. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas municipais 2011**. Rio de Janeiro: IBGE/MMA, 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2 jun. 2012.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. Rio de Janeiro - São Paulo: Atheneu, 1979.

KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: THIOLENT, M.J.M. **Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário**. São Paulo: Polis, 1987. p. 169-189.

KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; SILVA, E.N.F.; GUEDES, A.C.; CORTES, J.M.; SANTOS, F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a05.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

_____.; JARDIM, V.M.R.; PORTO, A.R.; SCHEK, G.; CORTES, J.M.; OLIVEIRA, M.M. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1481-1487, 2011a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a29.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

KERBER, N. P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/12.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

KOFFKA, K. **Princípios da Psicologia da Gestalt**. São Paulo: Cultrix/USP, 1975.

LACAZ, F.A.C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 109-139.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LAWN, C. **Comprender Gadamer**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthcare Papers**, v. 2, n. 1, p.13-55, 2000. Disponível em: <<http://www.longwoods.com/content/17216>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L.H.S.; GENTIL FILHO, V. Diagnóstico e tratamento. In: LOUZÃ NETO, M.R.; MOTTA, T.; WANG, Y-P; ELKIS, H. (Orgs.). **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. Amostragem em pesquisa qualitativa. Alguns princípios e controvérsias. **Cienc Saude Colet**, v. 17, n. 3, p. 613-620, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2012.

MASLOW, A. **Introdução à psicologia do ser**. Rio de Janeiro: Eldorado, 1968.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p.45-59.

MENEZES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 217-226, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100027&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

MERCADO, F.J. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, M. L.; _____. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p.22-62.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____. MAGALHÃES Jr., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.15-35.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Revista saúde em debate*, v. 27, n. 65, 2003. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_em_erson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2012.

MERLEAU-PONTY, M. **A estrutura do comportamento**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L.P.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V.M.R. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. educ. saúde**, v.9, n.2, p. 265-276, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2012.

MINAYO, M.C. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a. p. 23-30.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006b.

MULHALL, A. In the field: notes on observation in qualitative research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 42, n.3, p. 306-313, 2003. Disponível em: <http://www.angelfire.com/theforce/shu_cohort_viii/images/UnstrucObservationpaper.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

NASCIMENTO, A.F.; GALVANESE, A.T.C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 8-15, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2012.

NICÁCIO, M.F.S., CAMPOS, G.W.S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em

saúde mental. **Rev. terapia ocupacional**, v. 15, n.2, p. 71-81, 2004. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

NICOLINO, P. S.; VEDANA, K.G.G.; MIASSO, A.I.; CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a23.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.5, p. 547-59, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

OLSCHOWSKY, A.; GLANZNER, C.H.; MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L.P.; W, C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2012.

OLIVEIRA, W.F. Algumas Reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a Formação do Profissional de Saúde Mental no Contexto da Promoção da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78, p. 38-48, 2008. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, CA: OMS, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

PELISOLI, C.; FRAGA, B. M.; PEREIRA, C. O. Percepções de trabalhadores da saúde pública sobre a rede de atendimento. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 16, p. 303-326, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100004>. Acesso em: 27 mai. 2012.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

_____. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs->

psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&lng=en&nrm=>. Acesso em: 27 mai. 2012.

PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 741-754, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 65-112.

_____.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: _____.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005. p. 21-36.

_____.; MARTINS, P.H. (Orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

_____.; SILVA JR., A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: _____.; MARTINS, P.H. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

PINTO, A.T.M.; FERREIRA, A.A.L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicol. estud.**, Maringá, v.15, n.1, 2010. p. 27-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100004>. Acesso em: 27 mai. 2012.

PIRES, A. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 154-211.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUINDERÉ, P.H.D.; SALES, F.D.A.; JORGE, M.S.B. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, Ce. **Saúde em Debate**, v. 34, n.84, p. 137-147, 2010. Disponível em:

<http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/34051_4318.PDF>. Acesso em: 27 mai. 2012.

REIS, A.O.A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2012.

REY, F.G. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson, 2005.

