



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÓ – REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KarennCynthia Santos e Silva Borges

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**São Luis
2016**

Karenn Cynthia Santos e Silva Borges

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família,
Universidade Federal do Maranhão.**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zeni Carvalho Lamy
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Laura Lamas
Martins Gonçalves**

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

**São Luís
2016**

Borges, Karenn Cynthia Santos e Silva.

O cuidado em saúde mental na perspectiva dos profissionais dos CAPS /
Karenn Cynthia Santos e Silva Borges. - 2016.

95 p.

Coorientador(a): Laura Lamas Martins Gonçalves.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do
Maranhão, São Luis, 2016.

1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Cuidado em Saúde Mental. 3.
Desinstitucionalização. 4. Reforma Psiquiátrica.

I. Gonçalves, Laura Lamas Martins.

II.Lamy, Zeni Carvalho.

III. Título.

Karenn Cynthia Santos e Silva Borges

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família, Universidade Federal do Maranhão.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Zeni Carvalho Lamy
Presidente / Orientadora:
RENASF/UFMA

Prof^ª.Dr^ª. Laura Lamas Martins Gonçalves
Coorientadora
UFMA / PGSC

Prof. Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco
Primeiro Examinador
CEUMA

Prof^ª. Dr^ª. Nair Portela Silva Coutinho
Segundo Examinador
UFMA

Data da Aprovação: ____/____/____

São Luís

Dedico esta Dissertação à minha mãe, Maria das Graças Santos, pelo exemplo de desprendimento e pensamento coletivo,

Aos meus filhos Clarice e Roger, por tornar minha vida mais doce e serem os catalisadores para a vontade de ir mais além,

Aos usuários e trabalhadores da saúde mental que transpõem as barreiras da rigidez de idéias e reconstróem o cotidiano do universo psicossocial singelamente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade que nos dar de repensarmos o ser e o fazer de cada dia.

Ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão por disponibilizar a inserção dos trabalhadores no cenário acadêmico para o exercício contínuo do conhecimento.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão – FAPEMA, pelo incentivo financeiro, possibilitando parcialmente o pagamento de despesas geradas ao longo dessa pesquisa.

Aos funcionários e usuários do CAPS - ad de Pedreiras pela compreensão das ausências nos dias de aula e incentivo constante para que eu continuasse em frente.

À Professora Zeni Carvalho Lamy, minha orientadora reluzente, pela sabedoria de me deixar construir junto todas as etapas dessa pesquisa, fazendo acreditar que sou capaz.

À Professora Laura Lamas Gonçalves Martins, minha co-orientadora querida, pela disponibilidade, paciência, carinho e presteza de suas orientações.

Às alunas Juliana Marinho Rodrigues e Polliana Carolina da Silva Souza, pela disponibilidade para a construção de uma etapa dessa pesquisa.

Ao grupo de pesquisa coordenado pela professora Zeni, pelas contribuições elencadas no construto das categorias desse estudo e pelo brilhantismo e dedicação demonstrados para o trabalho de pesquisa.

À Professora Liberata Campos Coimbra, coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFMA/RENASF, pela extraordinária condução da nossa turma, nos tornando encantados a cada encontro.

Aos docentes da pós-graduação da UFMA, pelo brilhante compartilhamento de saberes.

À Jessica Diniz, pela gentileza e presteza de sempre.

Aos professores membros da banca examinadora, Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco e Dr^a. Nair Portela Silva Coutinho, por gentilmente aceitarem avaliar este estudo.

À minha maravilhosa turma do Mestrado, representada por amigos singulares, pela deliciosa convivência no compartilhamento das experiências.

À amiga e companheira de aula Daniela Malagoni, pela solidariedade de cada encontro.

À minha mãe e filhos, pela compreensão das minhas idas e vindas na sede de aprender.

Ao meu esposo, Fernando Borges, pela doação de tempo dedicada aos nossos filhos nas minhas constantes ausências do lar.

“Qualquer ocorrência tem muito mais importância pelo que acontece dentro de nós do que pelo que sucede fora de nós”.

Emmanuel

Resumo

No campo da saúde mental, o cuidado tem sido reorientado no sentido do modelo hospitalocêntrico ao modelo de atenção extra-hospitalar a partir da Reforma Psiquiátrica, Movimento de Reabilitação Psicossocial e a desinstitucionalização do doente mental. Nesse contexto, os CAPS assumiram o papel de serviço substitutivo ordenadores da rede de cuidado em saúde mental. Os objetivos desta pesquisa foram compreender a dinâmica do cuidado em saúde mental; compreender as articulações com a rede de atenção para a construção do cuidado em saúde mental e conhecer a concepção do cuidado em saúde mental dos profissionais entrevistados. O recurso metodológico foi a pesquisa descritiva e analítica com abordagem qualitativa realizada com profissionais trabalhadores em saúde mental em três CAPS-I e um CAPS-II da Região de Saúde Pedreiras/MA. A coleta de dados foi por meio de questionário estruturado e grupo focal. Foi realizada Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. Resultados: observou-se escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, associada à fragmentação do processo de trabalho, a não articulação em Rede e dificuldade de acesso aos serviços. Conclusão: Observou-se uma ênfase assistencial ambulatorial, fragmentada, formada por equipes multiprofissionais com pouca multidisciplinaridade, e um serviço que não se articula à Rede de Atenção à Saúde. Há grande investimento pessoal da maioria dos profissionais, entretanto, pouca compreensão sobre a finalidade do CAPS e como este se insere na Rede. Sugerimos reorganização do processo de trabalho e mais inclusão do usuário em todo o processo.

Descritores: Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Centro de Atenção Psicossocial. Cuidado em Saúde Mental.

Abstract

In the field of mental health care has been reoriented towards the hospital - centred model to the extra-hospital care model from the Psychiatric Reform, Psychosocial Rehabilitation Movement and the deinstitutionalization of the mentally ill. In this context, the CAPS assumed the role of service substitutive Authorising care network in mental health. However, in many of these units, this role has not yet been incorporated. Faced with the need to better understand the dynamics of work that leads to mental health care, originated this research. The objectives of this study were to understand the dynamics of mental health care; understand the links with the network of attention to the construction of mental health care and meet the design of care in mental health professionals interviewed. The methodological approach was descriptive and analytical qualitative research conducted with professionals working in mental health in three CAPS-I and a CAPS-II Health Region Pedreiras - MA. Data collection involved semi - structured interviews and focus groups. There was lack of resources, inadequate professional assistance associated with the work process fragmentation and not joint Network and difficult access to services. Conclusion: There was an outpatient, fragmented care emphasis, formed by multidisciplinary teams with little multidisciplinary, and a service that does not articulate the Care Network Health There is great personal investment of most professionals, however, little understanding of the purpose CAPS and how this fits into the network.

Keywords: Psychiatric Reform. Deinstitutionalisation. Psychosocial Care Centre. Care Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAAE	Certificado de Apresentação para Comissão Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS – AD	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEUMA	Centro Universitário do Maranhão
CECOS	Centro de Convivência
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEME	Farmácia de Medicamento Especializados
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
PTI	Projeto Terapêutico Singular
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3. MARCO TEÓRICO	19
3.1 Reforma Psiquiátrica: a dimensão da desinstitucionalização no processo passado e recente.	19
3.2 O cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica	26
4 PERCURSO METODOLÓGICO	37
4.1 Tipo de Pesquisa	37
4.2 Contextualizando o campo da pesquisa	37
4.3 Conhecendo o cenário de pesquisa	38
4.4 Técnicas e instrumentos da Pesquisa	40
4.5 Considerações Éticas	42
4.6 Análise	42
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	44
5.2 A concepção de CAPS na experiência dos profissionais	44
5.3 O cuidado em saúde mental	56
5.4 A Rede de cuidados em saúde mental	63
5.5 O usuário ora sujeito ora doente mental	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
7. CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	89

1. INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde das pessoas vem passando por um processo de transformações desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que reformulou o sistema de saúde brasileiro. Essa reformulação tem apontado para o cuidado em saúde com foco na humanização das práticas assistenciais. No campo da saúde mental, esse cuidado tem sido reorientado no sentido do modelo hospitalocêntrico ao modelo de atenção extra-hospitalar a partir da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, Movimento de Reabilitação Psicossocial e a Desinstitucionalização do doente mental como ordenador das novas formas do cuidar em saúde mental (BALLARIN et al., 2010).

Na psiquiatria clássica o tratamento da loucura se dá através do modelo hospitalocêntrico e centrado na figura do médico, de tal modo com práticas como o isolamento social e a reeducação moral. Com o movimento de Reforma Psiquiátrica internacional e brasileiro, outros olhares e, conseqüentemente, outras propostas de atenção para o sofrimento mental surgiram como possibilidades para que esses sujeitos pudessem viver em sociedade (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Pode-se dizer que houve mudanças ao longo do tempo na forma de tratar o usuário com transtornos mentais, passando de um modelo institucionalizante onde a terapêutica tinha um espaço delimitado constituído pelos antigos hospitais psiquiátricos, desconstruindo e refazendo outros paradigmas apoiados na ideia da reabilitação psicossocial.

Em consonância com esse novo modelo de atenção, o movimento da RP possibilitou avanços no cenário da saúde mental, principalmente após a homologação da Lei 10.216/2001 que trata da proteção e dos direitos prioritários aos pacientes com transtornos mentais, sendo consolidada a partir de serviços e ações, com vistas a diminuir o sofrimento mental dos pacientes e familiares. Desde então, vem sendo efetivada uma rede assistencial substitutiva ao hospital psiquiátrico, articulada entre os diversos níveis de atenção, na tentativa de proporcionar autonomia aos sujeitos e possibilitar a configuração de um cuidado integral (NEVES et al., 2010).

Entre os serviços substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), os Leitos de Saúde Mental em hospitais

gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2011). Esses serviços têm tomado o desafio da construção de um modelo de atenção aos pacientes com grave sofrimento psíquico que se faz articulado em rede: redes de atenção à saúde, rede intersetorial, rede territorial...

Visando consolidar o cuidado integral ao usuário com transtorno mental houve a necessidade de articular e integrar serviços que garantam autonomia e possibilitem o exercício da cidadania. Para isso, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, uma rede de atenção psicossocial que busca costurar pontos essenciais para o cuidado em saúde mental. A RAPS, portanto, tem como objetivos: ampliar o acesso e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção no universo psicossocial (BRASIL, 2011).

Portanto, dentre os serviços outrora mencionados, os CAPS têm sido considerados como serviços estratégicos para a organização do cuidado em saúde mental, tendo como objetivo primar pelo acolhimento do sujeito em sofrimento mental e efetivar a reabilitação psicossocial engajada na própria comunidade. (CAMPOS et al., 2009). A implementação dos CAPS tem sido incentivada pelo Ministério da Saúde de forma que o número desses serviços só tem aumentado nos últimos anos, a expansão desses serviços segue estável, chegando a um total de 2209 CAPS implantados no ano de 2014 (BRASIL, 2015).

As tecnologias que possibilitam o cuidado em saúde mental no cotidiano do CAPS - embasados nos atendimentos individuais e nas práticas de grupo de forma que o sofrimento mental seja acolhido - têm propiciado que a saúde mental não se constitua mais em um campo de exclusão (JORGE et al., 2011). Novas estratégias como a valorização do cuidar e do pensar o processo saúde-doença tem permeado o campo da saúde mental. Desse modo, a valorização de tecnologias leves, tais como acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia têm incentivado uma ressignificação das práticas e dos serviços de saúde mental. Entretanto, ainda há muitos desafios a serem superados para a concretude de uma linha de cuidado desinstitucionalizante.

Tem havido, portanto, uma desconstrução do modelo biomédico, tradicional para uma construção do cuidado coletivo, transitando de uma ação técnica de indivíduos para uma clínica de sujeitos (RAMOS et al., 2009). Dessa forma, o cuidado tem incluído a dimensão micropolítica da existência, apostando na construção de espaços de encontros nos serviços de saúde que possibilitem o

surgimento de novos olhares em saúde. Se o cuidado está relacionado com a consideração do outro, diz respeito a responsabilizar-se e solidarizar-se com o sofrimento alheio, isso requer disponibilidade para o encontro com o outro (HIRDES, 2009).

Tanaka e Ribeiro (2009), falam da evolução sobre o conceito do processo saúde-doença, retratando uma vinculação desses conceitos com qualidade de vida, inserindo nesse processo o cotidiano das pessoas, seja individual ou coletivo. Com base nesse processo, foi necessário o entendimento de produção de saúde para um processo de produção social, a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos. Para esse novo modelo, é essencial a incorporação da interdisciplinaridade, como campo de conhecimento e da intersetorialidade, como campo de prática.

Entretanto, estudos têm mostrado que no campo da saúde mental o objeto de trabalho ainda tem sido muitas vezes, a doença mental com todos os diagnósticos e prescrições de medicamentos, sendo necessária uma efetiva mudança para uma abordagem biopsicossocial que reconheça os fatores sociais como determinantes do processo saúde-doença e que valorize o trabalho interdisciplinar (COSTA et al., 2012).

As dificuldades do cuidado em saúde mental vão para além da minimização do risco de internação ou controle de sintomas. É fato que existem demandas de atenção que nem chegam a serem atendidas, por dificuldades, como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes e dificuldade de acesso (CARDOSO; GALERA, 2011).

Novos arranjos têm surgido para dar sustentação à proposta de integração dos cuidados em saúde mental nos serviços como os CAPS. Esses arranjos têm o objetivo de inserir o cuidado compartilhado como sustentação do processo de trabalho na articulação entre as equipes de saúde mental e as demais equipes de saúde, buscando sensibilizar profissionais e gestores para a importância do compartilhamento de ações voltadas para o cuidado integral.

Para efetivar um cuidado em saúde mental substitutivo ao modelo manicomial tem sido preciso criar novos dispositivos de atenção na interface da saúde mental com a Atenção Básica. No aspecto técnico-assistencial, um deles é o Apoio Matricial que tem sido um dos arranjos que visa articular os cuidados da

Saúde Mental nos outros serviços de saúde da rede. Ele se dá através do apoio de equipes de saúde mental para equipes da Atenção Básica, em especial as equipes de saúde da família e visa fomentar o compartilhamento de saberes dentro de uma equipe, entre as equipes de saúde de serviços diferentes, mas também com outros setores que não o da saúde e com outros atores do território. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (DIMESTEIN et al., 2009; TANAKA e RIBEIRO, 2009; CUNHA e CAMPOS, 2011; ONOCKO CAMPOS, et al., 2012; BALLARIN et. al., 2012; JORGE et al., 2014).

A articulação entre as equipes de saúde mental e da Atenção Básica é fundamental para evitar o isolamento social e apoiar as famílias para que estas consigam lidar com os usuários com transtornos mentais. A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social é proporcionada através do trabalho interdisciplinar, ampliando os olhares para as reais necessidades locais, a partir da vinculação das equipes no território (CHIAVERINI et al., 2011).

Assim, não é suficiente que um território tenha vários dispositivos. É necessário que exista uma comunicação entre eles para que o cuidado aconteça (BRASIL, 2009). Esses serviços precisam construir *nó* no tecer essa rede e assim amarrar pontos que configurem o cuidado integral dos sujeitos. Para que isso aconteça é essencial que os trabalhadores sejam de fato protagonistas no delinear da construção do cuidado integral (CHIAVERINI et al., 2011).

Esta pesquisa decorre de algumas inquietações oriundas de minha vivência profissional. Uma delas surgiu do meu trabalho como enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e ou outras drogas (CAPS-AD) percebendo os desafios que transitam acerca do cuidar em saúde mental.

Tomamos como base a importância de se ter serviços essenciais que viabilizem o cuidado na saúde mental, questionamo-nos: como, na percepção dos profissionais, os CAPS têm realizado o cuidado em saúde mental? Com que modelo de atenção tem operado suas práticas?

Os CAPS já assumiram o papel de serviço substitutivo, trabalham com equipe multiprofissional e é ordenador da rede de cuidado em saúde mental, esse papel já foi incorporado. Entretanto, novos arranjos são exigidos, tais como: trabalho

intersetorial, deslocamento das práticas no campo psicossocial para a comunidade e articulação e integração com as equipes de saúde da família.

Diante da necessidade de compreender melhor essas questões esta pesquisa teve como foco o cuidado em saúde mental sob a perspectiva dos profissionais dos CAPS. Espera-se que os resultados possam contribuir com o atual cenário que intima esses serviços para uma nova reformulação do trabalho no universo biopsicossocial.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o cuidado em saúde mental na perspectiva dos profissionais dos CAPS.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar características sócio demográficas dos profissionais entrevistados;
- Conhecer a concepção do cuidado em saúde mental dos profissionais entrevistados;
- Compreender a dinâmica do cuidado em saúde mental na perspectiva dos entrevistados;
- Compreender as articulações com a rede de atenção para a construção do cuidado em saúde mental.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Reforma Psiquiátrica: a dimensão da desinstitucionalização no processo passado e recente.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (RP) coincidiu com o movimento sanitário marcando a história no campo da saúde no Brasil. No final da década de 70, ambos movimentos – psiquiátrico e sanitário – lutaram por mudanças nos modelos de atenção e de gestão. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi impulsionado por um contexto nacional e internacional comprometido com a defesa das pessoas com grave sofrimento psíquico e, portanto, determinado a acabar com a violência e a exclusão produzidas no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

O movimento da RP no Brasil se iniciou após várias denúncias de maus tratos contra doentes mentais nos hospitais psiquiátricos, espaços que também foram utilizados para inserir presos políticos durante a ditadura militar. Essas denúncias formularam discussões na opinião pública abrindo portas para o debate sobre os direitos dos pacientes psiquiátricos (AMARANTE; GULJOR, 2005). Teve forte influência do movimento italiano da Psiquiatria Democrática, que buscou desconstruir paradigmas manicomiais e reconstruir a política psiquiátrica considerando as relações de poder e saber, reinventando novas relações. As experiências positivas da Itália serviram de inspiração para o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira (YASUI, 2006).

A RP é um processo dinâmico, “em movimento”, ou seja, em construção permanente devido às mudanças ocasionadas nos sujeitos sociais, tornando-os protagonistas de toda essa engrenagem, o que implica em um processo de desinstitucionalização da loucura (AMARANTE, 2003).

Amarante e Guljor (2005) afirmam que a psiquiatria clássica colocou o sujeito entre parênteses e propõem que deveria ter sido o contrário, já que a doença mental entre parênteses permite novas perspectivas ao considerar suas necessidades e seus contextos de vida. Para isso, somente a clínica não é o bastante nesse cenário. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica é um movimento de diversos atores – político, social, institucional, familiar, trabalhador, pessoal –

imbuídos na transformação de novas formas de inclusão social dos sujeitos com transtorno mental, tendo como princípios éticos a solidariedade e a cidadania.

O conceito de desinstitucionalização a partir de Basaglia (1985) impulsiona a discussão para além do campo psiquiátrico, inserindo no processo prático-teórico dessa discussão a desconstrução do hospital psiquiátrico e de toda a cultura manicomial.

Desinstitucionalizar, sob o olhar da RP não está relacionado apenas a sujeitos hospitalizados ou em sistema asilar, mas se insinua com a quebra de paradigmas nas relações viciadas, envolvendo nesse aspecto diferentes atores, inclusive profissionais e familiares (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Desinstitucionalizar significa tirar o foco da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Não propõe deslocar o centro de atenção, mas tem uma conotação mais ampla: é todo um conjunto que precisa ser desmontado, está relacionado ao contato efetivo com o sujeito na sua existência doente (HIRDES, 2009).

Nesse processo, houve o avanço da RP associado à regulamentação do SUS. Os espaços colegiados, como o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), além dos Conselhos Municipais de Saúde, comissões bipartites e tripartites, esses espaços apresentam atores importantes que possam fazer avançar a Reforma Psiquiátrica e conseqüentemente a desinstitucionalização (LUZIO; YASUI, 2010).

No período entre 1992 e 1995 o avanço se fez a partir da aprovação das portarias 189/1991 e 224/1992 do Ministério da Saúde, que normatizavam o financiamento dos novos serviços de saúde mental para os usuários destes serviços e seus familiares, tais como programas de orientação, lares abrigados e Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS). A portaria n. 224/1992 oficializou as normas de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especificando suas atribuições e diferenciando-os por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (COLLETI et al., 2014).

No campo das políticas de saúde, o processo de descentralização se configurou como uma condição necessária para melhorar o acesso, a participação social, a qualidade e a equidade no campo da saúde. Assim, a universalização e

reorganização da assistência visavam eliminar barreiras de acesso e garantir a integralidade das ações de saúde (YASUI, 2006).

Além disso, muitos avanços assistenciais na saúde mental no Brasil aconteceram após a aprovação da Lei 10.216 em 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que define o direito da pessoa portadora de transtornos mentais. A partir, dessa conquista, os serviços substitutivos, começaram a receber financiamento federal (BRASIL, 2001).

A partir de 2002, sob parecer da portaria nº 366, os CAPS passam a configurar como eixo principal e articulador o processo de reorientação do modelo assistencial, ficando definidos os tipos de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS i, bem como as formas de funcionamento (BRASIL, 2002). Foi estratégica a criação de serviços que poderiam prestar atendimento diário, evitando internações, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, bem como ofertar retaguarda à rede básica de saúde. Os CAPS foram, então, os serviços pensados para organizar essa rede (BRASIL, 2005).

Os CAPS são estabelecimentos municipais de saúde comunitários, com funcionamento diário e composto por equipe multiprofissional, com a proposta de realizar acompanhamento clínico e reinserção social, bem como fortalecer os laços familiares e comunitários (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014). Foram criados para ser substitutivos à internação hospitalar psiquiátrica assim como as Residências Terapêuticas e os Leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais.

Para esse novo modelo de atenção em saúde foi essencial a redução gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos, sendo importante pensar na oferta de leitos de forma suficiente nos hospitais gerais e dotar os CAPS de leitos disponíveis (PITTA, 2011).

O deslocamento do modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar tem impulsionado a discussão sobre a integralidade na assistência atrelada a tecnologias psicossociais interdisciplinares (BALLARIM et al., 2011). É nesse sentido, que os profissionais do CAPS devem nos espaços institucionais e territoriais atuar mais próximo da comunidade, junto à realidade de vida dos usuários, podendo nessa investidura identificar condicionantes territoriais do processo saúde e doença, com vista à integralidade do cuidado (CASTRO; MAXTA, 2010).

Ao considerar o processo da RP, deve-se considerar sua heterogeneidade. Os próprios serviços de saúde não são homogêneos e as práticas de saúde mental são desenvolvidas conforme a concepção teórica dos trabalhadores, apesar dos normativos, as especificidades de cada lugar, região, serão prevalentes nas práticas (HIRDES, 2009).

Para uma mudança de paradigma na atenção à saúde mental - do paradigma psiquiátrico para o psicossocial – o trabalho no território é um pressuposto importante, pois visa às intervenções na comunidade ao invés de se darem somente no espaço institucional (LEÃO; BARROS, 2012).

O conceito de território passa a ser fundamental. No campo da saúde, o território assume aspectos que considerem as produções coletivas com materialidade histórica, social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor (LIMA; YASUI, 2014).

O território é tomado como um lugar social, lugar onde construímos nossas relações de vida, espaço onde se dá a vida comunitária, e não somente o lugar físico, o bairro, e rua (AMARANTE, 2003). O espaço usado pela população que envolve o trabalho, as residências, as trocas materiais, espirituais e da vida (ANJOS, 2011).

E a maneira como é compreendido o território pelas equipes dos CAPS, implica diretamente nas ações práticas, ou seja, na potencialidade desse serviço se articular e promover a desinstitucionalização dos usuários e incluí-los nos espaços da vida social (SANTOS; NUNES, 2011).

Assim, um serviço substitutivo como o CAPS deve, ao operar segundo o território, considerar a vida que pulsa nesse lugar, ou seja, as práticas cotidianas configuradas nos espaços e na produção de sentido para esse lugar (LIMA; YASUI, 2014).

Nesse sentido, desde o início do processo da RP brasileira, muitas mudanças na dimensão técnico-conceitual das práticas no campo da Saúde Mental aconteceram: do modelo manicomial com instituições fechadas para um modelo territorial baseado no cuidado, por meio de serviços substitutivos; serviços de atenção psicossocial com atuação sobre o sujeito e não sobre a doença; a Atenção Psicossocial voltada para a produção de saúde e não para a cura da doença; além da compreensão da subjetividade do sujeito, reconhecendo a importância de atuações interdisciplinares e intersetoriais (AMARANTE, 2003).

Ao se ter novos modelos de assistência para a saúde mental, como serviços substitutivos configurados em rede e que devem ter um vislumbamento territorial de forma que incorpore a atenção primária. Novos conceitos e olhares vão surgindo, construindo uma saúde mental que vai de encontro à visão reducionista do sujeito com transtorno mental aos sintomas e ao diagnóstico, deixando de lado as outras características de vida da pessoa (AMARANTE, 2003).

O novo modelo da atenção psicossocial aponta para caminhos que vêem o território como campo de atuação e como norte para as práticas em saúde a reabilitação psicossocial pautada no cuidado integrado e em rede, onde todos devem ser atores admitindo a responsabilidade pelo cuidado (COSTA; SILVEIRA; VIANNA; SILVA-KURIMOTO, 2012).

Para Delgado (2015): “Se, na reforma psiquiátrica do Brasil, a desinstitucionalização é italiana, e a atenção comunitária, inglesa, as inovações tecnológicas produzidas aqui, nossas jabuticabas, não são capricho de militantes, mas ousadias indispensáveis para fazer frente ao desafio da garantia de acesso com qualidade”. Assim, o processo de RP não tem se feito sem desafios. Além do desafio do acesso com qualidade, tem sido identificados graves problemas na gestão dos serviços; fragilidade da articulação com a atenção básica; baixa densidade de articulação das ações intersetoriais; ausência de estratégia clara para enfrentar a vulnerabilidade social, além da barreira da produção do conhecimento em atenção psicossocial.

Costa et al (2014) problematizam uma cronificação do cotidiano e dos usuários nos CAPS, destacando que as práticas da tutela, da hierarquização entre usuários e profissionais e a não articulação entre serviços e sociedade contribuem para a institucionalização dos usuários nesses serviços. Outra crítica importante tem sido feita com relação ao CAPS como um serviço onde o campo de trabalho tem sido o seu interior. O CAPS deve ser um lugar de passagem, caso contrário pode-se cair em ações institucionalizantes. Para evitar esse cenário, são necessárias a instrumentalização dos trabalhadores e de saúde mental, a sensibilização dos gestores de saúde e a permanente preocupação com a qualidade dos serviços oferecidos (HIRDES, 2009).

Em que pese os avanços alcançados o campo da atenção à saúde mental no Brasil tem importantes desafios para enfrentar: número reduzido de serviços voltados ao suporte à crise; estrutura física inadequada da maior parte dos serviços

de saúde; número reduzido de profissionais qualificados; despreparo do SAMU no atendimento de casos de pessoas em sofrimento mental agudo; carência de ações de promoção e cuidado em saúde mental na atenção primária; e a falta de leitos nos hospitais gerais (DIMENSTEIN et al., 2012). Brito, Bonfada e Guimarães (2015) ao discutirem sobre os atendimentos psiquiátricos pelos profissionais do SAMU, descrevem que a Polícia Militar é bastante acionada no processo das internações e que é elevado o percentual de internações psiquiátricas efetuadas quando o SAMU é contatado para os atendimentos de saúde mental. Os autores afirmam a necessidade de capacitação desses profissionais já que a visão técnica e hospitalocêntrica tem sido prevalente.

Para Vasconcelos e Paulon (2014) o movimento da Reforma Psiquiátrica consolidou redes de atenção psicossocial sem um claro envolvimento dos movimentos que justificaram a institucionalidade dos serviços dito substitutivos. No processo de se instituir os serviços substitutivos na atenção psicossocial houve inexpressivas participações de movimentos sociais, sem produção de sentido junto aos trabalhadores, aos/às usuários/as e à comunidade. As autoras reforçam a afirmação de que para a desinstitucionalização são necessárias as transformações nos âmbitos epistemológico, teórico, cultural, jurídico e de ação cotidiana, relativa aos modos de pensar, perceber, sentir e viver a loucura e com a loucura.

Além disso, o envolvimento da atenção primária nas ações de saúde mental ainda se constitui um desafio. As ações comunitárias desempenhadas pelas equipes de saúde da família, favorecem a inclusão social dos usuários no território onde vivem e trabalham, incluindo também a saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem desempenhar um papel estratégico na condução desses pacientes para serem acompanhados pelas equipes de saúde mental (RONZANI; MOTA, 2010).

Estudos apontam para a importância de deslocamento da atenção em saúde mental para os serviços de saúde em geral, envolvendo a atenção primária e inserindo especialistas em saúde mental na participação ativa desses serviços (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011). Essa inserção se faria a partir do apoio matricial realizado por profissionais dos CAPS nas equipes de atenção primária (BRASIL, 2013) e/ou por profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Entretanto, estudos revelam que grande parcela dos usuários que buscam o CAPS chega por demanda espontânea, não havendo a participação das

equipes de saúde da família nesse processo e que a abordagem da saúde mental na ESF ainda se faz no modelo biomédico com referência ao diagnóstico e à conduta medicamentosa (MIRANDA et al., 2014).

A importância do trabalho em rede vem sendo fortemente reafirmada pelo MS no campo da saúde mental pela Portaria nº 3088 de 2011 que trata do funcionamento da Rede de Saúde Mental – RAPS. Com base no decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990 e dispõe sobre a organização do SUS, a RAPS deve funcionar de maneira integrada com os demais serviços de saúde, articulando a atenção primária, Consultórios de Rua, Unidades Básicas de Saúde; os CAPS; a atenção de urgência e emergência, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas; a atenção residencial de caráter transitório; a atenção hospitalar; as estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e programa “De Volta para Casa”); e as estratégias de reabilitação psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda) (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, as ações das ESF devem, em conjunto com a RAPS, evitar o isolamento social e apoiar as famílias para que estas consigam lidar com os usuários com transtornos mentais. A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social é proporcionada através do trabalho interdisciplinar, ampliando os olhares para as reais necessidades locais, por meio do contato prático do profissional no território em que trabalha (CHIAVERINI, 2011).

A organização da rede de serviços deve romper com o modelo hierárquico em que são consideradas as necessidades dos serviços partindo para a organização de uma demanda e não com base nas necessidades dos sujeitos. Portanto, a articulação em rede deve se dar entre seus diferentes níveis, entre as equipes, os saberes, as práticas e as subjetividades (SOUSA et al., 2011).

Na organização da RAPS, os CAPS, com a função de organizadores, devem buscar o estreitamento da relação com a comunidade e com os demais serviços presentes no território. Devem ofertar suporte à atenção básica, através da organização da demanda e da rede de cuidados, bem como da capacitação de suas equipes de saúde da família (DELFINE et al., 2009).

A articulação da rede de saúde mental com outros setores é fundamental para a integralidade do cuidado, entretanto, é necessário que haja investimentos públicos em estratégias de gestão como planejamento integrado, instituição de fluxos, protocolos e pactuação de atendimentos (AZEVEDO et al., 2014). Portanto,

para que haja funcionalidade da rede em saúde é necessário o conhecimento dos serviços existentes no entorno, bem como dos serviços de base comunitária, instituições, associações, pois, não bastam que num dado território tenha vários dispositivos, eles precisam saber da existência um do outro (CHIAVERINI, 2011). A rede não existe por si só, mas é estabelecida e cria vida de acordo com o olhar para o problema de saúde, de tal modo que pode ser estabelecido a partir de um olhar da psiquiatria tradicional – queixa - sintoma -, como pode ser ativada a partir do olhar para a pessoa e seu sofrimento (WETZEL et al., 2014).

3.2 O Cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica

Outrora, o cuidado era centrado na garantia da sobrevivência através da satisfação das necessidades básicas. Porém, ao prolongar a expectativa de vida das pessoas com doença e perceber o direito a uma vida independente e autodeterminada, o objetivo do cuidado passou a considerar as necessidades inerentes para a qualidade de vida das pessoas (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

Estudos revelam a relação entre trabalho, educação e política como condição da prática do cuidado. Isto é, o trabalho se coloca como instrumento da ação profissional na prática do cuidado. A educação está inerente ao cuidado e ao trabalho, já que educação seriam uma forma de cuidar e o cuidado uma forma de educar. No aspecto político se faz como elemento da relação trabalho e cuidado, pois emerge nas discussões do cuidado como espaço de poder nas relações entre sujeitos diferenciados (RAMOS et al., 2009).

No cenário histórico à prestação do cuidado aos usuários com transtornos psíquicos, nos remetamos a um modelo asilar tendo o confinamento e suas teorias biologicista como embasamento para esse tratamento. A família é excluída desse processo e retorna no contexto da reforma psiquiátrica. Nesse novo cenário o cuidado passa a priorizar a autonomia do sujeito, a reinserção social em convivência com a família e a comunidade (OLIVEIRA et al., 2015).

Na saúde mental devemos nos reportar a um cuidado terapêutico, entretanto, terapêutico não seria somente os remédios, a psicoterapia, as oficinas de terapia ocupacional. A ação terapêutica são as formas como vão sendo construídas as relações de acolhimento, solidariedade, escuta permanente, e de confiança entre as pessoas (AMARANTE, 2003).

Para Basaglia (1985) o ato terapêutico primordial consistia em descobrir a pessoa, o sujeito que sofria, encoberto por tantos rótulos e conceitos.

Assim, o cuidado em saúde mental deixou de ter foco na minimização dos riscos de internação e controle dos sintomas, e passou a considerar os aspectos da vida pessoal, social, emocional e financeira, relacionada à convivência com o adoecimento mental. Atuando nesse processo diferentes atores, tais como profissionais, familiares e usuários (CARDOSO; GALERA, 2011).

Nesse aspecto, o cuidado em saúde mental assume diferentes sentidos. Segundo Ballarim et al (2010) numa perspectiva ética e filosófica, os profissionais de saúde mental se deparam com situações complexas tais como usuários em crise em intenso sofrimento psíquico e isso exigem uma compreensão ética e disponibilidade para efetivar um cuidado realmente abrangente. Na ótica filosófica se considera o cuidado como inerente ao homem.

Na perspectiva técnica – instrumental o cuidado pode estar relacionado ao controle e anulação da diferença, mas também a práticas que ultrapassem esse modelo e que tem no diálogo, na escuta ética e no compartilhamento de responsabilidades e compromisso os pilares do cuidado. Já na dimensão política, se traduz o cuidado como direito de cidadania, em que o técnico passe a ser agente público de mudança, de administrador de decisões a formulador das mesmas, de paciente a cidadão, de doente a pessoa humana (BALLARIM et al., 2010).

Para Amarante (2003), o cuidado psicossocial está, portanto, relacionado ao tratamento de pessoas em sua integralidade, considerando tanto a dimensão psíquica-mental, como a dimensão social, que inclui a família, escola, trabalho, lazer, etc. Assim, para alguém que esteja doente não podemos desconsiderar e negligenciar aspectos da sua vida.

Nesse cenário, as ações em saúde mental têm sido ampliadas com vista à inserção social dos usuários em sofrimento psíquico. Com base nesse processo, a proposta de reabilitação psicossocial visa superar a psiquiatria tradicional, pois envolvem profissionais e outros atores do processo saúde-doença na fusão entre sujeito e contexto social (LUSSI; PEREIRA; JUNIOR, 2006).

Para Saraceno (1996) a Reabilitação Psicossocial visa aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental.

A compreensão da reabilitação psicossocial do ponto de vista do trabalho ainda é ambígua, pois a visão que profissionais e usuários têm sobre o trabalho pode ser terapêutica ou como forma de conquistar e exercer a cidadania (LUSSI; MATSUKURA; HAHN, 2011).

Ao relacionar reabilitação psicossocial com cidadania, essa cidadania deve ser buscada por profissionais e usuários, pois há um diferencial entre produção de vida e vida produtiva. O conceito de cidadania pode estar relacionado a termos de produção e também a qualidade de vida, que tem a ver com o processo reabilitativo, sujeito intervindo para mudar a realidade (HIRDES, 2009).

Por outro lado, deve-se ter atenção para a vinculação do conceito de reabilitação psicossocial à cidadania, já que vivemos numa sociedade excludente e com pouca tolerância para o diferente. Seria necessário incluir o diferente para depois excluí-lo, já que seria preciso primeiro se aproximar do outro para adquirir certo saber (PINTO; FERREIRA, 2010).

Fiorati e Saeki (2011) em estudo realizado sobre a inserção da Reabilitação Psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental apontaram três concepções básicas de Reabilitação Psicossocial identificadas pelos profissionais entrevistados da pesquisa. Na primeira os profissionais engajados em movimentos de luta antimanicomial vislumbram a Reabilitação Psicossocial como estratégias de autonomia e cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico. Na segunda associa Reabilitação Psicossocial à função do profissional terapeuta ocupacional e a capacidade dos sujeitos de adquirirem alguma habilidade ocupacional. Na terceira a Reabilitação Psicossocial está inerente as iniciativas do serviço a um local idealizado para tal, oficinas abrigadas, centros de convivências ou outros locais.

As justificativas para a não realização de ações de Reabilitação Psicossocial nos serviços vão desde a carência de recursos materiais e humanos, falta de tempo disponível dos profissionais e a responsabilização dessas atividades a outros serviços (FIORATI; SAEKI, 2011).

Dessa forma, no contexto da Reabilitação Psicossocial se tem um sujeito inserido num dado território que mantém relações sociais e afetivas, pertencente a uma família, e que embora apresente um transtorno mental é um cidadão, com direitos e deveres e corresponsável por seu tratamento. A reabilitação na saúde mental assume um conceito que visualiza uma pessoa com plena capacidade de

agir, decidir, opinar, sofrer, alegrar-se, debater com o preconceito da loucura (MIELKE et al., 2009).

Portanto, o cuidado visa à autonomia e corresponsabilização do sujeito em seu tratamento, inserindo-o em termos participativos em todo o processo de reabilitação psicossocial; trabalhando com projetos e itinerários terapêuticos ligados ao território na possibilidade de fortalecer a convivência familiar e comunitária do usuário, incluindo-o em projetos de felicidade (AYRES, 2005).

Vê-se então a intenção da transformação do cuidado voltado à pessoa, nas nuances que envolvem o sujeito e não mais à doença. Esse indicativo de mudança tem início com a discussão sobre o conceito de integralidade no cuidado à saúde, reportando às modificações da produção dos serviços de saúde no Brasil. O SUS adota a integralidade como uma de suas diretrizes e a concretização dessa diretriz se dá em meio a uma sociedade que busca práticas de saúde mais justas e solidárias. Portanto, o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, traduz-se numa relação diferenciada entre profissionais e sujeito a ser cuidado. Essa relação vai mais além do que o ato de prescrever, mas envolve a produção de afeto, remetendo-se a uma nova modalidade de relacionamento (LOPES; RODRIGUES; BARROS, 2012).

Na lógica da saúde mental, o produto da relação entre trabalhadores e usuários deve ser o cuidado. Essa relação precisa ser terapêutica. Assim, o trabalho em saúde mental é constituído por encontros entre o trabalhador e o usuário e nessa relação pode estar presente dor, sofrimento, vivências e percepções de vida. Na relação terapêutica, o uso de tecnologias leves, através de dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização, devem estar inseridos para a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado (JORGE et al., 2014).

Os dispositivos acolhimento e vínculo se configuram como ferramentas complementares ao cuidado integral. Sendo que o acolhimento transpõe o imaginário referente à doença mental; já o vínculo possibilita a democratização e horizontalização das práticas em saúde (JORGE et al., 2011). Trata-se então, de acolher o usuário sem focar necessariamente no seu diagnóstico, enxergando-o como um todo, possibilitando através do vínculo a oportunidade do usuário de participar ativamente de tudo o que englobe as práticas para o cuidado em saúde mental.