ROGERS, C.R. A relação interpessoal: o núcleo da orientação. In _____.; STEVENS, B. (Orgs). **De pessoa para pessoa**: o problema de ser humano. São Paulo: Pioneira, 1976. p. 103-120

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.G. A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: A. PITTA (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SANTOS, A.M., ASSIS, M.M. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Cienc Saude Colet**, v. 11, n. 1, p. 5-61, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

SCHWANDT, T. A. **The sage dictionary of qualitative inquiry**. Califórnia, E.U.A., 2007.

SCRIVEN, M. S. The methodology of evaluation. In: TYLER, R. W.; GAGNÉ, R. M.; _____. **Perspectives of curriculum evaluation**. Chicago: Rand McNally, 1967.

SCHMIDT, M. O nome, a taxonomia e o campo do aconselhamento psicológico. In: MORATO, H.T.; BARRETO, C.L.; NUNES, A.P. (Orgs.), **Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 01-21.

SILVA, M.T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C.M.C. Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.1, p. 36-42, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2012.

SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p.113-128.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva**: novos fundamentos. São Paulo: EPU, 1989.

SOAR FILHO, E.J. A interação médico-cliente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n1/2006.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400006&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000. p. 435-454.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

SURJUS, L.T.L.; CAMPOS, R.O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 14, n. 1, p. 122-133, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n1/09.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

TASSARA, E. T. O.; RABINOVICH, E. P. Perspectivas da Psicologia Ambiental. **Estudos de Psicologia.**, Natal, v. 8, n. 2, p. 339-340, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2003000200018&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mai. 2012.

TALMAGE, H. Evaluation of programs. In: MITZEL, H. E. **Encyclopedia of educational research**. New York: Macmilan, 1982.

TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a12.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

TORO, R. **Teoria da Biodança**. Fortaleza: ALAB, 1991.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 185-203.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n.6, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

UNGLERT, C.V. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário**. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Abrasco, 1995. p. 221-235.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. **Cadernos do IPUB**, v. 1, n. 7, p.17-39, 1997.

VIEIRA, E. M. **Atividade comunitária e conscientização: uma investigação a partir dos modos de participação social**. Fortaleza, 2008. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, 2008.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 3, p. 17-25. 1991. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=223179&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Gente, 2004.

ZILLES, U. A fenomenologia husserliana como método radical. In: HUSSERL, E. **A crise da humanidade européia e a filosofia.** 3.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 11-57.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Revisão da literatura científica nacional e internacional

DESCRITORES	BASES				
	LILACS	MEDLINE	PUBMED	SCIELO	PEPSIC
Saude mental (mental health)	3.283	258	126.064	534	185
Integralidade (integrality)	853	188	191	333	20
Humanização (humanization)	1.341	636	665	425	40
Saude mental AND pesquisa qualitativa (mental health AND qualitative research)	42	0	1.025	8	1
Saude mental AND integralidade (mental health AND integrality)	27	0	8	13	2
Saude mental AND humanização (mental health AND humanization)	25	0	11	7	3
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude ³⁶ (Evaluation quality of the health care)	556	25.626	52.464	4	1
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude AND pesquisa qualitativa (Evaluation quality of the health care AND qualitative research)	5	8	473	0	0
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude AND saúde mental (Evaluation quality of the health care AND mental health)	4	2	1.601	0	0
Avaliação da qualidade dos cuidados de saude AND saude mental AND pesquisa qualitativa (Evaluation quality of the health care AND mental health AND qualitative research)	0	0	31	0	0

Pesquisas realizadas no dia 22 de junho de 2012 nos seguintes sítios:

- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&form=A> (LILACS),
- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=B> (MEDLINE),
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced> (PUBMED),
- <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> (SCIELO).
- <http://pepsic.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/> (PEPSIC).

³⁶ O descritor “avaliação da qualidade dos cuidados de saúde (Evaluation quality of the health care)” não existe nas bases de dados PUBMED e PEPSIC. Deste modo, optamos por substituí-lo pelo descritor “qualidade dos cuidados de saude (quality of the health care)” apenas nas bases de dados PUBMED e PEPSIC.