Ora, as tecnologias leves devem encimentar toda relação que queira ser construída para a produção do cuidado em saúde mental. Para tanto é necessária a aprimoração do processo de trabalho. Esse processo de trabalho em saúde é regido pela subjetividade presente na singularidade do trabalhador (como ele significa o trabalho e o cuidado) e do usuário (com seus sofrimentos). Afinal a produção do trabalho em saúde leva em consideração o ato humano. Já que o que molda a mudança do modelo produtivo do cuidado depende de como operar tecnologias de trabalho que são transcritas como trabalho vivo com o uso de tecnologias relacionais. Essas tecnologias relacionais configuram o processo de trabalho em tecnologias leves, tecnologias duras e tecnologias leve-duras (conhecimento técnico). A escolha dessas tecnologias no processo de trabalho definirá o modelo tecnoassistencial a ser trabalho (FRANCO; MERHY, 2012). Portanto, cada serviço elencará um modelo assistencial de acordo com a aptidão da equipe, por exemplo, alguns serviços poderão se mostrar bastante acolhedores e humanizados, já outros poderão abraçar um perfil ambulatorial com excesso de encaminhamentos.

O trabalhador possui liberdade para executar sua atividade produtiva, já que essa é realizada enquanto o trabalho é produzido. Porém, mesmo ao exercer o trabalho com auto-governo, o trabalho pode sofrer um processo de captura, pois podem ser adotadas práticas inseridas em modelos de assistência norteadas por atos prescritivos, alto consumo de insumos e procedimentos (FRANCO; MERHY, 2012).

É importante questionar qual tipo de trabalho é mais hegemônico na prática das atividades nos serviços de saúde mental. Conforme Franco e Merhy (2012) na Composição Técnica do Trabalho há diferenças entre Trabalho Morto e Trabalho Vivo. No Trabalho Morto o núcleo de trabalho opera com a instituição de maquinários e instrumentos. Já o Trabalho Vivo é o trabalho em ato. Pois, se o cuidado predominante for o trabalho morto, a equipe estará presa ao cumprimento de normas e protocolos. Ao contrário, se houver predominância do trabalho vivo, a equipe terá liberdade e poderá agir conduzindo o trabalho que terão como diretrizes o acolhimento, estabelecimento de vínculo, acompanhamento dos projetos terapêuticos.

No aconchego da saúde mental, essas diretrizes têm norteadado o caminho para o cuidado de seus usuários. A Clínica Ampliada, por exemplo, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho

em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e também multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Já o Projeto Terapêutico Singular (PTS) surge como recurso da clínica ampliada e da humanização em saúde. Podendo ser individual, familiar, coletivo ou territorial, pois considera o contexto social que o sujeito está inserido (CHIAVERINI, 2011). “É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2008). A construção do PTS contrapõe ao modelo de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos (CAMPOS, 1999). Isto é, para que o cuidado em saúde mental aconteça à participação ativa do usuário deve ser incentivado, o usuário deve participar de todo o processo de construção do seu PTS.

Os serviços de saúde têm o hábito de organizar seu processo de trabalho baseado no saber das profissões e das categorias profissionais que estão ali representadas. Entretanto, a gestão participativa tem sido fomentada com foco na mudança nos modos de gerir e nas práticas de saúde. A cogestão nesse processo inclui o pensar e o fazer coletivo, visando democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2009).

Assim, a integração de objetos e sujeitos deve ser considerada com a crescente demanda e necessidades no campo da saúde, pois para dar conta de toda a complexidade e subjetividade presente no universo psicossocial se faz necessária a união de todas as partes. (Campos, 2007), destaca a importância de trabalhar os Sujeitos e as Instituições de forma que um interfira e modifique o outro, todo o tempo e o tempo todo. Já que ninguém é somente sujeito ou somente objeto, mas é possível considerar o ponderamento de ambos bem como o meio em que os dois estão inseridos. Já que há uma tendência histórica de as Instituições oprimirem a dimensão singular de cada sujeito.

Campos (2007) traz os seguintes questionamentos: o que seria e como se daria o fortalecimento dos sujeitos? Como ampliar a capacidade de análise e de intervenção do sujeito e dos grupos? Para isso seria necessária a construção de espaços de poder compartilhado, espaços institucionais que permitam que os sujeitos se coloquem com seus interesses: rodas. O Método da Roda proposto pelo autor propõe novos modos para analisar e operar Coletivos Organizados para a

Produção, considerando-se a importância de instituir Espaços Coletivos que viabilizem arranjos concretos de tempo e lugar, onde de fato se analisem problemas e se tomem deliberações.

Nessa perspectiva, o Apoio Matricial surge como proposta para articular os cuidados da Saúde Mental na Atenção Básica, ou seja, o compartilhamento de saberes entre equipes de apoio e equipes de referência. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (DIMESTEIN et al., 2009)

Já a proposta da Equipe de Referência traz o processo de trabalho como arranjo organizacional e de gestão de forma horizontal, pautado na transdisciplinaridade, em que poderes são divididos entre profissionais, equipe e usuários (BRASIL, 2009). Estudos apontam o técnico de referência encontrado nos CAPS, como um profissional responsável pela dinâmica de acompanhamento do usuário, além de fomentar o diálogo entre os diferentes atores sociais. Por esse motivo, esse profissional se destaca no processo de trabalho no sentido de catalisar vínculos e estabelecer responsabilidades entre os serviços de saúde e a rede de relações do usuário (PINHO et al., 2011).

Para Neves et al (2010) há uma necessidade de se atualizar competências profissionais que envolvam a saúde mental na atenção primária. Isto é, a saúde mental sempre foi focada como especialidade, orientada por recursos terapêuticos no contexto da institucionalização. Dessa forma, a inclusão da saúde mental na atenção básica pode ser encarada como uma situação-complexa ou situação-problema a ser superada.

Vários estudos apontam que a saúde mental sob a lente da atenção básica só é visível nos pontos do diagnóstico e da medicação. Isso acaba sendo o meio ou instrumento de trabalho mais valorizado para as intervenções no campo da saúde mental. Entretanto, no foco do cuidado integral outra fonte deve ser buscada, surgem então à integralidade focalizada e a integralidade ampliada. A integralidade focalizada tem como fruto a troca de saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto dos serviços de saúde. Já a integralidade ampliada trata da articulação desse serviço com outros serviços que podem ser de saúde ou não (CAÇAPAVA et al., 2009).

Dessa forma, os sistemas de saúde ainda se organizam de forma verticalizada. No atual contexto do SUS, as equipes de saúde da família devem funcionar como equipes de referência interdisciplinares agindo com responsabilidade sanitária incluindo o cuidado longitudinal. E outra equipe, que pode ser uma equipe de saúde mental faria um suporte técnico especializado, apoio matricial. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (CHIAVERINI, 2011).

Conforme Silveira e Vieira (2009), as fragilidades constituídas das equipes de saúde da família e das equipes de saúde mental para a operacionalização das políticas de saúde mental se assemelham, tais como: a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo, dificultando as ações com base na realidade local; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência. Dessa forma, a interação entre ESF e saúde mental anseia por mais clareza, a formulação de políticas para a atenção básica que alcancem o cuidado em saúde mental estaria justificada no direito do usuário de encontrar no serviço de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção.

Nas relações de cuidado, a família passa a ser vista como produto e produtora da prática de saúde. O protagonismo do usuário – família - equipe assume o processo de transformação na dinâmica de produção do cuidado. Estudos revelam que do ponto de vista da família sob os serviços substitutivos existem dificuldades de entendimento de seus direitos e deveres, quanto às maneiras de como proceder colaborativamente no cuidado de seu familiar (FIRMO; JORGE, 2015).

Ao ter a família e suas configurações como foco do cuidado, o SUS nomeia a atenção básica como principal interlocutora desse cuidado. Para isso, a PNAB tem na saúde da família sua principal estratégia de consolidação da atenção. Os fundamentos e diretrizes da atenção básica apontam para além do território adstrito e do acesso universal, mas a formação de vínculos garantindo continuidade e longitudinalidade do cuidado. Outro ponto é a capacidade de coordenar a integralidade em seus vários aspectos, bem como é detalhado a seguir:

...integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (PORTARIA nº 2.488/2011).

Conforme a referida portaria nº 2.488/2011, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estratégicas para a consolidação do cuidado integral e o direcionamento das necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, a atenção básica entre outras funções, assume a competência da coordenação do cuidado e ordenação das redes, com base na portaria...

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (PORTARIA nº 2.488/2011).

Por outro lado, no âmbito da saúde mental e com a finalidade de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial, sob a Portaria nº 3.088/2011. Nessa lógica, a ordenação do cuidado a esse grupo é instituída aos CAPS, como especificado a seguir:

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de gestão e acompanhamento longitudinal do caso (PORTARIA nº 3.088/2011).

Dessa forma, Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam uma função estratégica dentro da rede de assistência à saúde mental ao incentivar a

articulação entre os serviços e os usuários dentro do território, bem como de possibilitar autonomia e inclusão social através de um espaço privilegiado de produção de cuidado (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

Firmo e Jorge (2015) aponta diversas críticas à inserção dos serviços substitutivos como política pública: a precária articulação das linhas e fluxos de atenção em relação aos cuidados básicos e os intersetoriais se mostram como entrave no que diz respeito à rede de cuidados; a descontinuidade das políticas de saúde mental, as lacunas no atendimento e a ineficácia da intersectorialidade do fazer entre serviços públicos paralisam a produção do cuidado para as pessoas e suas famílias.

Mielke et al (2009) ao estudarem sobre o cuidado em saúde mental no CAPS, relatam que os profissionais desse serviço entendem que o cuidado segue a lógica da integralidade, enxergando o usuário em todas as áreas do ser humano. Incluindo também a humanização desse cuidado, construído na forma de vínculos dos usuários com a equipe.

Entretanto, na dinâmica de funcionamento do CAPS, Figueiró e Dimenstein (2010) apontam para o que eles chamam de modelo de heterogestão. Os problemas que deveriam ser resolvidos pelo grupo utilizando espaços como a Assembleia, por exemplo, acabam sendo decididos pela equipe técnica do serviço, legitimada no saber científico. O que faz do CAPS uma estrutura rígida que não dá conta das funções que deveria exercer: articular e potencializar o cuidado, fomentando vínculos e propiciando atitudes de cidadania.

Para Lima e Yasui (2014) o território pode ser usado como pontos de encontros, como matéria-prima de subjetivação e autonomização, como ações provocativas e locais que produzam atos de cuidado para além do serviço. Os exemplos vão desde a organização de associação de amigos, familiares e usuários; organização de eventos; intervenções culturais; produção e circulação de jornal e informativo sobre a saúde mental; utilização de espaços nas feiras livres para mostra e venda de artesanato.

Dessa forma, o cuidado ao sujeito deve considerar o seu próprio meio social, o território, preservando a integração à comunidade e à rede social que o cerca, sua família, amigos, trabalho, escola, grupos sociais (AMARANTE, 2003).

Contudo, no campo da saúde mental, o serviço CAPS, mostra-se como um modelo em processo contínuo de construção e reconstrução das formas de

“fazer” o dia-a-dia do CAPS, transformando as práticas do cuidado de forma negociada e participativa com profissionais e usuários (HECK et al., 2008; WILIRICH et al., 2012). Isto é, fica evidente a transposição das muralhas da institucionalização, o trabalho do CAPS de dentro para fora, desbravando o território com maior inserção no cotidiano das comunidades e utilização dos seus recursos (COSTA et al., 2015).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Pesquisa

A presente pesquisa utiliza como opção metodológica a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa abrange o universo individual da experiência humana que busca compreender os significados, motivações, valores e atitudes, ou seja, aquilo que se referem às relações, processos e fenômenos não mensuráveis.

Para Flick (2009), a pesquisa qualitativa busca entender, descrever e explicar fenômenos sociais a partir de experiências vividas por indivíduos ou grupos, isto é, procura detalhar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta.

4.2 Contextualizando o campo da pesquisa

Pelas singularidades deste lugar. A Região de Saúde de Pedreiras é minha região. Nesta, tenho moradia, amigos e familiares. Minhas relações de trabalho foram traçadas nas curvas deste território. Tenho a enfermagem como campo de formação, trabalho nessa função no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e/ou outras drogas (CAPS-AD) da Região de Saúde de Pedreiras. Em meados de 2009 assumi a coordenação desta instituição.

O CAPS-ad é referência para outros municípios menores por ser o único nesta região de saúde. Além da caminhada na saúde mental, me envolvi com o controle social como conselheira de saúde e em trabalhos técnicos voltados para a Secretaria Municipal de Saúde. Participei das reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR) e tive oportunidade de conhecer os demais serviços de saúde mental do território, bem como os gestores e profissionais que neles trabalham.

O porquê de falar sobre tudo isso? Os participantes dessa pesquisa a princípio seriam gestores e profissionais dos CAPS. Entretanto, sendo eu mesma gestora de um dos serviços de saúde mental do município, deparei-me com situações que poderiam comprometer os resultados.

Nesta ocasião, ao chegar aos serviços de saúde mental para a coleta dos dados com gestores, conversas sobre os desafios de gerir um CAPS num cenário de limitações de recursos eram de imediato iniciadas. Em muitas situações percebi um

desconforto por parte desses gestores ao serem questionados sobre o funcionamento do serviço e, eu própria, muitas vezes me senti desconfortável também.

As vicissitudes da entrada no campo foram moldando e redesenhando o estudo e é o resultado deste movimento que apresento a seguir.

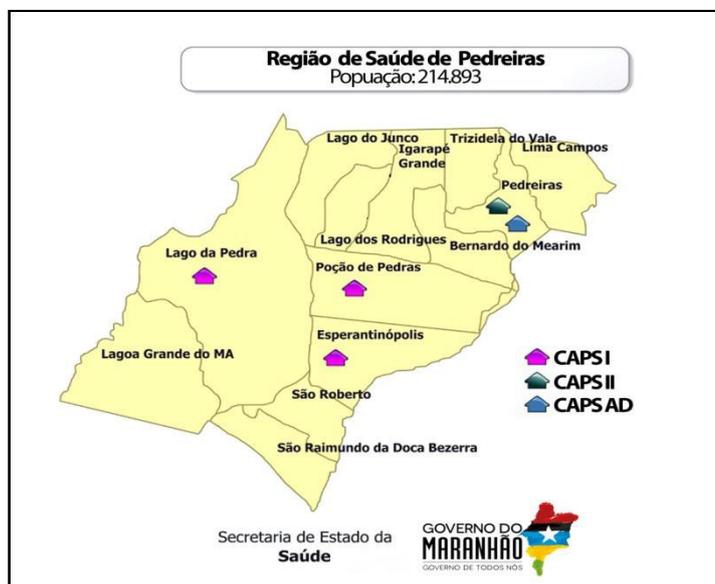
4.3 Conhecendo o cenário de pesquisa

A pesquisa aconteceu em quatro dos cinco CAPS da Região de Saúde de Pedreiras. A Região de Saúde de Pedreiras foi instituída pelo Estado através da Resolução CIB/MA nº 48/2011 de 16 de junho de 2011, com sede localizada no Município de Pedreiras – MA.

É composta por 13 municípios, totalizando uma população de 214.893 habitantes, representados por: Bernardo do Mearim, Esperantinópolis, Igarapé Grande, Lago da Pedra, Lago do Junco, Lago dos Rodrigues, Lagoa Grande do Maranhão, Lima Campos, Pedreiras, Poção de Pedras e São Raimundo do Doca Bezerra.

Quanto à GESTÃO, 31% (Pedreiras, Lago da Pedra, Poção de Pedras e Esperantinópolis) estão na modalidade Gestão Plena de Saúde Municipal. Os demais estão em Gestão Plena da Atenção Básica.

Esta região possui como dispositivos de saúde mental três CAPS I localizados em Esperantinópolis, Poção de Pedras e Lago da Pedra e um CAPS II e um CAPS-ad localizados em Pedreiras.



Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/02, essa portaria define e estabelece diretrizes para o funcionamento dessas instituições designando as modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS i. Estes serviços recebem incentivo financeiro de acordo com a Portaria nº 3.089/11 e o município faz o gerenciamento do recurso propiciando a funcionalidade desse serviço.

Os CAPS pesquisados foram três na modalidade CAPS-I e um CAPS-II. O CAPS – ad foi excluído dessa pesquisa por se tratar de um campo mais específico no universo álcool e/ou outras drogas, perpetuando a discussão no campo dos transtornos mentais.

Os CAPS dos municípios de Esperantinópolis, Poção de Pedras e Lago da Pedra ficam abertos nos horários das 08 às 17 horas, mas apresentam uma dinâmica de funcionamento mais intensa no horário da manhã. Já o CAPS-II do município de Pedreiras está funcionando apenas no horário da manhã.

Todos os CAPS funcionam com equipes multiprofissionais e são referências em seus respectivos municípios para a saúde mental, atendem também uma demanda oriunda de outros municípios que não tem CAPS. As refeições são produzidas no próprio serviço, porém, alguns CAPS não têm funcionado o dia inteiro com os usuários, restringindo as refeições ao café da manhã e almoço. As atividades desenvolvidas nos CAPS são organizadas pelo Terapeuta Ocupacional de acordo com o material fornecido pela Secretaria de Saúde ou com itens de reciclagem, chamando a atenção que nos CAPS pesquisados os profissionais da terapia ocupacional residem na capital do Estado, permanecendo no serviço por dois dias, a exceção do CAPS de Lago da Pedra que foi observado um envolvimento maior da pedagoga do serviço nas atividades terapêuticas.

O tratamento tem início na triagem. Após o processo de escuta do usuário e/ou familiares, considerando os dados coletados, o usuário é direcionado para o técnico presente no serviço no dia, após essa acolhida, o usuário segue a rotina do serviço com definição da frequência no serviço e esquema medicamentoso. Em alguns casos ocorre o encaminhamento para outras instituições de tratamento, conforme necessidade.

O CAPS-II do município de Pedreiras está localizado no centro da cidade, foi fundado como CAPS-I em 2001 por uma psiquiatra da região, passando por um processo de municipalização em 2006 e mudando para modalidade CAPS-II. Apresenta uma equipe formada por 01 psiquiatra, 01 psicólogo, 01 terapeuta

ocupacional, 01 assistente social, 01 educador físico, 01 farmacêutica, 02 enfermeiros, 01 coordenador. O CAPS atende especificamente os usuários desse serviço, já que o município conta com ambulatório de psiquiatria.

Os CAPS-I dos municípios de Esperantinópolis e Poção de Pedras estão localizados distantes do centro da cidade. Os municípios de Esperantinópolis e Poção de Pedras apresentam proximidade geográfica (18,7 km), bem como características regionais muito semelhantes se estendendo aos serviços de saúde mental ali localizado. Os CAPS desses municípios funcionam em prédios alugados de antigas federações, com bom espaço estrutural apesar da distância do centro da cidade. O CAPS-I do município de Poção de Pedras apresenta como equipe 01 coordenadora, 01 médico especialista em saúde mental, 01 enfermeira, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional e 01 fonoaudióloga. Já o CAPS-I do município de Esperantinópolis apresenta 01 coordenadora, 01 psiquiatra, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional e 01 enfermeira. Os dois municípios não apresentam ambulatório de psiquiatria, então a demanda de ambulatório é atendida nos CAPS.

O CAPS-I do município de Lago da Pedra está localizado distante do centro da cidade. Possui uma equipe formada por 01 coordenador, 01 médica especialista em saúde mental, 01 enfermeiro, 01 farmacêutico, 01 terapeuta ocupacional, 01 assistente social, 01 psicólogo e 01 pedagoga. Os usuários desse CAPS fazem atendimento médico com especialista em saúde mental numa UBS próxima, bem como a demanda de psiquiatria do ambulatório também é realizada nessa unidade de saúde.

4.4 Técnicas e Instrumentos da Pesquisa

Primeiramente os gestores dos CAPS foram contatados para que tomassem conhecimento da pesquisa e dos seus objetivos e dessa forma liberassem os profissionais no dia escolhido e agendado para a coleta de dados. Ao realizar essas visitas nos CAPS, os profissionais que estavam presentes no dia foram informados sobre os objetivos da pesquisa e logo foi sugerida uma data que todos pudessem participar do grupo focal.

A coleta de dados foi realizada numa única etapa, os profissionais se deslocaram para o município de Pedreiras no dia agendado. Ao chegarem foram

abordados e convidados a assinar o TCLE e preencherem o questionário estruturado (Apêndice A) com questões relativas às características sociodemográficas como idade, sexo, cor/raça, religião, escolaridade e características relacionadas ao trabalho no CAPS.

A técnica utilizada para alcançar os objetivos propostos, foi a entrevista do tipo grupo focal. O grupo focal é uma entrevista coletiva, realizada a partir de um roteiro previamente elaborado. Há interação entre o investigador e os participantes com o objetivo de coletar dados a partir da discussão centrada dos temas enunciados. Segundo Barbourm (2009), no grupo focal, a conversa deve ser estimulada de forma que os participantes conversem entre si e não somente com o pesquisador.

Como critério de inclusão para a participação no grupo focal definimos ser profissional do CAPS da região de saúde de Pedreiras. O convite foi realizado para todos os profissionais dos CAPS I dos municípios de Esperantinópolis, Poção de Pedras e Lago da Pedra e do CAPS II do município de Pedreiras. Porém, alguns profissionais residem e trabalham em outros municípios e justificaram que não poderiam participar da entrevista coletiva, outros profissionais mesmo trabalhando em outros serviços fizeram uma adequação para que participassem. Outros estavam de férias, alguns de licença. Ao final das visitas oito profissionais se comprometeram a participar do grupo focal, somente uma não compareceu no dia agendado. Todos os profissionais preferiram se deslocar para o município de Pedreiras alegando que aproveitariam a ocasião para resolver outros assuntos.

Compareceram no dia combinado sete profissionais, uma psiquiatra, uma enfermeira, uma pedagoga, duas assistentes sociais e duas psicólogas.

O grupo focal aconteceu numa sala fechada, livre de interferências e que garantiu confidencialidade e ininterrupção ao processo. A sala foi previamente preparada, garantindo a boa e estratégica arrumação de acomodações para os participantes. Além de todo o material a ser utilizado, como gravador e um café da manhã que foi proporcionado ao início da entrevista.

Considerando o meu envolvimento com os participantes da pesquisa e com o próprio campo, o grupo focal foi conduzido por outra pesquisadora do grupo de pesquisa, acompanhada de duas bolsistas de iniciação científica.

O grupo teve duração de 107 minutos, o relato dos participantes foi gravado e posteriormente transcrito.

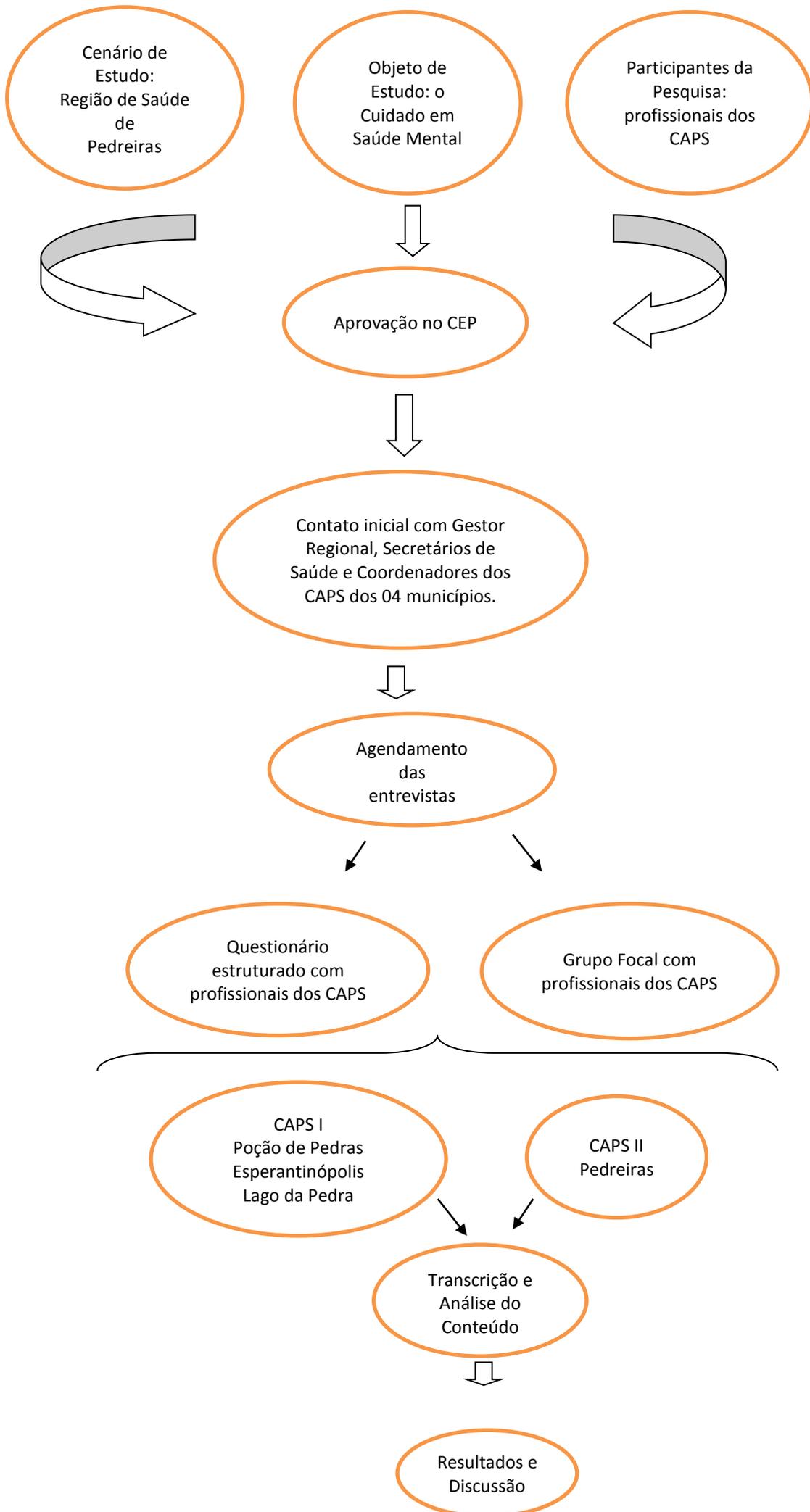
4.5 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi orientada pelos princípios éticos previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege as pesquisas que envolvem seres humanos (Apêndice D). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informado sobre todas as questões referentes à pesquisa e sua participação. O presente estudo teve sua autorização determinada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, segundo aprovação CAAE 54336416.3.0000.5087, parecer nº 1548765, emitido em 17/05/2016.

4.6 Análise

Foi realizada Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática que segundo Minayo (2012) é a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

A seguir os passos realizados para coleta de dados.



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados produzidos após realização do grupo focal foram analisados e agrupados em eixos temáticos, tomados como categorias. As categorias são: A concepção de CAPS na experiência dos profissionais; O cuidado em saúde mental; A Rede de cuidados em saúde mental e O usuário ora sujeito ora doente mental. Inicialmente serão caracterizados os participantes da pesquisa.

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Por se tratar de um universo comum aos trabalhadores de saúde mental e ter como campo de pesquisa os CAPS de uma mesma região de saúde, optou-se por não descrever dados detalhados sobre o perfil sócio-demográfico dos participantes, pois facilmente estes seriam identificados no cenário da pesquisa.

Participaram da pesquisa sete profissionais dos CAPS, todos do sexo feminino. A faixa etária variou de 22 a 66 anos. Pertencem a distintas categorias profissionais. A psiquiatra e a enfermeira possuem especialização em saúde mental e em outras áreas, uma das psicólogas também possui especialização em saúde mental. A pedagoga, as duas assistentes sociais e as duas psicólogas trabalham em CAPS-I, a enfermeira trabalha em CAPS-II e a psiquiatra trabalha em CAPS-I, CAPS-II e CAPS-AD.

5.2A concepção de CAPS na experiência dos profissionais

Essa categoria traz como os profissionais do estudo veem o serviço que trabalham e como descrevem a dinâmica de funcionamento desse serviço. Também inclui o modo como os profissionais vislumbram como deveria ser esse serviço. Além das limitações que surgem como consequência de um perfil social do CAPS sob o olhar da exclusão e do descaso.

Os profissionais consideram o CAPS como um lugar de acolhimento com cuidado humanizado, abrangendo aspectos que possam oferecer mais qualidade de vida aos usuários. Entretanto, alguns apontam como um local em que se busca o “tratar”, focando as características biopsíquicas do ser humano.

“CAPS é acolhida [...]” (P1)

“Eu acho assim, CAPS é um instrumento, né... de tratamento, né? Ele é também de apoio...ali é o lugar onde eles encontram um... um diferencial no atendimento, né... um diferencial ali, de certa forma, de suas necessidades em relação ao seu estado psíquico [...]” (P2)

“O CAPS, a meu ver, não é isso... entendeu? Ele tem todo um contexto, tem toda essa pessoa [...]” (P6)

“[...] Então, o Ministério [da Saúde] resolveu colocar os CAPS pra humanizar o serviço de saúde mental. (P4)

Apesar dos profissionais reconhecerem que o CAPS deva ser um ambiente que se sustente no acolhimento, no apoio às necessidades dos usuários e sejam pautados em princípios da humanização do atendimento, compreendemos que o acolhimento não deve se restringir ao tratar bem e ao ouvir atentamente o usuário, deve ser também pautado na “atitude” dos profissionais diante da demanda, na responsabilização pelas situações. O estudo de Ballarim et al (2011) avaliou as práticas de acolhimento na percepção dos profissionais do CAPS, foi constatado o sentido de acolhimento para além da escuta qualificada, convocando os trabalhadores para uma revisão do processo de trabalho. Para Schneider et al (2009) o acolhimento estreita os laços entre trabalhadores e usuários e nessa prática se destacam os encaminhamentos e a escuta, pois através da escuta e de um espaço para reflexão possibilita-se a transformação do usuário em corresponsável por sua saúde, incentivando-o à construção de sua autonomia e cidadania.

Nas falas seguintes, percebemos o quanto os CAPS ainda enfrentam desafios para implementar o que propõe a Política Nacional de Saúde Mental. Reuniões com familiares, atividades em grupo e projetos terapêuticos, não vêm sendo realizadas e quando acontecem são de forma desarticulada e sem discussão das mesmas por parte da equipe.

“[...]... Mas, os grupos mesmo que a gente fazia anteriormente, acabaram... era muito importante se esses grupos de familiares funcionassem... Não há um projeto terapêutico do paciente... Não tem. Não tem... E eu sei que precisa [...]”(P2)

“[...] no CAPS não existe reunião de... pelo menos nos que eu trabalho... não existe reunião de família [...]” (P4)

“Tem... Grupo terapêutico... Tem... dia de quinta-feira, tem...Pra quem tá na casa a gente discute, quem tá na casa. Quem tá na casa a gente discute [referindo-se à discussão de casos].” (P5)

“Não há uma programação... É aleatória...“A gente nem faz esse grupo [grupo terapêutico] [...]” (P6)

Os grupos de familiares são imprescindíveis no processo de reinserção social, já que a família é um importante mediador dos laços sociais (SCHNEIDER et al., 2009). Além das reuniões familiares não estarem acontecendo, o contato com as famílias se restringe ao acompanhamento do familiar no momento da consulta e as poucas visitas domiciliares que ora ou outra são realizadas.

Serviços de saúde mental como os CAPS apresentam um cotidiano de funcionamento que considera o perfil dos usuários que são atendidos além das datas comemorativas e a agenda cultural local. Com base nessas informações são organizadas atividades que estimulem a participação dos usuários com o intuito de inseri-lo socialmente.

Os CAPS deveriam realizar diferentes atividades conforme o projeto terapêutico de cada usuário. Entretanto, nos CAPS pesquisados faltam materiais básicos para o desenvolvimento de qualquer atividade em grupo, em especial para oficinas terapêuticas. Ainda assim, segundo os profissionais, essas oficinas são realizadas, mas são questionadas pelos próprios.

“Eu fico indignada é com as oficinas [...] Aquela coisa de... jornaizinhos sempre, né? Parece assim, parece uma cópia de cada CAPS, por que não tem oficinas mais sofisticadas? [...]”. (P6)

“Isso não existe [...] [risos] Não existe oficina na verdade, né? Não existe oficina [...]”. (P2)

“Então eu vejo, lá... eles ficam muito tempo ociosos, porque não tem, não vai material para as oficinas, e eles ficam muito... porque falta material para as oficinas e eles ficam lá [...]”. (P3)

É possível perceber na fala de alguns profissionais um incômodo com a ociosidade dos usuários e da impossibilidade de realizar ações além do básico.

Eis que a falta de materiais para a realização das oficinas terapêuticas é uma limitação importante já que vão de encontro à proposta da reforma psiquiátrica ao ter os CAPS como serviços substitutivos. As oficinas terapêuticas são um recurso imprescindível na proposta da reforma psiquiátrica e sua construção deve ser coletiva para que não seja apenas um espaço de reprodução automatizada pelos usuários. Entretanto, na falta de materiais, os espaços da comunidade podem ser utilizados buscando integrar usuários a novos sujeitos (SILVA; MORAES, 2008).

Dessa forma, a constante falta de materiais para as oficinas terapêuticas poderiam ser atenuadas com a utilização dos espaços fora dos muros do CAPS, já seria uma ponte para a intersetorialidade.

Além disso, os CAPS apresentam recurso próprio conforme a portaria nº 3.089/11, variando de acordo com a modalidade. Além do recurso federal deve existir uma complementaridade do Estado e dos municípios que podem ser através de apoio institucional e/ou financeiro a essas instituições. Entretanto, o que se vê na prática é que apenas os recursos federais são considerados e, mesmo assim, mal aplicados.

Além desses serviços enfrentarem dificuldades para o fornecimento de materiais para terapia ocupacional, também foi possível identificar problemas básicos como a falta de medicação e de transporte para os CAPS, isso interfere diretamente na produção do cuidado, pois a garantia da possibilidade de oferta de medicações para o tratamento do sofrimento mental é fundamental, bem como a disponibilidade de transporte para a realização de visitas domiciliares que visem à continuidade e extensão do cuidado.

“[...] o paciente não tem também a medicação porque os CAPS não fornecem medicação. Alguns a gente consegue fazer com que eles vão pra FEME pra receber aqueles medicamentos mais caros [...]”. (P4)

“[...] A gente é muito limitado de sair dali, o tempo é pouco, as circunstâncias, os gestores [...] As dificuldades do trabalho do assistente social associada à falta de transporte”. (P3)

“[...] tem as coisas pra fazer e pra ir nas casas deles é muito ruim, não tem transporte, várias questões[...]”. (P5)

Segundo os profissionais, a falta da medicação é comum a todos os serviços desse estudo. Embora essa pesquisa não vise enaltecer o uso do medicamento como principal opção de tratamento, desconsiderar a importância dessas medicações no tratamento, seria negligenciar a necessidade dessa terapêutica. O estudo de Andrade e Bosi (2015) sobre a qualidade do cuidado, sob o olhar do usuário, constatou que a prescrição de medicamentos adequados foi lembrada diversas vezes pelos usuários dos CAPS caracterizando qualidade do cuidado, uma vez que os efeitos colaterais dos medicamentos psicofármacos os afetam de forma significativa.

Compreendemos que os serviços desse estudo não têm funcionado de forma substitutiva ao modelo hospitalocêntrico: o imprevisto, a descontinuidade das ações tem sido uma rotina, a (des) organização desses serviços se configurou como uma lacuna para o cuidado em saúde mental. Recursos terapêuticos que são alicerces para a reinserção social e dispositivos de “cuidado” no cenário psicossocial

não vem sendo ofertados pelos CAPS. Os profissionais descrevem o dia-a-dia dos CAPS como uma rotina estática, “o mesmo de sempre” (P2).

“É... aí eles ficam lá; eles lancham, eles dormem, fazem alguma coisinha ali quando (acorda)... muita coisa improvisada nos CAPS... Ai, vamos fazer alguma coisa porque não tem nada previsto, não tem material[...]” (P3)
 “[...] eles realmente vão, assim de segunda a sexta eles tão lá e nem tem esse atrativo. (P6)

Os profissionais reconhecem os improvisos e a ausência de atividades, como relatou P3. Contudo, a partir das falas dos profissionais, percebemos que os usuários buscam esse serviço mesmo com todos os limites já indicados. A dinâmica de funcionamento do CAPS não tem deixado espaço para que o usuário “construa junto” o fazer do dia-a-dia desses serviços. Figueiró e Dimenstein (2010) apontam os CAPS como uma instituição propulsora da heterogestão: usuários não têm vez diante de uma equipe multiprofissional detentora do saber. A desinstitucionalização se constitui na mudança de paradigma das relações viciadas, para o modo de atenção psicossocial que deve se opor as relações institucionalizadas (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015). Questionamo-nos sobre o fato dos usuários buscarem esses serviços mesmo com todas as lacunas, entendemos que essa busca deva estar relacionada à necessidade desses usuários de se relacionarem socialmente, já que a saúde mental é pulverizada pelo preconceito, assim, a instituição CAPS acaba sendo um emaranhado de vínculos sociais fortes.

Outro ponto descrito pelos profissionais é a utilização dos CAPS em municípios de pequeno porte como ambulatório, com a presença de uma grande demanda de usuários, sem necessariamente fazerem acompanhamento contínuo. Por outro lado, os que fazem atendimento contínuo, são mais visto pela equipe que acaba discutindo esses casos mesmo que seja de forma improvisada.

“Então, assim, tem dia que a gente chega lá e tem inúmeros pacientes pra gente atender de forma clínica... Tipo assim, ambulatório, né? ... é uma outra questão é que a maioria dos usuários de CAPS, usam CAPS como ambulatório [...]” (P2)

Nos CAPS em estudo há uma grande demanda de usuários que não precisariam de um acompanhamento contínuo, mas ambulatorial. Isso acaba sobrecarregando profissionais que poderiam destinar o tempo que têm nos CAPS para a construção de projetos terapêuticos singulares. Os CAPS não parecem focar

suas atividades nos casos mais graves, mas a não articulação com a rede de atenção primária, parece não possibilitar o fortalecimento desses profissionais para cuidarem na atenção primária dos usuários que não precisam de um serviço de atenção à crise.

Para isso, seria necessária a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes da rede básica e isso aconteceria através do NASF (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011). O NASF usa como proposta central o apoio matricial, ferramenta para a tecnologia de gestão, isto é, o apoio matricial engloba duas estruturas de sustentação, que são a assistencial e a técnico-pedagógica. Na dimensão assistencial poderiam produzir ação clínica direta com os usuários da saúde mental, mas para isso profissionais especializados em saúde mental fariam parte da equipe do NASF, e a outra seria a ação técnico-pedagógica que iria produzir ação de apoio educativo com e para a equipe sobre itens específicos da atenção psicossocial (BRASIL, 2010).

Além do entendimento dos profissionais sobre o que é o serviço CAPS, bem como das condições ofertadas para que esses serviços funcionem, os profissionais têm como objetivos do CAPS: o alívio do sofrimento psíquico; o bem-estar dos usuários; a reinserção e reintegração do usuário na sociedade através de ações de uma equipe multiprofissional coesa.