APÊNDICE II – Atividades do Movimento e do CAPS da regional V

O CAPS do Bom Jardim se associa ao MSMCBJ ativamente. Esse Movimento é uma Organização Não-Governamental (ONG), fundada em 1996, herdeira da tradição das Comunidades Eclesiais de Base e da atuação de missionários Combonianos, fundamentados em referenciais como a Teologia da Libertação e a Psicologia da Libertação. O Movimento não apenas pressionou a criação o CAPS (SER V), mas também dividiu espaços físicos para a realização dos projetos, compartilhou alguns dos profissionais e desenvolveu formações que possivelmente afetaram direta ou indiretamente os serviços oferecidos aos usuários do CAPS (SER V).

Este Movimento comunitário iniciou um trabalho baseado na Abordagem Sistêmica por meio da criação de espaços de escuta e de acompanhamento terapêutico para famílias em situação de risco, as quais viviam em estado de extrema pobreza. O Movimento se ampliou e conta atualmente com voluntários e profissionais remunerados que desenvolvem diversas atividades/projetos, tais como:

O *Projeto Îandé Memé Maranongara*, que trabalha a valorização da cultura indígena e da autoestima do povo Pitaguary através de uma dinâmica lúdico-formativa e terapêutica. Esse projeto busca favorecer o empoderamento dos povos indígenas e divulgar a cultura indígena que estabelece a ecofilia – amor à natureza.

O *Telecentro Comunitário do Bom Jardim* é um espaço público equipado com computadores conectados à internet em banda larga, onde são realizadas atividades por meio do uso das tecnologias da informação e comunicação. O objetivo desse projeto é promover o desenvolvimento social e econômico das comunidades atendidas, reduzindo a exclusão social e digital, e criando oportunidades aos cidadãos. O espaço recebe também usuários do CAPS (SER V).

A *Terapia Comunitária (TC)* é uma técnica que proporciona o encontro entre as pessoas para que conheçam melhor a si e à comunidade em que vivem, e juntos busquem alternativas para lidar com os problemas do cotidiano. A TC está ancorada na Teoria Sistêmica, na Teoria da Comunicação, na Antropologia Cultural, na Pedagogia de Paulo Freire e na Resiliência. Essa atividade também é desenvolvida no CAPS (SER V).

A *Terapia da Autoestima* propicia que os grupos vivenciem o resgate da identidade, da cultura e da autoestima. O formato adotado em cada encontro é

constituído de acolhimento, trabalho de consciência corporal e apresentação do tema através de vivências (atividades lúdicas, artísticas, jogos etc.). Também são usadas as técnicas da constelação familiar e da terapia da respiração. Essa atividade também é desenvolvida no CAPS (SER V).

A *Biodança* é um sistema de integração e desenvolvimento de potenciais humanos que utiliza o movimento, a música e a vivência. Promove a integração e o desenvolvimento dos elementos básicos existentes no ser humano como vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e a transcendência na busca do desenvolvimento pleno da relação consigo, com o outro e com a totalidade (comunidade).

A *Massoterapia* compõe várias técnicas que são utilizadas, entre as quais: massagem relaxante e integradora, Shiatsu e Reiki. Através do toque, a massagem promove o bem-estar pessoal, a interação com o outro e a aceitação de si, de forma que contribui com o processo de integração e desenvolvimento das pessoas que a recebem. Essa atividade também é desenvolvida no CAPS (SER V).

A *Formação Acadêmica* corresponde aos encontros sistemáticos de formação e fortalecimento da equipe de profissionais, colaboradores e voluntários, num processo contínuo de integração e conscientização acerca dos papéis, das forças e também das limitações de cada uma das pessoas envolvidas no trabalho. Nessa atividade são oferecidos também os cursos de Abordagem Sistêmica Comunitária, Terapia Comunitária, Terapia Familiar, Prevenção da Dependência Química, Eneagrama, Relações Humanas, Terapia da Respiração e Constelação Familiar para profissionais do Movimento e do CAPS (SER V).

O *Projeto Sim à Vida, Não às Drogas* busca trabalhar a criança e o adolescente como sujeito de direitos, fortalecendo sua autoestima, valorizando os seus potenciais e promovendo a sua cidadania, ao tempo que fortalece os vínculos familiares e comunitários e as articulações de redes sociais na comunidade, prevenindo situações de violação de direitos e uso/abuso de drogas.