“Mas, ainda assim, pro paciente, eu vejo que ele indo até o serviço, buscando o serviço, ainda é uma forma de alívio, uma forma de amenização do seu sofrimento... elevê como uma referência para as necessidades dele... [...] Eu acho que os CAPS ainda acontecem, ainda funcionam, o paciente e a família ainda veem como um referencial, como amenização do sofrimento, por conta do profissional que se empenha em realizar algo [...]” (P2)

“[...] é integrar, é desenvolver... e reintegrar essas pessoas na sociedade... Mas, eu acredito que o diferencial do CAPS é uma equipe multidisciplinar, uma equipe multiprofissional, e quando essa equipe caminha de mãos dadas, pode sim acontecer um trabalho que faça diferença na vida dos usuários e que consiga até romper com muitas... muitas dificuldades;ultrapassá-las e alcançar o objetivo principal que é o bem-estar do usuário, é a qualidade de vida, é a reinserção.” (P7)

Percebemos que os profissionais reconhecem, entretanto, que no CAPS não são realizadas as ações como deveriam.

“Mas, a gente percebe trabalhando, que o CAPS, é... ele tem esse lugar... o profissional tem, mas a forma... e a forma de trabalho não é feita assim.” (P6)

Ao realizar a entrevista coletiva, entendemos que houve uma provocação para a autoavaliação, isso poderia justificar a reflexão da profissional na citação acima. Entendemos então, que momentos que estimulem esta autoanálise poderiam ser produzidos nesses cenários de trabalho. Assim, o apoio institucional constituído de momentos regulares de supervisão clínica e de momentos de oficinas que ampliassem a capacidade de planejamento para além do básico poderia ser uma ferramenta importante num processo contínuo de mudança do “fazer” na instituição CAPS (SANTOS-FILHO, 2008). No estudo sobre a avaliação de um CAPS, a equipe apontou que para a organização do trabalho há a necessidade de capacitação e supervisão em equipe por alguém de fora do serviço (SCHNEIDER et al., 2009).

Nas falas a seguir é possível notar a perspectiva dos profissionais sobre um ambiente de trabalho diferente do atual.

“[...] o nosso serviço lá... Como a gente acha que poderia ser melhor. A gente tem tantos planos, né? Eu quando; Ah, tu vai trabalhar no CAPS, a gente pensa tantas coisas, né, a gente fica como se fosse planejando... a gente planeja, aí quando chega na hora não tem como por em prática... é um trabalho difícil, mas eu acredito que é possível, é claro que eu acredito e, é, a gente tem que fazer aos poucos.” (P3)

“[...] A gente acha que a gente não fez nada, a gente acha que a gente não deu um bom acolhimento, mas eu acho, que apesar de todas essas falhas, a gente ainda faz alguma coisa... apesar de tudo isso, eu acho que o CAPS ainda é o melhor meio de tratamento... Mas, de qualquer maneira, é um local que eles sabem que eles podem ir a hora que eles sentirem necessidade.” (P4)

“Eu acredito que mesmo diante de todas as dificuldades, quando a gente tem o mesmo propósito, o mesmo objetivo, e que toda a equipe tem um compromisso, uma responsabilidade, o trabalho pode acontecer, talvez não como deveria, como a gente deseja, como a gente tem aquela vontade, mas, de alguma forma, ele sai melhor do que era pra acontecer dentro, ou mediante às situações, às limitações, todas as dificuldades [...]” (P7)

Também é possível notar a convicção de que o CAPS ainda é o melhor recurso terapêutico no universo psicossocial. Entretanto, entendemos que os profissionais compreendem a proposta dos CAPS como dispositivo alternativo, funcionando de forma peculiar de acordo com as investidas da equipe inseridas nesse contexto. A dificuldade de se colocar em prática o paradigma psicossocial pode estar relacionada a diferentes fatores desde fatores externos como o apoio da gestão; fatores internos como problemas no processo de trabalho, até o próprio perfil dos profissionais (DANTAS; ODA, 2014). Há um empenho dos profissionais em compreender a proposta dos CAPS como serviço substitutivo, porém, a forma como esses serviços estão organizados, a linha de cuidado adotada está mais para um

serviço alternativo. Isto é, fora o hospital psiquiátrico tem o CAPS funcionando como serviço extra-hospitalar, mas aos moldes ambulatoriais.

Segundo os profissionais, os CAPS estudados se mostram como um lugar cuja oferta terapêutica é mais ambulatorial, com poucos espaços de construção e discussão coletiva. Ressalta-se a importância do apoio da gestão para que esses serviços funcionem adequadamente, bem como espaços de reflexão intraequipes para que o “modo de fazer” seja discutido e moldado para um redirecionamento do modelo assistencial (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010).

Contudo, no campo da saúde mental, na percepção dos profissionais incluídos nesse estudo, os CAPS assumiram uma prática de exclusão e descaso. As questões políticas em municípios de pequeno porte se somam a falta de critérios técnicos que alguns gestores apresentam diante do cargo ora ocupado. A esclarecer, que durante a entrevista os profissionais designaram de gestores os secretários de saúde e prefeitos e não o coordenador dos CAPS. Dessa forma, segundo as falas dos profissionais, os serviços de saúde mental não são vistos com respeito por esses gestores e conseqüentemente isso provoca insatisfação e frustração.

“[...] mas, como você disse, todos nós sentimos essa insatisfação... A gente tem aquela vontade que o serviço ande, é uma frustração... Tem a questão política, também, né? Que às vezes você quer, mas não; fulano de tal precisa mandar... Você não pode programar... Os gestores, no caso, os nossos prefeitos; eles não nos ajudam. Eu trabalhei uma vez com determinado prefeito, que foram pedir sabonetes para os pacientes e ele virou pra pessoa e disse: “E doido precisa de sabonete? Pra quê doido quer sabonete? [...]” (P4)

“É como eu falei, as vezes a gente tá lá, contrato os técnicos e coloca lá e “Ah, tá precisando de emprego joga lá pro CAPS.” Chegam lá e falam assim: “Fulano tá precisando de um emprego. Onde é que a gente pode botar ele? – Nan... bota lá no CAPS”. [risos] (P2)

A forma como os gestores veem os serviços de saúde mental influencia na qualidade do serviço ofertado à população, pois a partir dessa compreensão, serão proporcionadas condições de trabalho. Santos – Filho (2008) relata que no cotidiano dos serviços, os profissionais têm convivido com inúmeros problemas, de âmbito estrutural e de processo de trabalho, resultando em desgastes e sobrecarga diária aos profissionais, para isso sugere uma atualização dos gestores ressaltando a necessidade e compromisso institucional.

Dessa forma as questões políticas nesses municípios menores atrapalham qualquer arquitetura pensada para o “cuidar” dos sujeitos inseridos nesse processo, vários profissionais trabalham nos CAPS por indicação política, o que prejudica a qualidade do serviço.

O perfil profissional dos trabalhadores dos CAPS foi apontado como um desafio para as relações terapêuticas que são tão importantes no âmbito da saúde mental.

“[...] eu trabalho num CAPS onde tem um psicólogo que ele não fica cinco minutos com o paciente, ele não se comunica com a equipe do CAPS, então, a falha, de quem é? É do próprio profissional... Então o CAPS veio trazer melhoras pra saúde mental? Veio. Mas, os profissionais[...]”. (P4)

“[...] Eu acho que ainda existe isso por conta da formação do profissional.” (P2)

“Não põe em prática [sussurrando]. A questão que eu acho que limita é com relação aos profissionais que estão ali.” (P6)

Além das limitações já mencionadas, foi possível perceber no discurso dos profissionais que a indisponibilidade para estar presente no serviço atrapalha o planejamento e desenvolvimento das atividades.

Os CAPS pesquisados estão localizados em cidades de pequeno porte no interior do Estado, e algumas categorias profissionais não residem nesses municípios. Assim, muitos profissionais se deslocam da capital do Estado ou de outros municípios para trabalharem nos CAPS. Esses profissionais tem uma carga horária reduzida contratada pelo gestor, o que atrapalha no encontro com outros membros da equipe. Assim, as reuniões de equipe acontecem de forma improvisada na tentativa de discutir casos isolados ou não acontece, isso acontece por conta do desencontro desses profissionais.

“[...] A dificuldade de trabalhar em grupo devido a frequência dos profissionais nos mesmos dias [...]”. (P2)

“Porque cada um trabalha em dia diferente [...]”. (P4)

“[...] É muito difícil conseguir isso... porque, é... a equipe trabalha, os profissionais trabalham, é, em dias alternados, dias diferentes da semana, então pra coincidir e encontrar todos, é difícil[interpondo] Outros moram em outra cidade... e geralmente mora longe [...]”. (P6 e P7)

“No contrato, é quinze dias que trabalha o profissional.” (P1)

Dessa forma, a falta de tempo de vários profissionais surge como empecilho para o desenvolvimento das atividades. Os profissionais indicam que alguns apresentam uma carga horária insuficiente para o desenvolvimento das

atividades ou não há o encontro com os demais membros da equipe, que não é realizado um planejamento entre a equipe, discussões de casos, bem como outras ações imprescindíveis para o cuidado em saúde mental. A disponibilidade dos profissionais para a realização das atividades no CAPS interfere diretamente na qualidade do cuidado, já que o desenvolvimento do trabalho no CAPS deve ser de forma singular considerando nesse contorno a construção de vínculos com usuários /família/comunidade e o processo de territorialização e articulações intersetoriais (ANDRADE; BOSI, 2015).

Além dos problemas elencados, a não residência dos profissionais nesses municípios interfere no modo de organização do trabalho, mais especificamente na pactuação dos dias em que os profissionais estão no serviço. Como os trabalhadores das equipes não estão todos os dias da semana, o encontro entre eles para trocas, reuniões e compartilhamento do trabalho fica dificultado. Essa dinâmica, segundo eles próprios, acaba desagregando a equipe pela falta do “encontro”. Soma-se a isso outra questão trazida também pelos profissionais: os cargos por indicação política, que parecem estar sendo ocupados por trabalhadores que se apresentam pouco comprometidos com o trabalho. Como esses profissionais têm contratos de trabalho feito diretamente com gestores do nível central, os demais trabalhadores tem pouca ingerência sobre a pactuação da carga horária de trabalho, o que gera desconfortos e mal estar entre os profissionais de uma mesma equipe.

Dessa forma, os acordos firmados entre a equipe acabam não sendo cumpridos, o que acaba desestimulando-a.

“[...] O difícil que eu acredito pra desempenhar esse serviço... esse trabalho, inclusive lá onde eu trabalho, é... integrar esse grupo. É que todos tenham o mesmo compromisso, a mesma responsabilidade, e realmente fazer acontecer... E se, pontuamos, a partir disso e a gente (amarra) alguns acordos, só que, dificilmente acontece... além da... da liberação de material e de estrutura, é a integração da equipe. É realmente trabalhar em uma mesma sintonia [...]” (P7)

Assim, o entrosamento e o não cumprimento com o mínimo que é pactuado repercutem em outros pontos importantes para o cuidado em saúde mental de usuários do CAPS.

O ambiente dos CAPS descrito pelos profissionais permeia por situações que vão desde a falta de condições ofertadas por gestores para que o serviço

funcione adequadamente, até a própria dinâmica do CAPS prejudicada por conta de carga horárias insuficientes e conseqüentemente pouca integração da equipe para planejamento e organização das atividades.

Os profissionais participantes do estudo demonstram sentimento de impotência ao se visualizarem na base da pirâmide da estrutura do serviço de saúde. Os municípios de pequeno porte apresentam uma estrutura organizacional de média complexidade, sendo elas atenção básica, hospitais gerais e maternidade, serviços específicos como Centro de Especialidade Odontológicas, Serviço de Atendimento Especializado, Vigilância Sanitária e os CAPS. Entretanto, apesar dos problemas estarem em toda a rede de serviços, como cita P7, os serviços de saúde mental ficam à margem, desvalorizados pelos gestores (na gama) da produção do cuidado, como enfatiza P2.

“Nós somos muito limitados, a tudo: de uma caneta... né, assim... até a uma cadeira, às vezes, pra você sentar e essa limitação é extrema... Então, assim, nós temos limitações, assim, absurdas.” (P2)

“[...] eu acredito que não só no CAPS, mas no sistema público de um modo geral, infelizmente, deixa muito a desejar tanto na questão da estrutura quanto nos recursos necessários pra que a gente desempenhe um bom trabalho.” (P7)

“[...] Se vai fazer uma festa, ou algum evento, aí fica pedindo pro gestor, pedindo, pedindo... Ele te dá cem reais, eu já vi um gestor fazendo assim: “Ó, tá aqui, toma cem reais, faz a festa...” [faz gesto de como jogasse o dinheiro] ...“E a gente sabe que o CAPS tem um valor x pra ser usado dentro do CAPS... “Mas, todos os serviços públicos que eu conheço de CAPS, funcionam desse jeito... Realmente, não funciona [...]”. (P4)

Oferecer um atendimento de qualidade e humanizado à população implica na transformação do sistema como um todo, para isso são necessários mudanças na formação dos trabalhadores da área da saúde e investimentos na infraestrutura dos serviços (LOPES et al., 2012). Segundo os relatos dos profissionais, há falta de estrutura para que os serviços funcionem adequadamente. Cenário semelhante encontraram Andrade e Bosi (2015) ao estudarem sobre a qualidade do cuidado sob o olhar dos usuários num CAPS do Ceará. Os autores referem deficiência nos aspectos estruturais e descontentamento ante a falta de medicamento e recursos humanos. Por outro lado, no estudo realizado por Leal e Antoni (2013) nos CAPS da região metropolitana de Porto Alegre, tanto a estrutura quanto os recursos são suficientes para a realização de um trabalho adequado para o atendimento da clientela.

As falas indicam que o não reconhecimento do trabalho realizado nos CAPS, faz com que o gestor não deixe o CAPS ter visibilidade.

“Eles colocam primeiro; colocam num lugar isolado, né? Colocam num lugar isolado, num lugar mais distante [...]” (P2)

“[...] a primeira coisa que o gestor faz é colocar o CAPS fora de visibilidade, né? [...]” (P5)

A localização do CAPS em locais distantes e de difícil acesso interfere diretamente na possibilidade dos usuários de acessar esse dispositivo. Ao analisarmos o território, consideramos algumas características, umas delas está no perfil dos sujeitos que lá habitam qualificados por suas vidas e suas relações (SILVA; PINHO, 2015). Isto é, a conotação que gestores têm sobre o perfil social do CAPS e seus usuários o fazem estabelecer um limite territorial onde essa instituição deva funcionar, optando por locais distantes do entorno social da cidade.

Além disso, os profissionais entendem que o CAPS funciona para o gestor como um local de punição, pois ao ter um funcionário considerado problema, o mesmo é encaminhado para trabalhar nesse serviço.

Outra interferência para a qualidade do serviço em saúde mental está diretamente relacionada à valorização dos profissionais. Os profissionais relatam que são contratados com carga horária mínima associada a salários extremamente baixos.

“Eles já chegam assim, eles já chegam assim: “Eu vou te oferecer, ó, o teu salário é tanto pra vocês ficar dois dias. ...Eu acho que a visão, né? Da administração pública voltada assim pra importância do serviço, né? De saúde mental no município, que não é valorizada.(...)“A valorização dos profissionais que também não existe.” (P2)

“É... pelo menos consiga sair, né... e a gente, todos, eu digo porque eu sei que não é só eu, todos nós nos sentimos frustrados... A gente se acha impotente.” (P4)

“Então, é, é, a gente não pode ficar com, tem CAPS aqui que paga mil e quinhentos reais, mil e poucos reais. Aonde que um profissional desse vai ficar a semana inteira trabalhando? Então ele vai ter que fazer o trabalho de ficar aqui, ali, acolá. Então ele fica um dia, dois dias num CAPS daqui, aí outro dia no outro CAPS. “Eles não tão nem aí com carga horária.” [...] “A valorização dos profissionais, né? Que não acontece [...]” (P6)

A desvalorização dos profissionais da saúde mental está presente na fala dos profissionais de todos os serviços desse estudo. Há uma queixa homogênea quanto a essa desvalorização, com exceção para os acordos políticos que são realizados entre gestores e alguns profissionais. Assim, não é raro que os

profissionais tenham sua carga horária reduzida e esses trabalhadores acabem buscando outros municípios que compensem essa desvalorização. Isso gera sobrecarga de trabalho e interfere diretamente na qualidade do serviço ofertado à população.

Ao considerar o contexto que esses serviços estão inseridos, compreendemos que a dinâmica de funcionamento, tal como o processo de trabalho tem sofrido implicações significativas pela falta de apoio dos gestores.

Percebemos que nos CAPS estudados faltam itens básicos que influenciam fortemente no ato do cuidar. Apesar de problemas relacionados à equipe de profissionais tais como carga horária insuficiente, perfil profissional incoerente para o trabalho na saúde mental, percebemos que alguns profissionais têm demonstrado comprometimento com a proposta de atenção psicossocial.

5.30 cuidado em saúde mental

O cuidado em saúde mental retrata a organização do trabalho que culmine com as práticas que levem ao cuidado psicossocial no serviço CAPS. A configuração do cuidado abrange dispositivos que fazem parte do funcionamento e do cuidado prestados aos usuários do CAPS, ou seja, as ações que são realizadas na dinâmica de funcionamento do CAPS.

Foi considerada nessa configuração a forma como as equipes têm se organizado nesses serviços; as dificuldades na transversalidade do cuidado realizada através de reuniões de equipe, discussões de caso, grupos de usuários e o cuidado ao usuário em situações de crise; a construção do projeto terapêutico.

O cuidado em saúde mental está pautado na sensibilidade dos profissionais perceberem as necessidades dos usuários num processo contínuo de respeito mútuo (MIELKE et al., 2009). Para a integralidade do cuidado acontecer é necessário enxergar o usuário como sujeito considerando todas as dimensões do ser humano (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010).

“[...] não vejo só a enfermidade, eu olho ele como um todo, profissional...
[...]” (P5)

“[...] eu olho o que é, o que que é importante pra essa pessoa, o que que ele necessita, o que que tá impedindo ou dificultando essa, a ressocialização.”
(P7)

O cuidado descrito pelos profissionais dimensionou os sujeitos nas suas particularidades e necessidades. Há um esforço de dimensionar o usuário como um todo, ou seja, do ponto de vista da integralidade.

Sobre esse cuidado, os profissionais fazem referência a aspectos pessoais, familiares e sociais acolhidos nesse processo.

“[...] é assim, paciente do CAPS, a gente tenta, assim, de alguma forma melhorar a qualidade de vida dele. (...) A gente vê as questões aí que influenciam, as questões que influenciam na dinâmica de vida dele, as questões familiares, a gente faz escuta até das questões amorosas, [...] mas também, assim, eu busco ver as queixas dele no todo [...]” (P2)

Para o cuidado em saúde mental a escuta qualificada é relevante numa relação terapêutica que envolva trabalhador e usuário. Eis que ouvir atentamente o usuário numa situação de sofrimento mental faz dessa escuta uma prática importante em todo o processo de cuidado. Ballarin et al (2010) destaca que nas práticas terapêuticas o acolhimento é uma das dimensões envolvidas no cuidado e a escuta qualificada é essencial para que o cuidado de fato aconteça. Além do acolhimento outro objetivo das práticas terapêuticas é a reabilitação da pessoa que está em sofrimento psíquico, para isso o trabalho coletivo através de intervenções multidisciplinares que incluam a participação do usuário e da família devem ser trabalhadas (MIELKE et al., 2011). No relato acima a profissional fala sobre a importância da qualidade de vida para os usuários. Isso é importante, pois fala dos diferentes dimensionamentos que interferem na vida desse usuário. Assim, compreendemos que para esse objetivo é necessária uma construção coletiva das práticas terapêuticas envolvidas no cuidado aos usuários.