Na *Casa de Aprendizagem Ezequiel Ramin* os jovens são estimulados a desenvolver seu protagonismo de modo cooperativo para a transformação da comunidade onde estão inseridos e para a atuação profissional futura através dos cursos profissionalizantes que são oferecidos.

O *Ponto de Cultura Casa AME Dom Franco Masserdotti* desenvolve ações culturais através da arte, da música e do espetáculo. Proporciona um espaço de

encontro, lazer e cultura por meio de oficinas de teclado, violão, bateria, piano, flauta, percussão, canto e coral, cartões orgânicos, pintura, quadrinhos, crochê e teatro. Por meio da arteterapia, a Casa AME também atende usuários do CAPS (SER V).

A *Horta Comunitária* busca desenvolver habilidades no trato com a terra, possibilitando a geração de renda e sustentabilidade. Na horta são plantadas verduras, frutas, hortaliças, plantas medicinais e ornamentais. O espaço recebe também usuários do CAPS (SER V).

No *Centro de Aprendizagem do Bom Jardim* são oferecidas aulas de reforço, espaço para tirar dúvidas e conteúdos direcionados às provas de vestibular para jovens oriundos da escola pública.

O *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil* oferece serviço socioeducativo às crianças e jovens, que são afastados do trabalho precoce com transferência de renda para as famílias. Essas pessoas recebem acompanhamento escolar, participam de rodas de conversa e relaxamento e realizam atividades lúdico-formativas.

APÊNDICE III – Caracterização dos usuários participantes da pesquisa

Quadro 1 – Caracterização dos usuários do CAPS (SER III) participantes da pesquisa

Cód.	Sexo / Idade	Queixas/ Diagnóstico	Renda/ Escolar.	Medicação atual	Tratamento anterior/ Tempo de CAPS	Atividades desenvolvidas no CAPS
RT1	F/ 63a	-Irritabilidade; -Insônia; -Choro fácil/ -Depressão	R\$622/ 2º grau completo	Antidepressivos	--- -3 anos de CAPS	-Psicoterapia de Grupo; -Consulta Individual.
RT2	F/ 37a	-Pensamento Persecutório; -Medo de morrer/ -Transtorno do Pânico	R\$622/ 2º grau completo	Antidepressivo; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -5 anos no CAPS	-Terapia Musical; -Grupo de Relaxamento; -Grupo de Arteterapia; -Oficina de Geração de Renda (biscuit); -Psicoterapia de Grupo; -Consulta Individual; (Psiquiatria) -Passeios comunitários.
RT3	M/ 35a	-Agressivo; -Alcoolista/ -Transtorno mental devido ao uso de drogas	R\$120/ 1º grau completo	Antipsicóticos; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -7 anos no CAPS	-Consulta Individual (Psiquiatria) -Terapia Ocupacional.
RT4	M/ 46a	-Insônia; -Dor de cabeça; -Alucinações auditivas; -Alucinações visuais/ -Esquizofrenia Tricotilomania	R\$622/ Analfab.	Antidepressivo; Antipsicótico	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -5 anos no CAPS	-Consulta Individual (Psiquiatria); -Visita domiciliar; -Grupo de Arteterapia; -Atividades de Vida Diária; -Terapia Musical; -Psicoterapia de Grupo; -Grupo de Psicomotricidade.
RT5	F/ 41a	-Choro fácil; -Tristeza; -Dor de cabeça; -Cansaço; -Dor no corpo/ -Bulimia	R\$60/ 1º grau completo	Benzodiazepínico ;	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -10 anos no CAPS	- Terapia Musical; - Grupo de Arteterapia; - Biodança.
RT6	F/ 32a	-Isolamento; -Tristeza; -Choro fácil/	R\$622/ 2º grau	Antidepressivos	-Centro de Referência da Mulher/	- Terapia Musical; - Grupo de Arteterapia;

		-Depressão	completo		-5 anos no CAPS	- Teatro; - Psicoterapia de Grupo; - Consulta Individual (Psiquiatria)
RT7	F/ 52a	-Angústia; -Tristeza; -Insônia; -Impaciente; -Dores na cabeça/ -Transtorno Afetivo Bipolar	R\$200/ 2º grau completo	Antipsicótico; Antidepressivos	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -10 anos no CAPS	- Consulta Individual (Psiquiatria); - Arteterapia
RT8	F/ 55a	-Alucinações auditivas; -Medo de sair; -Isolamento; -Choro Fácil; -Ideação suicida/ -Psicose Não-orgânica não especificada	R\$300/ Analfab.	Antidepressivo; Antipsicóticos	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -6 anos no CAPS	- Consulta Individual (Psiquiatria); - Consulta Individual (Psicologia); - Arteterapia; -Plus+transformação
RT9	F/ 59a	-Alucinações auditivas; -Alucinações visuais/ -Esquizofrenia	R\$220/ 1º grau completo	Antipsicótico Benzodiazepínico	--- -2 anos no CAPS	- Consulta Individual (Psiquiatria) - Visita domiciliar
RT10	F/ 66a	-Ideação Suicida; -Insônia; -Irritabilidade; -Choro Fácil; -Ansiedade/ -Transtorno Afetivo Bipolar não especificado; -Episódio Depressivo não especificado	R\$320/ 2º grau completo	Ansiolítico; Benzodiazepínico ; Antidepressivo	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -10 anos no CAPS	-Psicoterapia de Grupo; -Consulta Individual (Psiquiatria) -Grupo de Fisioterapia; -Atividades de Vida Diária
RT11	F/ 52a	-Choro fácil; -Insônia; -Alucinações Auditivas; -Irritabilidade/ -Esquizofrenia	R\$60/ 2º grau completo	Antipsicóticos	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -10 anos no CAPS	-Grupo de Arteterapia; -Oficina de renda
RT12	M/ 29a	-Angústia; -Choro Fácil; -Alucinações auditivas; -Alucinações	R\$75/ 2º grau incompleto	Antipsicótico; Antidepressivo;	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -10 anos no	-Grupo de Arteterapia; -Consulta Individual (Psiquiatria) -Psicoterapia de

		visuais/ -Esquizofrenia			CAPS	grupo
RT13	F/ 40a	-Choro fácil; -Perdeu o sentido de viver -Insônia; -Estresse no trabalho; -Compulsão (comer, beber, comprar)/ -Transtorno Bipolar	R\$1.500 Superior completo	Antipsicóticos; Benzodiazepínico	-Hospital-dia -3 anos no CAPS	-Consulta Individual (Psiquiatria)
RT14	M/ 32a	- Ideação suicida; -Crises depressivas/ -Esquizofrenia	R\$100/ 2º grau completo	Antipsicóticos	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -6 anos no CAPS	-Grupo de Arteterapia; - Grupo de Psicomotricidade; - Terapia Musical
RT15	F/ 62a	-Alucinações; -Delírios/ -Esquizofrenia	Sem renda 2º grau completo	Antipsicóticos	-Tratamento Psiquiátrico -8 anos no CAPS	- Terapia Ocupacional; -Consulta Individual (Psiquiatria)