Sabemos que o cuidado em saúde mental nos CAPS é realizado por equipe multidisciplinar. A equipe é a base, se constituem no principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em atenção psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Para esse cuidado são fomentadas construções compartilhadas do processo de trabalho. Porém, nesse estudo, percebemos que as ações estão sendo realizadas de forma individualizada, ou seja, a organização das equipes é mais multiprofissional e pouco interdisciplinar. (P6, P7, P2)

“[...] Faz um atendimento como se fosse clínico, onde a gente senta: “tá aqui o psicólogo, tá aqui o paciente, fala aí”, e não é isso ...tem o todo desse paciente que não é visto [...] Existe na unidade (...)o especialista em saúde

mental, a enfermeira, assistente social, mas não existe um trabalho, assim, de equipe; a gente fala isolado do caso.” (P6)

“Termina que sendo, eu acho assim, uma ação individualizada, né? Eu vejo dessa forma, porque assim, não é a mesma dificuldade que ela tem essa iniciativa que todo profissional tem de fazer, de acontecer, de pôr em prática o teu conhecimento, teu nível de conhecimento, tu busca lá, tu pesquisa, tu trás informações, mas termina que sendo a questão, batendo na tecla da questão de todos os profissionais sentarem e planejarem em conjunto as ações a serem colocadas em prática, né? Então assim, parte da tua ação individual, do teu empenho, das tuas, né? Das tuas iniciativa, né?” (P2)

A interdisciplinaridade é imprescindível. Franco e Junior (2004) dizem que o desafio para uma assistência integral à saúde está na necessária reorganização dos processos de trabalho. Para reorganizar o processo de trabalho as relações precisam ser horizontais, com criações coletivas e que aspire a transversalidade (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Além do processo do cuidado pouco compartilhado, ainda se observa condutas que indicam uma medicalização da assistência.

“[...] e fingindo que o usuário, ele tá sendo, é... tratado. E ele não está. E ali fica tomando remédios, aqueles remédios que já podiam ser tirados, ou diminuídos, ou dependendo (da forma), se já se visse esse todo do paciente, mudava [...] Ó, a gente faz esse atendimento, sabe que é errado, mas não tenta fazer uma mudança. E às vezes quando a gente chega e tenta fazer: “Não, não dá...por isso e por aquilo”, aí você vai se podando e se enquadrando, e fazendo aquilo que é errado, mas vão te levando [...] Então, eu sou levado na bola de neve: ela me passa, eu olho, eu escuto, eu escrevo lá pro especialista, ele olha e muda, ou aumenta, e aí ele fica só... rolando, lá no CAPS e a gente sabendo que não tá sendo feito.” (P6)

Lima et al (2012) ao realizar um levantamento de artigos científicos em diferentes bases de dados identificou que a medicalização, hospitalização e o modelo biomédico ainda predominam na saúde mental. Embora venham sendo feitos esforços no sentido de uma mudança de modelo, ainda há muito o que avançar na reorganização dos processos de trabalho. Nesse sentido, Franco e Junior (2004) dizem que a principal forma para as mudanças dos serviços de saúde é a organização dos processos de trabalho, só assim esses serviços operaria de forma centrada no usuário e suas necessidades.

Na tentativa de enfrentamento desses desafios, alguns profissionais buscam outros membros da equipe no sentido de trabalhar de forma interdisciplinar.

“Olha, esse paciente aqui tá assim, vamos ver se melhora ou não, ou precisa ver um ajuste, o que que a gente pode fazer por ele.”É... E a gente não envolve só paciente, envolve também, acabando vendo também a

questão familiar, se há uma, um, um, uma questão familiar envolvida. Aí já entra uma visita, uma, fazer uma visita que precisa ser feita, aí a gente manda chamar essa família pra saber como é que tá essa dinâmica familiar em casa, né? O que que tá interferindo ali na melhora do paciente ou na piora dele, as vezes até pela própria fala do paciente, a gente manda chamar ou faz a visita. A gente tenta assim, dentro do, dos, dos pacientes que eles têm essa maior evidência, né? Que a gente tenta fazer, englobar um pouco de tudo, né? Discutir, tanto quando há melhora ou quando há uma recaída além e a gente busca entender o que é, o porquê essa recaída.” (P2)

O olhar interdisciplinar na prática profissional considera às relações sociais, às expressões emocionais, afetivas e biológicas do sujeito sob seus cuidados (ANDRADE; BOSI, 2015). Na integralidade do cuidado as ações devem ser guiadas pelas necessidades dos sujeitos e da coletividade em detrimento a imposição vertical de condutas guiadas por um modelo biologicista (BONFADA et al., 2012). Dessa forma, o grande desafio para a integralidade do cuidado nos CAPS está na singularidade do usuário, ou seja, cada usuário apresenta história de vida, necessidades e expectativas diferentes.

[...] estudar o caso de fulano. Porque aquela medicação que foi prescrita pelo psiquiatra... Por que eu não posso discordar... Por que eu não discuto, falo, sento com ele, discuto com a assistente social, com a enfermeira... “Vamos ver aquele caso pra ver se a gente melhora aquela situação [...]” (P6)

Embora os profissionais percebam os usuários de forma singular, a reorganização do processo de trabalho é necessária para que a equipe tenha momentos de discussão dos casos e pactuação das terapêuticas, além de compartilhamento de anseios. Esses espaços são importantes tanto entre a equipe, como também da equipe com os usuários.

Os próprios profissionais apontam a falta de espaços de discussão entre a equipe. Para Ballarin et al (2010) a reorganização do processo de trabalho se faz através dos vínculos e confiança entre trabalhadores e usuários, que precisam ser fortalecidos através da partilha de momentos que agreguem o compartilhamento do “fazer” no CAPS.

Sobre as reuniões de equipe, os profissionais dizem que quando elas acontecem são de forma aleatória e sem continuidade.

“Não é algo programado, é algo que foi necessário.” (P1).

“[...] Então é um dia assim, não é um dia que a gente marcou, mas aí, mas já sabe, estamos todas nós lá, então é o dia que a gente senta pra discutir os pacientes... Não é planejado com data, não, tal dia, não, todo dia de quarta-feira, quando dá, todo mundo tá junto, né?” (P2)

O mesmo parece acontecer com os grupos realizados em alguns CAPS incluídos nesta pesquisa. Profissionais relataram que esses grupos têm acontecido de forma improvisada, sem um planejamento ou acompanhamento “partilhado” entre os profissionais da equipe e menos ainda com os usuários. Parte da diferença entre o modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico da proposta da reabilitação psicossocial está no cotidiano de trabalho dos CAPS.

Existe uma discrepância entre o que os profissionais sabem que deveria ser feito para a concretização do cuidado nos preceitos da reforma psiquiátrica e as ações que de fato estão sendo realizadas.

“[...] às vezes... a gente tá com esse objetivo de nos reunir... nos reunirmos, a equipe multidisciplinar, uma vez ao mês pelo menos, pra fazer uma discussão, pra fazer um planejamento... planejamento, programação, etc [...]” (P7)

As equipes desses CAPS são formadas por diferentes categorias profissionais conforme exigem as portarias que norteiam os serviços, na aposta de diálogo entre os diferentes campos do saber sejam reinventados, produzindo uma demarcação entre os limites e fronteiras, constituindo possibilidades diversas para pensar e fazer (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Chamamos a atenção para a Clínica Ampliada, pois nessa proposta busca-se articular e incluir os diferentes enfoques (BRASIL, 2009). Assim, em situações singulares no contexto psicossocial, esses enfoques podem variar de acordo com a situação específica do usuário, em alguns momentos pode-se ter uma abordagem mais médica, em outra mais social e assim por diante, sem necessariamente anular ou tornar menos importantes as demais categorias profissionais.

Outro ponto que discorre sobre as práticas de cuidado é o acolhimento nas situações de crise. Os profissionais descreveram crise da seguinte forma:

“É quando ele tá em surto psicótico, incontrolável, tá agressivo, tá batendo, tá ameaçando de morte a família, não tá fazendo uso de medicação, a família não consegue ficar com ele, se eles nos procura [...] Quanto a contenção física, a gente só faz se a família consentir, a gente nunca contem sem que a família autorize.” (P4)

“É, com contenção física. E aí quando chega que ta nesse estado, que já tem esse perfil que está fazendo isso, logo eu encaminho e já falo com a enfermeira rapidinho, só pra, pra receber mesmo e já encaminho pro psiquiatra.” (P2)

“[...] mas como é assim surtado a gente, assim assistente social, psicólogo, já tem outros então a gente já fica de fora. Tenho medo, porque já levei alguns empurrões, né? É assim, então encaminho pro Dr. XXXXX, a enfermeira que é a coordenadora.” (P1)

Em nenhum momento os profissionais referiram o cuidado a crise para situações comuns do dia-a-dia desses usuários. Já que crise não seria só um rompante de agressividade e violência com manifestações psicomotoras intensas, mas os gatilhos familiares, sociais e pessoais que levaram e/ou potencializaram as situações que levaram a crise deveriam ser relatados. O acolhimento do usuário deve considerar os dois tipos de crise, a contextual onde a atuação será de maneira preventiva e a psiquiátrica que envolve uma atuação paliativa/medicalizante dependendo da situação (ANDRADE; BOSI, 2015).

Percebemos que nas situações de crise a produção de saúde se dá mais com o uso de tecnologias duras (instrumentos) e leve-duras (conhecimento técnico) e menos com o uso das tecnologias leves (as relações) (FRANCO; JUNIOR, 2004).

A capacidade de responder às situações de crise está relacionada à forma como esses serviços se organizam, além da capacidade de acolher e reconhecer o que se constitui como alternativa para a internação psiquiátrica (QUINTAS; AMARANTE, 2008). Isto é, ao compreender que os gatilhos das situações de crise estão presentes no dia-a-dia desses usuários, as práticas de trabalho do CAPS precisam se moldar o tempo inteiro de acordo com o cenário que se apresente.

Outro ponto relevante para o cuidado em saúde mental é a realização do PTS nos CAPS estudados. Como diz P2: “Precisa ter um projeto terapêutico [...]”. A seguir a mesma profissional detalha como é realizado o projeto terapêutico no CAPS.

“[...] Então assim, o que é que a gente faz? Principal, a enfermeira, meio que faz esse papel de: ‘Ó, tem esses pacientes, né? Esses usuários e a gente precisa discutir a situação deles’. E aí a gente aqui, eu chego e: ‘Olha, a gente tem esse paciente aqui que hoje nós vamos sentar pra discutir esses pacientes, né?’ Aí a gente já depois do atendimento, depois de tudo a gente senta e vai ver qual caminho que a gente vai seguir, se é questão de medicamento, questão familiar, questão [...]” (P2)

Identificamos que o projeto terapêutico não é realizado nesses CAPS. O Projeto Terapêutico Singular é o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, planejado entre a equipe multidisciplinar e o usuário de forma que busque resgatar sua autonomia e cidadania (VAZ et al., 2009). Assim, identificamos que o que acontece são discussões sobre um ou outro usuário, geralmente aquele usuário que por algum motivo está tendo uma problemática maior e por isso mobilizando mais a equipe. Nessas situações, a discussão é partilhada por quem estiver no CAPS no momento e as decisões sobre a terapêutica a ser adotada seguem sem a participação ativa do usuário nesse processo. A anulação do usuário para a construção do seu próprio projeto terapêutico já determina o que seja terapêutico no ponto de vista da equipe o que em muitos momentos não preencherá as necessidades ou expectativas desse usuário (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010). Sobre isso Franco e Junior (2004) dizem que o projeto terapêutico do usuário deve ser o guia para a produção do cuidado, inserindo o usuário no fluxo dessa rede, da forma que esse fluxo seja capaz de garantir acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência.

Contudo, a integralidade do cuidado poderia ser alcançada através da construção do projeto terapêutico singular realizado por uma equipe multidisciplinar que trabalhasse de forma interdisciplinar, sendo importante definir a concepção de projeto terapêutico por esses profissionais, ou seja, a finalidade terapêutica desse projeto. Para isso, as equipes desses CAPS precisariam sentar intraequipes, entre equipes e com o próprio usuário e familiares para construir o projeto.

Foi possível entender na construção dessa categoria que os CAPS estudados têm uma equipe multiprofissional com funcionamento pouco interdisciplinar, as relações de trabalho voltadas para as práticas de grupo estão fragmentadas, muitas não são realizadas e outras não tem continuidade. A fala dos profissionais foi heterogênea no que diz respeito ao entendimento acerca das ferramentas para o cuidado em saúde mental. Compreendemos que é fundamental a reorganização do processo de trabalho, reconstruindo uma nova forma de “fazer” o trabalho no CAPS, com maior inclusão dos usuários em todo esse processo.

5.4 A Rede de cuidados em saúde mental

A categoria Rede de cuidados em saúde mental trata da ligação dos CAPS com os demais serviços.

No campo de estudo dessa pesquisa a rede de saúde mental é composta apenas pelos CAPS estudados e mais um CAPS - ad, não incluído na pesquisa. Outros serviços como Residenciais Terapêuticos, Leitos de Saúde Mental, Unidades de Acolhimento, CAPS - III e CAPS I são inexistentes nessa região. Dessa forma, a articulação do cuidado em saúde mental se dá entre a atenção básica, ambulatório ou centros de especialidades, hospitais gerais e os CAPS.

Como os municípios são pequenos, profissionais de diferentes serviços se conhecem e muitos trabalham em mais de um serviço dessa rede. Assim, os profissionais dos CAPS referiram não haver problemas quanto à troca de informações, encaminhamentos e sobre o conhecimento dos demais serviços existentes no território, como relatam P2 e P6.

“[...] E aí, o meu posicionamento em relação a isso, é fazer o encaminhamento para rede, para... aquilo que for necessário pra fazer com que aquele paciente tenha uma melhora onde é o sofrimento dele naquele momento[...]”. (P2)

“A meu ver, um dos pontos, eu digo com relação a gente que trabalha lá em X [cidade], com relação à Rede nós não temos problemas de encaminhamentos, de ter essa informação, né, esse feedback”. (P6)

Chamamos a atenção para a diferença entre o conhecer e o articular o cuidado. O conhecimento aqui relatado é exposto como encaminhamento, diferente da articulação do cuidado realizada através de discussão de casos com ênfase na responsabilização pelos usuários. O estudo realizado por (LEAL; ANTONI, 2013) nos CAPS da região metropolitana de Porto Alegre descrevem o trabalho em rede como os encaminhamentos de instituições com troca de informações entre as mesmas. Nessa perspectiva, as falas dos profissionais participantes desse estudo apontam a rede enquanto encaminhamentos, sobretudo em sua dimensão de referenciamento, funciona. Porém, se consideramos que para a rede de saúde fluir adequadamente é essencial a troca de saberes e a pactuação entre serviços. Temos desafios a serem enfrentados. A rede de atenção à saúde é composta por diversos serviços que se dispõem num território, esses serviços precisam estar integrados e haver comunicação entre eles. Para que se tenha comunicação são necessários o

uso de tecnologias que qualifiquem esses encontros entre os diferentes saberes, somente dessa forma será possível a integralidade da atenção e a produção da saúde num dado território. Assim, uma rede de cuidados não pode ser definida somente pelo existir de serviços num determinado espaço, mas deve haver uma integração da forma que os profissionais compartilhem todos os passos para a consolidação do cuidado ao sujeito. O compartilhamento pode ser facilitado com o uso de algumas tecnologias, tais como: Clínica Ampliada, Equipes de Referência e Projetos Terapêuticos Singulares (BRASIL, 2009).

Dessa forma, apesar dos profissionais relatarem conhecimento sobre demais serviços existentes, a articulação entre esses serviços não funciona como deveria, principalmente com a ESF. A organização da rede de atenção à saúde mental deve ser incorporada, para isso são essenciais a oferta de serviços de saúde mental suficientes e articulados associados à organização do trabalho para esse propósito, pois nos diversos serviços a insegurança de profissionais frente a situações de saúde mental é constante, muitos trabalhadores alegam não saber o que fazer e nem para onde encaminhar quando se deparam com casos de saúde mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Para Yasui (2008) a equipe de saúde mental é a “mão que urde” a tecedura de uma rede de alianças com vista para o “cuidar”, mas isso se trata de um processo complexo à medida que devemos considerar o território e seus recursos. Isto é, o olhar para o cuidado em saúde mental na perspectiva de uma rede que precisa ir além das instituições instituídas para esse fim, mas é necessário agregar uma estratégia de cuidados.

Nas falas a seguir, os profissionais descrevem como é a relação dos CAPS com a AB.

“Lá onde a gente trabalha não tem. O máximo que a gente tem, é por exemplo, como eu te falei, um passo pequeno dado nessas questões de planejamento, de orientação com os agentes de saúde, mas as equipes de atenção básica, a não ser quando é um paciente em crise que tá lá, aí eles entram em contato com a gente, já que somos referência pra fazer uma visita, ou avaliar um paciente[...] Agora um paciente sem isso[...] De entrada, lá o paciente vai direto no CAPS, né?” (P2)

A relação entre as equipes dos CAPS e as equipes da AB são muito tênues. Conforme relatado por P2 esse contato se dá mediante uma situação de crise de algum usuário no território. Estudo sobre o perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira revela que os desencontros entre as equipes são

causados pela falta de capacitação dos trabalhadores da rede básica acrescido de uma rede de apoio desarticulada que supervaloriza a assistência especializada (LIMA et al.; ONOCKO CAMPOS, 2012). Entraves para a articulação da saúde mental com a atenção primária: insuficiência de serviços e profissionais na atenção primária; dificuldades na implantação do apoio matricial; falta de preparo dos profissionais, com desentendimento da proposta de cuidado e carência de esclarecimentos aos usuários; encaminhamento como repasse de responsabilidades; obstáculos na referência e contrarreferência influenciando na interlocução entre serviços (COSTA et al., 2015).

Os laços da AB com os serviços de saúde deveriam ser o mais estreito possível, já que as ESF têm conhecimento do território que esses usuários vivem e dos espaços sociais e familiares que ocupam, bem como dos gatilhos para o sucesso ou retrocesso no tratamento. Já os CAPS, como serviços específicos de saúde mental e com equipe multiprofissional dispõem de informações especializadas no contexto psicossocial. Quintas e Amarante (2008) chamam a atenção para a importância da presença do CAPS no território, indos além da presença física do serviço na região, na perspectiva de desenvolver um trabalho de fato articulado com o território e, nesse sentido, entenderam que a articulação com a AB é fundamental para efetivar esse trabalho no território.

Franco e Junior (2004) defendem a produção do cuidado de forma sistêmica e integrada, o usuário entraria em qualquer ponto da rede com ênfase para a rede básica, pois por mais que o usuário se servisse de outros pontos da rede como no caso os CAPS, o vínculo continuaria com a equipe básica de saúde. Para isso, seria necessária a organização do processo de trabalho na atenção básica. Entretanto, estudos apontam que a inserção da assistência em saúde mental na atenção básica é um dos desafios fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (DIMENSTEIN et.al., 2005; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009; ONOCKO CAMPOS et. al., 2009; BALLARIN et. al. 2010; DANTAS; ODA, 2014; COSTA et. al., 2015). Vecchia e Martins (2009) ao estudar sobre a concepção dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família revelam dissonâncias sobre esse entendimento, pois a compreensão dos casos que necessitam de um atendimento especializado se confunde com aqueles que poderiam ser atendidas por um generalista. Assim, as relações de cuidado do cotidiano dos CAPS com a AB poderiam ser fortalecidas com o Apoio Matricial.

Nesse estudo alguns profissionais demonstram desconhecimento dessa estratégia e outros relataram encontros pontuais para exemplificarem esse contato entre as equipes.