Quadro 2 – Caracterização dos usuários do CAPS (SER V) participantes da pesquisa

Cód.	Sexo/ Idade	Queixas/ Diagnóstico	Escolari.	Medicação atual	Tratamento anterior/ Tempo de CAPS	Atividades desenvolvidas no CAPS
BJ1	F/ 37a	-Medo; -Angústia/ -Transtorno do pânico	1º grau completo	Antidepressivo; Benzodiazepínico	--- -2 anos no CAPS	- Terapia da respiração; - Oficina de Arte; - Consulta Individual (Psicologia e Psiquiatria)
BJ2	F/ 41a	-Choro Fácil; -Agressiva/ -Depressão	1º grau completo	Antipsicóticos; Antidepressivo; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico; -Tratamento psiquiátrico/ -3 anos no CAPS	- Consulta Individual (Psiquiatria)
BJ3	M/ 32a	-Isolamento; -Baixa autoestima; -Usa excesso de medicação para dormir o dia inteiro/ -Transtorno depressivo recorrente; -Esquizofrenia	2º grau completo	Anticonvulsivante Antipsicótico; Benzodiazepínico	-Tratamento psiquiátrico/ -2 anos no CAPS	- Terapia Comunitária - Grupo da Autoestima; - Consulta Individual (Psiquiatria) - Grupo de Relaxamento
BJ4	F/ 27a	-Chorosa; -Alucinações auditivas; -Alucinações visuais/ -Esquizofrenia	2º grau incomp. (em curso)	Antidepressivo; Antipsicótico atípico; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico; -Tratamento psiquiátrico/ -3 anos no CAPS	- Horta Comunitária; - Grupo de Canto; - Grupo de Expressão Corporal
BJ5	M/ 30a	-Agressiva; -Convulsões; -Alucinações auditivas; -Alucinações visuais/ -Transtorno de personalidade e comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral	1º grau incomp.	Antipsicótico; Anticonvulsivante	-Internação em Hospital Psiquiátrico; -Tratamento psiquiátrico/ -4 anos no CAPS	- Horta Comunitária; - Grupo de Expressão Corporal; -Grupo de Terapia Ocupacional; -Grupo de Educação e Saúde
BJ6	M/ 40a	-Ideação Suicida; -Ajustar a medicação/	1º grau incomp.	Antipsicóticos; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico;	- Horta Comunitária; -Consulta Psiquiátrica;

		-Esquizofrenia			-2 anos no CAPS	-Grupo de Educação e Saúde; -Contação de histórias
BJ7	M/ 59a	-Agressivo; -Sem apetite; -Insônia; -Isolamento/ -Esquizofrenia	1º grau completo	Antipsicóticos; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico; -Tratamento psiquiátrico/ -1 ano no CAPS	- Consulta Individual (Psiquiatria)
BJ8	M/ 40a	-Perda de apetite; -Perda de interesse nas coisas; -Preocupação/ -Transtorno Esquizoafetivo	1º grau completo	Antipsicóticos; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico; -Hospital-dia; -Posto de saúde/ -2 anos no CAPS	- Grupo de Canto; - Grupo de Expressão Corporal; -Contação de histórias
BJ9	F/ 38a	-Nervosismo; -Choro fácil; -Angústia; -Medo/ -Depressão	2º grau completo	Antidepressivos	--- -1 ano no CAPS	- Plantão Psicossocial; - Massoterapia; - Grupo de Mulheres
BJ10	M/ 44a	-Agressivo verbalmente; -Impaciente; -Sem ânimo/ -Psicose não-orgânica não especificada; -Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool: síndrome de dependência	1º grau incomp.	Antipsicóticos; Antidepressivo; Benzodiazepínico	-Tratamento psiquiátrico; -CAPSad/ -3 anos no CAPS	- Horta Comunitária; - Grupo de Expressão Corporal
BJ11	F/ 36a	-Agressiva; -Perda de apetite; -Insônia; -Tristeza; -Ideação suicida; -Alucinações auditivas; -Alucinações visuais/ -Transtorno Afetivo Bipolar	1º grau incomp.	-Antipsicótico; -Anticolinérgico; -Anticonvulsivo	-Internação em Hospital Psiquiátrico; -Hospital-dia; -Tratamento Psiquiátrico/ -5 anos no CAPS	- Horta Comunitária; - Grupo de Expressão Corporal; - Consulta Individual (Psiquiatria) -Passeios Comunitários
BJ12	F/ 37a	-Tristeza -Choro fácil;	1º grau incomp.	-Antidepressivos	-Internação em Hospital	- Fuxico (grupo produtivo);

		-Angústia; -Medo/ -Depressão			Psiquiátrico/ -1 ano no CAPS	- Consulta Individual (Psiquiatria)
BJ13	M/ 42a	-Culpa; -Revolta; -Tristeza/ -Transtorno depressivo recorrente	2º grau completo	-Antidepressivos	-Tratamento psiquiátrico/ -4 anos de CAPS	- Consulta Individual (Psiquiatria); - Grupo da Autoestima; - Capacitação em Massoterapia
BJ14	F/ 40a	-Ideação suicida; -Insônia; -Alucinações auditivas/ -Depressão	1º grau completo	-Antidepressivos; -Ansiolítico	-Posto de saúde/ -4 meses de CAPS	- Grupo da Autoestima; - Consulta Individual (Psiquiatria); - Terapia Comunitária
BJ15	F/ 41a	-Agressiva; -Antissocial/ -Transtorno de ansiedade; -Depressão	2º grau completo	-Antidepressivos;	--- -3 anos no CAPS	- Grupo da Autoestima; - Consulta Individual (Psiquiatria e Psicologia); - Farmácia Viva; -Grupo de mulheres
BJ16	M/ 43a	-Medo; -Alucinações auditivas e visuais/ -Transtorno do Pânico	1º grau completo	Antidepressivo; Benzodiazepínico	-Internação em Hospital Psiquiátrico/ -2 anos no CAPS	- Grupo da Autoestima; - Consulta Individual (Psiquiatria)