“Apoio matricial, assim, como eu falei, né? Eu ainda entendo um pouco, porque... por que quando, o nosso tempo lá não é muito, então quando eles vão a gente não tem muito tempo [...]”. (P3)

“É realmente esse suporte, né? É, interligar o trabalho, trabalhar em rede, é essa parceria que é mais do que necessária, porque o CAPS por si só, ele não consegue abraçar todos, todas as, todas as necessidades do seu projeto”. (P7)

“O máximo que a gente já teve pra reunião, que a gente teve foi um projeto no ano passado ou retrasado que a gente reuniu com as equipes de de atenção básica lá em [Cidade], pra falar da questão de trans, de transtornos mentais, mas assim, não foi falado de usuário, de usuário. Que a gente foi tentar passar assim, falar um pouco de transtornos, né? Pra essas equipes, o máximo que a gente já fez com as equipes, que a gente fez foi isso. E outra, na verdade assim, só foram os enfermeiros, porque os enfermeiros e os agentes, vamos dizer, porque os demais, o médico não participa e os demais.” (P2)

“Nós temos todo esse apoio.” (P5)

Conforme o relato desses profissionais o apoio matricial é pouco compreendido e de fato não é realizado. Todo o resto “extraCAPS” parece ainda precisar ser articulado, inclusive o apoio matricial. Se compararmos uma rede de saúde de municípios de grande porte com os municípios que tiveram os CAPS em estudo poderíamos dizer que a articulação entre os serviços deveriam acontecer mais fortemente nos municípios menores, já que possuem poucas instituições, poucas equipes de saúde da família e, portanto, o entrosamento entre equipes deveria ser maior. Mas, vemos que não é o que acontece. Questionamo-nos se essas lacunas acontecem por desconhecimento acerca da proposta do apoio matricial ou por conta da desorganização da rede de saúde nesses municípios ou ambas as situações.

Ballarim et al (2011) trazem uma reflexão sobre as dificuldades para o entendimento e as ambiguidades encontradas sobre diversos conceitos que têm norteado o processo do cuidado, entre eles estão o conceito de acolhimento, clínica ampliada e matriciamento.

O atendimento em saúde mental nesses municípios é realizado prioritariamente nos CAPS, o ambulatório de psiquiatria só existe em dois municípios dos treze dessa região. Nesse sentido, há uma preocupação em mostrar à

comunidade que o CAPS tem uma equipe de referência em saúde mental, como fala P2:

“[...] assim a gente tem de alguma forma fazer com que a comunidade em si, ela enxergue que a gente tem, né? Uma equipe de referência em saúde mental pra atender essa demanda.” (P2)

Os CAPS acabam absorvendo toda a demanda de saúde mental dos municípios para os quais são referência, já que não contam com ambulatório de saúde mental.

Chamam-nos a atenção que os CAPS deveriam organizar a rede de saúde mental do município e ser porta aberta sempre. Porém, o CAPS é convocado a ser o ordenador da rede de saúde mental, já a AB deve ser ordenadora da atenção como um todo. Essa organização fica confusa para os profissionais e mais ainda para os usuários desses serviços.

Da forma como é organizada a rede nesses territórios, percebemos que o atendimento vinculado somente ao encaminhamento ainda é uma prática presente, inserindo essa conduta no campo da especialidade, reforçando que muitas ações desses serviços abraçam práticas ambulatoriais.

“Ó, aqui a porta de entrada é assim, o paciente vai pro clínico geral, consulta, o clínico vê que ele tá com problema psiquiátrico, ele encaminha, que a gente só recebe com encaminhamento... ele, dificilmente ele vai diretamente ao CAPS, eles vai aos postos, aí dos postos eles são encaminhado pro [...]” (P4)

Essa realidade é comum em alguns municípios, mas têm outros que a porta de entrada é o CAPS. Se é porta de entrada deve ser capaz de fazer o acolhimento no serviço. Ao discutir sobre porta de entrada Ballarim et al (2011), reforçam que há uma diferença entre triagem e acolhimento, na triagem se perpetua um mero cardápio de condutas e informações, a relação entre trabalhador-usuário é superficial, não há responsabilização pelos casos. Porta aberta implica acolhimento da demanda, de forma que garanta a todos atenção com possibilidade de resposta, mesmo que seja uma escuta apenas (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

Assim, se o acolhimento do sofrimento mental fosse feito pela equipe do CAPS esta direcionaria algum usuário para a rede, e se houvesse apoio matricial entre essas equipes, as equipes da atenção básica se sentiriam seguras para

acolher usuários com transtornos mentais e esses sentiriam segurança nesse acompanhamento. Lima et al (2012) diz que a dificuldade de implementação do apoio matricial na atenção básica está relacionada à insegurança dos profissionais para lidar com demandas nas quais não estão familiarizados.

Outra forma de produzir o cuidado seria através da habilitação de leitos de saúde mental nos hospitais gerais, pois como relatado: “Nós não temos leito psiquiátrico nos hospitais.” (P4). Isto é, o atendimento é realizado, mas os leitos não estão cadastrados, então não há o recebimento de recurso para essa finalidade e nem equipe de saúde mental nesses hospitais o que facilitaria a comunicação entre essas equipes. É evidente a real necessidade de se ter leitos de saúde mental em CAPS III, pois amenizariam a recorrência frequente aos leitos dos hospitais gerais. Ribeiro e Inglez-Dias (2011) apontam como gargalo ao processo de desinstitucionalização a escassez de leitos psiquiátricos em CAPS, já que de acordo com dados do CNES, para 1.826 CAPS registrados apenas 34 manifestam disponibilidade de leitos para internação, isso dá uma conotação de restrição ao modelo substitutivo dos CAPS.

Entretanto, apesar de não haver leitos cadastrados, todos esses municípios realizam atendimento de urgência e seguem protocolo de internação psiquiátrica por 72 horas.

“[...] já vê a necessidade de encaminhar pro hospital geral passar uns dois três dias de observação lá, toma uma medicação mais, né?” (P2)
 “[...] Aqui também é a mesma coisa, quando o paciente não consegue sair de crise, a gente deixa ele três, quatro dias, se não saiu de crise, aí a gente encaminha pra São Luís, que é onde tem o hospital de referência.” (P4)

Como podemos destacar a condução do usuário em situação de crise é feita através de encaminhamentos aos hospitais gerais e caso não melhore o usuário é referenciado para o hospital psiquiátrico na capital do Estado, São Luís. Parece não haver o entrosamento entre as equipes dos CAPS e o hospital geral e, assim como com as equipes da AB, a comunicação é por encaminhamento. Essa relação unidirecional foi apresentada em todos os CAPS em estudo.

A rede de saúde mental se estende ao hospital psiquiátrico que é referência nos casos mais graves em situações de crise. Nesse cenário, os profissionais relataram vários problemas desde dificuldades de admissão dos usuários nos hospitais psiquiátricos de referência, ausência de comunicação com

esses hospitais do encaminhamento ao momento da alta, ruptura do cuidado em todo o processo da referência e contrarreferência.

“Não, não tem nenhuma comunicação. [...] Não, até ele voltar. Ele volta e [...]” (P4)

“Eu acho assim que a integralidade do sistema, né? Porque não existe essa contra referência, não funciona, né?” (P2)

“Lá em São Luís não ta mais nem recebendo, né? Só com ordem judicial agora... “Só recebe com a família, tem que ir algum parente do usuário. Pra ficar lá no hospital, a gente encaminha, mas tem que, tem que ir um parente também.” (P1)

Ressalta-se aqui que a capital ficam distante 247 km e a 4 horas de viagem. A fragmentação da rede de cuidado, as falhas de comunicação com os hospitais psiquiátricos e as dificuldades que os profissionais dos CAPS têm para referenciar os usuários em situação de crise são enfatizadas nas falas.

Outro indício dessa falha de comunicação entre serviços é o que diz P4: “... eles fogem, vêm embora, as vezes não sabem como chegou.” Isto é, muitos usuários fogem desses hospitais psiquiátricos, assim familiares e serviços que o referenciaram não ficam sabendo dessa situação, a não ser quando o usuário retorna à sua cidade ou ao CAPS de origem.

A região de saúde que esses CAPS estão inseridos não oferece cobertura em saúde mental na sua totalidade, ou seja, dos treze municípios dessa região somente quatro tem CAPS. De acordo com o Decreto nº 7.508/11 os municípios que possuem CAPS deveriam acolher usuários dos demais municípios com vistas à regionalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Como relata P6:

“[...] o que dificulta esse tratamento, é porque em X (cidade), é polo. Então tem pessoas de vários municípios... X (cidade), vários municípios que vão pra X (cidade). Quando são encaminhados pra fazer o tratamento lá, dificulta por conta do acesso... da distância do município, pela carência [...]”. (P6)

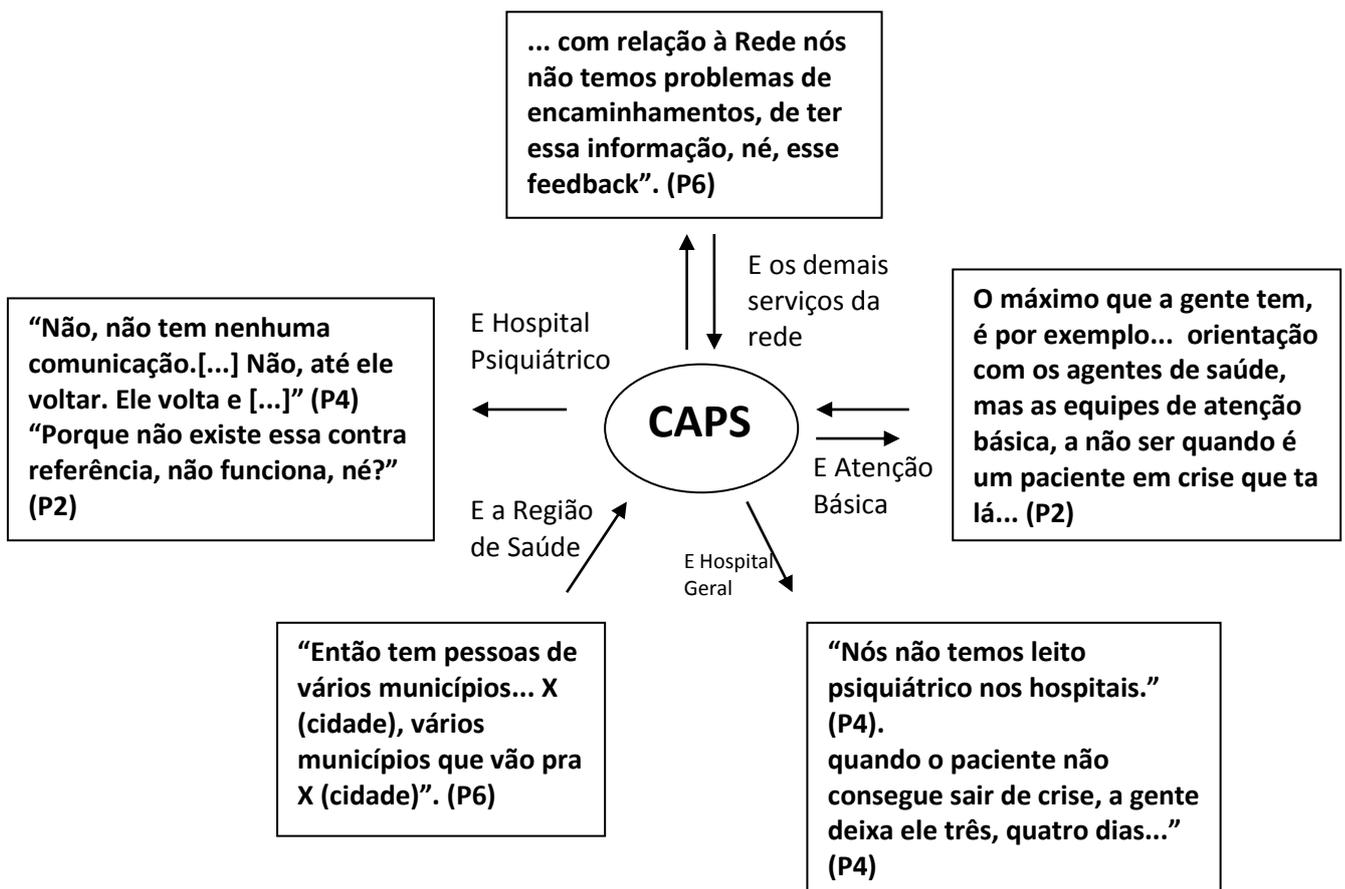
Então, há dificuldades de acesso e de apoio de ambas as partes, dos municípios que referenciam e daqueles que deveriam acolher esses usuários. Existe uma lacuna na provisão de serviços de saúde mental no país, de acordo com dados do MS existem 0,66 CAPS/100 mil habitantes que deveria já ter alcançado a meta de 1/100mil (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

De meados de 2013 aos dias atuais tem se trabalhado na proposta das redes de cuidado. Assim, a RAPS foi desenhada nessa região de saúde conforme a

necessidade de implantação dos serviços e a localização estratégica dos municípios. Os trâmites legais foram acionados, entretanto, a abertura de novos serviços está estacionada, ou seja, nenhum dos serviços pactuados até agora foram abertos.

No construto dessa categoria verificamos que a rede de saúde mental no campo de estudo é feita apenas pelos CAPS, que trabalham de forma isolada e desarticulada com os demais serviços, o contato com a atenção básica, hospital geral e hospital psiquiátrico é feito através de encaminhamento e o apoio matricial não acontece na prática dos serviços.

A seguir construímos um fluxograma com recortes de algumas falas da forma que favoreça a explicação sobre a rede de cuidados em saúde mental discutida ao longo dessa categoria.



Podemos observar no fluxograma os diferentes direcionamentos das setas, o sentido do direcionamento expressa a origem de quem aciona a rede na forma de encaminhamentos dos casos de transtorno mentais.

5.50 usuário ora sujeito ora doente mental

Os profissionais inseridos nesse estudo relataram algumas características que nos levaram a construção dessa categoria. Tais características condizem com a forma como esses profissionais percebem os usuários sob seus cuidados, também traz reflexões na ótica dos familiares e da sociedade acerca dos usuários de saúde mental.

Nas relações de cuidado do cotidiano de um CAPS, a percepção do sujeito está estreitamente relacionada à forma como os dispositivos do cuidado em saúde mental são construídos. Acrescenta-se, ainda, que para o processo de Reabilitação Psicossocial, enxergar o usuário de saúde mental como alguém com deficiência, traz limitações para a forma como será conduzido às estratégias para o cuidado na prática profissional. Franco e Junior (2004) defendem que o usuário deva ser o eixo norteador de todo processo de produção da saúde. Assim, toda engrenagem das práticas de saúde funcionará a partir das necessidades desse usuário.

As falas descritas a seguir revelam que usuários do serviço de saúde mental são vistos sob o ângulo da discriminação e com foco na doença mental.

“[...] aquela pessoa com deficiência [...]” (P1)

“[...] Então, assim, há uma discriminação desse usuário pelos próprios funcionários, não falo às vezes de um psicólogo, de um psiquiatra, mas assim, às vezes há essa discriminação de achar que aquele usuário que vai tá ali tem algum problema, ele... pelos próprios profissionais ali, ele é discriminado [...] Olha, eu vejo sempre a doença assim, no meu atendimento eu sempre olho no meu paciente a doença.” (P6)

Portanto, ao ver o usuário como uma pessoa com deficiência ressaltando a doença, isso limita as possibilidades de aposta de inserção desse usuário na cidade, proposta fundamental da reabilitação psicossocial.

Vale ressaltar que serviços de saúde mental são estigmatizados pela própria rede de saúde a qual pertencem e isso acontece devido à clientela que esses serviços atendem. Dessa forma, a saúde mental é marcada num contexto histórico de rejeição, estigma e discriminação. Reside aí o próprio desafio dos CAPS, o de trabalhar articulado ao território e isso implica colocar-se em movimento, articulando-se no convívio entre as pessoas (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

Ainda na imagem atribuída aos usuários do serviço de saúde mental, há uma diferença posta pelos profissionais quanto aos usuários dos CAPS e do ambulatório. O usuário que faz tratamento no ambulatório geralmente é independente, trabalha e possui família composta por esposa e filhos. Já usuários dos CAPS são pessoas mais fragilizadas, em alguns casos dependentes para atividades domésticas e sociais e tem como referência familiar os pais e/ou irmãos.

“[...] é aquele paciente que ele, ele tem uma dificuldade maior, né? Em ser independente, vamos dizer assim, que ele não tenha aquela, como é que eu posso falar? Ele, ele, ele não tem aquela facilidade de, de, de, de, de buscar as coisas, as necessidades dele lá fora, de... “A maioria é casado, assim de ambulatório, que frequenta o CAPS, a gente a maioria dos, não tem família, né?” (P2)

“ Ele se sente fragilizado, né?” (P4)

“No caso aqui é mais, quem faz tratamento em CAPS, é mais dependente, né? E já no ambulatório já tem família, trabalham, já trabalham, né? Mas esses do CAPS, alguns não têm pai, mãe, já fica com o cuidador, o responsável, já mora com o cuidador, entendeu?” (P5)

Compreendemos que apesar de o CAPS ter sob seus cuidados os casos mais graves de transtornos mentais, também faz parte observar as habilidades e ensejos de cada um, nessa lógica à diversidade de atividades que contemplam o dia-dia do CAPS dá conta de buscar estratégias em conjunto com os próprios usuários para facilitar o exercício de sua cidadania.

Outra característica apontada pelos profissionais acerca dos usuários e familiares que fazem acompanhamento no CAPS é o interesse no benefício de prestação continuada, ou seja, o “usuário como alguém que só quer se aposentar”. Os profissionais apontam que há famílias que buscam esse auxílio financeiro já no primeiro atendimento e/ou na primeira crise.

“[...] Então, quando adoce alguém, pelo problema mental, às vezes vai internado, às vezes vai pro CAPS, a primeira coisa que a família chega, ele no primeiro surto, pra você ele diz assim: “Doutora, eu quero aposentar fulano... né?”(P4)

“Um atestado pra me aposentar [...]”. (P2)

“Ó, depois de um ano... eu tenho benefício [...] Mas, não é assim. Porque tem que ser analisado, tem que ver a questão do tipo de problema que ele tem...se é produtivo, se não é.. Mas, eu falo assim, banalizam as coisas”. (P6)

Nas falas é possível notar um incômodo desses profissionais com essa demanda. Entendemos que esse auxílio financeiro é de direito em alguns casos de diagnóstico de transtorno mental. Ainda mais se correlacionarmos com o perfil

descrito pelos profissionais sobre esses usuários dos CAPS. Isto é, alguém com deficiência, limitado, fragilizado, etc. Também é percebido que esses usuários residem em cidades pequenas onde o fato de ter algum transtorno mental acaba sendo escancarado, soma-se a uma sociedade onde o diferente é visto com preconceito, assim a possibilidade de ter um trabalho formal é muito difícil, esse usuário acaba se tornando um fardo para os familiares. Então, se o usuário se enquadra em um diagnóstico que possibilita o recebimento do benefício, entendemos que nesses casos esses usuários devem ser amparados por tal benefício social ao qual tem direito, só assim algumas dificuldades de aceitação e de inclusão poderão ser atenuadas. Por outro lado, é comum conflitos entre familiares, pois como precisam de um curador, nem sempre esses familiares são preparados para administrar esse recurso e compreender que não se trata de um recurso para uso do familiar, mas para as necessidades do usuário.

O preconceito e a discriminação com usuários dos CAPS não fazem parte só do discurso dos profissionais, familiares também participam desse processo. A descrição a seguir detalha como uma usuária vivencia no dia-a-dia o preconceito do próprio pai.

“Inclusive um dia, uma paciente me procurou, porque o pai dela foi, ela foi no dentista com o pai dela e a primeira coisa que ele falou pro dentista que ela era doida, que ela era doida, né? Então eu conversando com ele, ele disse que pra evitar que as pessoas zombem da filha dele, “qual o motivo?”, aí ele já diz logo. Só que isso causa um sofrimento muito grande pra ela e ela é uma pessoa que é usuária do CAPS, mas ela é muito, ela é assim muito esclarecida, muito lúcida, né?” (P3)

A inquietação da profissional com essa situação é coerente. Nos municípios de pequeno porte é comum que as pessoas se conheçam e levantem interpretações da vida pessoal umas das outras. A conduta desse pai seria uma forma de defesa considerando as “más línguas” de todo um cenário social que este está inserido? Antes que falem, falo logo!. Por essa razão, que a família deve ser trabalhada na tentativa de saber lidar com as arestas que o estigma do transtorno mental traz para usuários e familiares. A profissional que relatou essa situação percebe essa necessidade e conclui:

Então, essa questão familiar, ela deve ser trabalhada,...porque precisa de um estudo, eles precisam muitas vezes, não, não todos, mas é por

desconhecer muitas coisas da saúde mental, porque nem todos é desde a infância... (P3)

Na importância da relação CAPS e família, devem ser ofertadas atividades que propõe essa aproximação. A dificuldade em conviver com a diferença é comum aos usuários com transtornos mentais e as equipes precisam trabalhar com a família para olhar para além da doença encontrando soluções terapêuticas que ampliem a rede de relações para aceitação e promoção da diferença (QUINTAS; AMARANTE, 2008). No entanto, a visão que os profissionais têm dos familiares é a seguinte:

“[...] o familiar, às vezes só procuram o CAPS quando estão em crise, entendeu?” (P5)

Dessa forma, os familiares são apontados como pessoas ausentes e desinteressados no contexto do tratamento dos usuários. Se os familiares tendem a negligenciar o tratamento, por outro lado os CAPS não têm trabalhado com as famílias na tentativa de minimizar essa negligência e a atribuição da culpa à própria família surge como justificativa, além do fato de muitos CAPS estarem localizados em locais distantes de todo o resto da cidade.

Os profissionais relataram que muitos usuários não possuem vínculo familiar e outros moram com a mãe, o pai ou irmãos. O CAPS não seria o espaço ideal para fortalecer essas relações e buscar esclarecimentos acerca do que a visão da doença mental impõe? Assim, o olhar para a família deve ser atento às mazelas sofridas ou despercebidas na trajetória de vida desse usuário no contexto familiar que este está inserido, para buscar apoiar essa família em suas dificuldades de cuidado com um familiar com grave sofrimento psíquico.

No contexto nacional, no âmbito da reforma psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, o incentivo ao protagonismo dos usuários nos CAPS tem sido bastante estimulado. Tudo deve ser compartilhado, desde as assembleias de usuários, construção do PTS e o planejamento das atividades. Entretanto, nas falas a seguir é possível perceber que esse protagonismo do usuário em opinar sobre as ações não é valorizado, bem como a singularidade de cada um, ou seja, participar ou não de determinada atividade, porque deve fazê-la, a vantagem que traz para que participem do tratamento. O CAPS deve ter espaços colegiados e essas

discussões e pactuações devem fazer parte do cotidiano do serviço. Afinal esse seria o caminho para a Reabilitação Psicossocial, já que é um dispositivo que visa à reinserção social e à autonomia dos usuários facilitando espaços que levem ao protagonismo e a cidadania (ANDRADE; BOSI, 2015).

“[...] mas que eles também não são muito assim, adeptos a reuniões, porque eles têm uma resistência muito grande de participarem [...] Eles reclamam... Por quê? Porque não tem o hábito. Eles não sabem, assim, né, o quanto é... é... é proveitoso [...]”. (P2)

“Não, eu não vou... Eu não vou mais, porque, vou só pintar... E eu não quero... Eu quero fazer crochê, eu quero fazer, é... pinturas em quadro...” Quer dizer, a gente tem, é... “[...] Aí a pessoa: “Vou pra lá pra quê? Só pra pintar?”(P1)

“Qual é a afinidade dele? O que que ele gosta de fazer? [...] porque muitos já estão desacreditados em si mesmos, por si, pela família, por quem convive com eles[...].” (P7)

Nunca ninguém perguntou. Será se alguém já perguntou pra ele: “- O que você gostaria? Ou então, testasse habilidades pra fazer um curso realmente pra que ele possa trabalhar... Não tem... (P6)

Contudo, a reinserção social tem que fazer parte da proposta dos CAPS. Para a reabilitação psicossocial o profissional deve acreditar no que propõe terapeuticamente, buscando ter habilidade, responsabilidade e satisfação para a promoção do cuidado (MIELKE et al., 2011). Deve-se trabalhar com o usuário de forma compartilhada, ele tem que se sentir parte das decisões, como protagonista do seu tratamento e da dinâmica de funcionamento do serviço.

Nesse sentido, o que seria reinserir um usuário do CAPS socialmente? O estudo de Mielke et al (2011) discute a autonomia do usuário como uma das características do cuidado em saúde mental, reforçando que atitudes paternalistas e o excesso de cuidado prejudica o desligamento desse usuário do serviço de saúde mental. Podemos perceber a seguir que os profissionais se inquietam com a cronificação dos usuários nos serviços de saúde mental, como relatam P4 e P6.

“Tem paciente, nesse CAPS pelo menos de xxxx (cidade), que tá lá desde 2000 no CAPS... Nunca cortou... Tá bem, mas tem aquela dificuldade de sair, ele não é trabalhado naquele sentido de receber alta, e vai ficando, ficando[...].” (P4)

“Por que eu tenho que vê-la assim... ad eternum... ficar aqui eterno, não vai servir pra nada [...] porque eles vão fazer mesmo de qualquer jeito[...].” (P6)

Uma das dificuldades para a alta do usuário está no sentido que esse usuário tem sobre a alta. É essencial que ele tenha segurança na assistência que

receberá em outros pontos da rede de saúde, incluindo as equipes de saúde da família. Outra forma de entender a dificuldade que o usuário tem de se desligar do CAPS está na necessidade que o sujeito tem de relacionar-se com outras pessoas. Para Lopes et al (2012), por mais que no processo de adoecimento a tendência seja o isolamento, na medida que a pessoa melhora tende a necessitar de relacionar-se com outras pessoas.

Dessa forma, os profissionais entendem que os usuários devem ser vistos como cidadãos, capazes de tomar decisões importantes. O estudo de FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN (2010) avaliou o empoderamento de usuários no cotidiano do CAPS e constatou que nesses serviços há uma dinâmica de funcionamento rígida, definida pelos técnicos do serviço e isso atrapalha a possibilidade de participação dos usuários acerca da inevitabilidade das atividades.

“[...] até que ponto aquele usuário tem um potencial pra gente não tá fazendo só aquelas mesmices de sempre... E de que realmente que o paciente entre e consiga sair [...]”. (P6)

“[...] eu digo assim, isso aqui ele só sabe fazer isso... por serem pessoas que tiveram surto, mas que tinham uma vida social, tinham uma vida profissional, então, eles desenvolveram bem a coordenação motora, outros já seguem... tem uma leitura muito boa, então trabalhar a partir de temas, com uma temática e graduar o nível de dificuldade dentro dessa temática para que cada um seja contemplado dentro das suas necessidades.” (P7)

Por outro lado, reinserir o usuário com transtorno mental numa sociedade preconceituosa se torna um desafio para a equipe do CAPS. A fala descrita retrata essa dificuldade. Vivemos numa sociedade em que o diferente se destaca dos demais. Em face ao trabalho que pode ser desenvolvido no âmbito do território, a articulação do CAPS com outros setores pode mudar a percepção que se tem sobre o sofrimento mental (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

“É, como eu falei no início a ressocialização, questão social de, de, de doentes mentais é difícil, porque tem um, a sociedade é muito preconceituosa... Então eu acho que a questão social do CAPS, ela começa a fluir quando a sociedade, a família, ela começa a aceitar.” (P3)

“[...] porque ninguém quer ser visto entrando num CAPS [...]”. (P2)

O trabalho no território pode atenuar as práticas preconceituosas diante da sociedade. Os espaços da comunidade podem ser continuamente utilizados para essa perspectiva. Outros espaços, como cobertura pela mídia das ações

desenvolvidas pelo CAPS e as redes sociais podem fortalecer laços entre os usuários e suas redes relacionais.

Entendemos que as características elencadas pelos profissionais sobre os usuários dos CAPS, apontam que o véu do preconceito envolve funcionários, familiares e sociedade. Percebemos um conflito do “ser usuário” e do “ser doente mental”. A visão dos profissionais para o usuário como doente mental ainda é evidente: “alguém com deficiência, dependente”. Porém, o olhar para o usuário como usuário-sujeito também foi relatado por alguns profissionais que destacaram aspectos que levam a reinserção social e ao fortalecimento do protagonismo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face à proposta metodológica do estudo qualitativo, foi reforçado o ensejo da compreensão dos fatos levantados no início dessa pesquisa, no intuito de que no trajeto percorrido o entendimento da problemática fosse alcançada.

Nesse propósito, foi realizado um grupo focal com profissionais de diferentes categorias dos CAPS da Região de Saúde de Pedreiras/MA a fim de compreender a percepção dos profissionais desses serviços sobre o cuidado em saúde mental. A partir dessa estratégia, surgiu um emaranhado de falas que expressaram conteúdos referentes à concepção que esses profissionais têm de CAPS; a prática do trabalho nesse ambiente psicossocial e as limitações que atrapalham a qualidade do serviço; a relação do CAPS com a rede de cuidados; a visão dos profissionais a respeito dos usuários sob seus cuidados.

O grupo focal possibilitou uma análise sobre a prática realizada por esses trabalhadores nos CAPS estudados, trazendo reflexões sobre as condições de trabalho e as ações desenvolvidas no cotidiano do serviço.

São inegáveis as contribuições dos serviços substitutivos como os CAPS e da engenhosa RAPS mesmo havendo dificuldades de acesso dos usuários e integração das instituições, mas consideramos um avanço o desenho de uma rede de serviços voltados para o cuidado. Compreendemos que muito se avançou ao considerarmos a proposta da Reforma Psiquiátrica pautada na desinstitucionalização como processo e a Reabilitação Psicossocial como diretriz do cuidado em saúde mental.

Essa pesquisa propiciou enxergar muitos desafios a serem superados, tais como: o “fazer” do cotidiano de trabalho para além dos muros do CAPS; rede de cuidado articulada e integrada incorporando as equipes de saúde da família para a prática do cuidado psicossocial; organização do trabalho intersetorial. Espera-se que essa pesquisa propicie reflexão no pensar e no agir das práticas do trabalho em saúde mental, contribuindo para o surgimento de atitudes que ressignifiquem o cuidado em saúde mental, além de fomentar outros estudos para as questões diversas submersas no cenário psicossocial.

7. CONCLUSÃO

Embora os profissionais vejam o CAPS como um lugar de acolhimento, mas também de tratamento, reconhecem que esse serviço é a melhor opção como recurso terapêutico.

Foi constatada escassez de recursos; inadequação da assistência profissional, associada à fragmentação do processo de trabalho e a não articulação em Rede e dificuldade de acesso aos serviços.

Há ênfase na assistência ambulatorial, com processos de trabalho fragmentados na conformação de equipes multiprofissionais e serviços que não se articulam com a Rede de Atenção à Saúde.

Há grande investimento pessoal da maioria dos profissionais, entretanto, divergente compreensão sobre a finalidade do CAPS e como este se insere na Rede. Contudo, a valorização do trabalhador e da carreira profissional surge como desafio a ser incorporado nesses serviços.

Nas situações de crise compreendemos que há a necessidade de implantação de protocolo e de cadastramento dos leitos. E para que as práticas do cotidiano dos CAPS sejam configuradas em cuidado é essencial a reorganização do processo de trabalho com mais inclusão dos usuários em todo o processo.

A implantação do Projeto Terapêutico Singular, a realização do Apoio Matricial e a Supervisão Clínica Institucional são instrumentos que podem ser acessados para a mudança do cenário encontrado nessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância.** / Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, P. D. GULJOR, A. P. **Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re) construção da Demanda no Corpo Social.** Construção Social da Demanda. IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2005.
- ANDRADE, A.B de.; BOSI, M. L. M. **Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.3, p.887-900, 2015.
- ANJOS, R. S. A dos. **Milton Santos, Território e Fotografia – Aproximações.** Revista Eletrônica: Tempo - Técnica - Território, V.2, N.1. 2011.
- AZEVEDO, E. B. CARVALHO, R. N. CORDEIRO, R. C. COSTA, L de. F. P. SILVA, P. M de. C. FILHA, M de. O. F. **Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento Psíquico.** Rev.Enferm. UFSM 2014.
- AYRES, J. R de. C. M. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 2005.
- BALLARIN, M. L. G. S. CARVALHO, F. B. de. FERIGATO, S. H. **Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental.** O mundo da Saúde, São Paulo: 2010.
- BALLARIN, M. L. G. S. CARVALHO, F. B. de. FERIGATO, S. H. MIRANDA, I. M. S de. **Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011.
- BALLARIN, M. L. G. S. BLANES, L. S.; FERIGATO, S.H. Matrix support: a study on the perspective of mental health professionals. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.42, p.767-78, jul./set. 2012.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais** (Coleção Pesquisa Qualitativa/Coordenada por Uwe Flick). – Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**(relato de um hospital psiquiátrico). Rio de Janeiro: Graal. 1985.
- BONFADA, D. CAVALCANTE, J. R. L de. P. ARAÚJO, D. P de. GUIMARÃES, J. **A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços.** Ciência & Saúde Coletiva, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10.216**, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 366**, de 19 de fevereiro de 2002, que constitui as modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAFE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/2011**, de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 176 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**) – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, A. A. C de. BONFADA, D. GUIMARÃES, J. **Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1293-1312, 2015.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A.; MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; ARANHA, E SILVA, A. L.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; BARROS, S. **Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental**. RevEscEnferm USP 2009.

CAMPOS, G. W. de S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia das instituições: o método da roda. 3ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, R. T. O. FURTADO, J. P. PASSOS, E. FERRER, A. L. MIRANDA, L. GAMA, C. A. P da. **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental**. Rev Saúde Pública 2009.

CARDOSO, L. GALERA, S. A. F. **O cuidado em saúde mental na atualidade**. RevEscEnferm USP 2011.

CASTRO, L. M. MAXTA, B. S. B. **Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um Centro de Atenção Psicossocial no município do Rio de Janeiro**. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, V 6, nº 3, Artigo 3, 2010.

CHIAVERINI, D. H. GONÇALVES, D. A. BALLESTER, D. TÓFOLI, L. F. CHAZAN, L. F. ALMEIDA, N. FORTES, S. **Guia de Matriciamento em saúde mental**. –Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COLLETI, M. MARTINS, C. B. TANIOS, B. S. ROCHA, T. H. R. **A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico**.

SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo
Revista da SPAGESP, 2014.

CORREIA, V. R. BARROS, S. COLVERO, L de. A. **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família.** Rev.Esc. Enferm USP 2011.

COSTA, Annette. SILVEIRA, Marília. VIANNA, Paula. KURIMOTO, Teresa Silva. **Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 7 (JUN.,2012).

COSTA, M da. G. S. G da. FIGUEIRÓ, R de. A. FREIRE, F. H. M. A. **O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso.** Trends in Psychology/ Temas em Psicologia – 2014.

COSTA, P. H. A da. COLUGNATI, F. A. B. RONZANI, T. M. **Avaliação de serviços de saúde mental no Brasil: revisão sistemática de literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 2015.

CRUZ-ORTIZ, M.; JENARO-RÍO, C.; PÉREZ-RODRÍGUEZ, M.D.C.; HERNÁNDEZ-BLANCO, M. L.; FLORES-ROBAINA, N. **Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(4): [09 telas] jul.-ago. 2011.

CUNHA, G. T. CAMPOS, G. W. de S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

DANTAS, C de. R. ODA, A. M. G. R. **Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013).** PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1127-1179, 2014.

DELGADO, P. G. **Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica.** PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [1]: 13-18, 2015.

DELFINI, P. S de. S. SATO, M. T. ANTONELI, P de. P. GUIMARÃES, P. O da. S. **Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1483-1492, 2009.

DIMENSTEIN, M. SANTOS, Y. F dos. BRITO, M. SEVERO, A. K. MORAIS, C. **Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família.** Mental - ano III - n. 5 - Barbacena - nov. 2005.

DIMENSTEIN, Magda. SEVERO, Ana Kalliny. BRITO, Monique. PIMENTA, Ana Lícia. MEDEIROS, Vanessa. BEZERRA, Edilane. **O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DIMENSTEIN, MAGDA. AMORIN, A. K. A. LEITE, J. SIQUEIRA, K. GRUSKA, V. VIEIRA, C. BRITO, C. MEDEIROS, Y. BEZERRIL, M. C. **O atendimento da crise**

nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. Polis e Psique, Vol. 2, Número Temático, 2012.

VAZ, M. F. ESCOBAL, A. P. de. L. QUEVEDO, A. L. A de. FERRAZ, F. R. LIMA, J. F. MARQUES, L. D da. R. JACONDINO, M. B. **O cuidado em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica – O uso do Projeto Terapêutico Singular.**Mostra Científica. 2009.

FARIA, H. X. ARAUJO, M. D. **Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FIGUEIREDO, M. D. CAMPOS, R. O. **Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, jan./dez. 2008.

FIGUEIRÓ, R de. A. DIMENSTEIN, M. **O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?** Revista de Psicologia, v – 22, nº 2, p 431-446, Maio/Ago. 2010.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B. **Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.217-231, 2015

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. **A inserção da reabilitação.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76-84, jan./abr. 2011.

FRANCO, T. B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho.** In: Mattos, R. e Pinheiro R. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ- ABRASCO; 2006.

FRANCO, T. B. JÚNIOR, H. M. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.**Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde.** Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2012.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** (Coleção Pesquisa Qualitativa/coordenada por Uwe Flick). – Porto Alegre: Artmed, 2009.

HECK, R. M. BIELEMANN, V de. L. M. CEOLIN, T. KANTORSKI, L. P. WILHICH, J. Q. CHIAVAGATTI, F. G. **Gestão e Saúde Mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.

HIRDES, A. **Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): 165-171, 2009.

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

JORGE, M. S. B. PINTO, D. M. QUINDERÉ, P. H. DIAS. PINTO, A. G. A. SOUSA, F. S. P. de. CAVALCANTE, C. M. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologia do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

JORGE, M. S. B. VASCONCELOS, M. G. F. NETO, J. P. M. GONDIM, L. G. F. SIMÕES, E. C. P. **Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais.** Revista Psicologia: Teoria e Prática, 16(2), 63-74. São Paulo, SP, maio-ago. 2014.

LEÃO, A. BARROS, S. **Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.3, p.572-586, 2012.

LEAL, B. M. ANTONI, C de. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade.** Aletheia 40, p.87-101, jan./abr. 2013.

LIMA, F. G. SICILIANI, C. C. DREHMER, L. B. R. **O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira.** Com. Ciências Saúde. 2012.

LIMA, E. M. F. A. YASUI, S. **Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 593-606, Jul-Set 2014.

LOPES, D. D. RODRIGUES, F. D. BARROS, N. D. V. M. **Para além da Doença: Integralidade e Cuidado em Saúde.** Psicologia em Pesquisa | UFJF | 6(01) | 68-73 | Janeiro-Junho de 2012.

LUSSI, I. A de. O. MATSUKURA, T. S. HAHN, M. S. **Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011.

LUZIO, C. A. YASUI, S. **Além das Portarias: desafios da política de saúde mental.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F de. **(Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.4, p.1273-1284, 2015.

MIELKE, F. B. KANTORSKI, L. P. JARDIM, V. M da. R. OLSCHOWSKY, A. MACHADO, M. S. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

MIELKE, F. B. KANTORSKI, L. P. OLSCHOWSKY, A. JARDIM, V. M da. **Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais.** Trab Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2. 2011.

MIRANDA, L. OLIVEIRA, T. F. K de. SANTOS, C. B. T dos. **Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade**. Psicologia: Ciência e Profissão, 2014.

MYNAIO, M. C de. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 10. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2012.

NEVES, H. G. LUCHESE, R. MUNARI, D. B. **Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências**. RevBrasEnferm, Brasília 2010.

OLIVEIRA L. C. SILVA R. A. R. MEDEIROS, M. N. QUEIROZ, J. C de. GUIMARÃES, J. **Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental**. J. res.: fundam. care. online 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. FURTADO, J. P. **Instrumental Metodológico para Avaliação da Rede de Centros de Atenção Psicossocial**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, mai, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. CAMPOS, G. W de. S. FERRER, A. L. CORRÊA, C. R. S. MADUREIRA, P. R de. GAMA, C. A. P da. DANTAS, D. V. NASCIMENTO, R. **Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde**. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. CAMPOS, G. W de. S. FERRER, A. L. CORRÊA, C. R. S. MADUREIRA, P. R de