APÊNDICE IV – Roteiro de Entrevista realizado com os gestores

- Como o CAPS agencia a crise do usuário?
- Como vem se dando a articulação com a atenção básica e os demais setores?
- Como acontece a rotatividade de profissionais e quais são os principais motivos que os levam a sair?
- Como é o fornecimento de medicamentos para os usuários do CAPS?
- Como se realizada a alta do usuário ou possíveis encaminhamentos?
- Quais são os critérios para a prática do voluntariado de usuários do CAPS (SER V)?

APÊNDICE V - Roteiro do diário de campo

Data:

Nome da Atividade Observada:

Local:

Objetivo da atividade:

Público-sujeito:

Facilitadores(as) da Atividade:

Horário da Observação:

DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO (características do espaço, atividade desenvolvida, interação entre os atores sociais envolvidos etc.).

NOTAS PESSOAIS E REFLEXIVAS DO PESQUISADOR:

CATEGORIAS DE ANÁLISE:

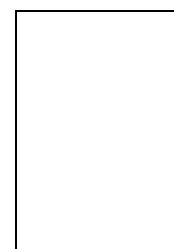
APÊNDICE VI - Termo de consentimento livre e esclarecimento para participação em pesquisa

Estamos realizando uma pesquisa intitulada: ***“Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois distintos dispositivos de cuidado”*** cujo objetivo principal é compreender a qualidade da assistência, nas dimensões da integralidade e humanização do cuidado, oferecida pelo CAPS (SER III) e pelo CAPS (SER V) na perspectiva de seus usuários. Esta pesquisa poderá ser útil para melhorar programas, serviços e assistência, além de produzir conhecimentos teóricos e práticos na área de saúde mental que ajudarão nas atividades dos CAPS e da Rede de Saúde Mental. Para tanto, será realizada uma entrevista individual com cada informante e a mesma deverá ser gravada.

Com essas informações, gostaria de saber se o(a) senhor(a) aceita participar desta pesquisa. É necessário esclarecer que: 1) a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2) caso queira participar, o(a) senhor(a) não ficará exposto(a) a nenhum risco; 3) o nome e a identidade de todos os entrevistados serão mantidos em segredo; 4) o(a) senhor(a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo; 5) será permitido o acesso às informações sobre os procedimentos da pesquisa em qualquer tempo; e 6) somente após devidamente esclarecido(a) e julgar ter entendido tudo o que lhe foi explicado, o(a) senhor(a) deverá assinar este documento.

Em caso de dúvida poderá se comunicar com a pesquisadora responsável, Andréa Batista de Andrade Castelo Branco, Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone e e-mail de contato: 85-XXXXXX / andrea_andrade@hotmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFC encontra-se disponível para reclamações e informações pertinentes à pesquisa pelo telefone (85) 3366-8338.

Fortaleza, ____ de _____ de _____



Assinatura do sujeito da pesquisa (informante)

Digitais caso não assine

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Assinatura da testemunha

OBS.: A cópia deste documento foi entregue a cada participante.

ANEXO – Parecer do comitê de ética

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 187/09

Fortaleza, 09 de julho de 2009

Protocolo COMEPE nº 60/09

Pesquisador responsável: Maria Lúcia Magalhães Bosi

Deptº/Serviço: Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim

Título do Projeto: "Qualidade do cuidado e desinstitucionalização em saúde mental: avaliando práticas inovadoras sob a ótica da integralidade e humanização na perspectiva dos atores implicados"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 25 de junho de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Brito Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFCE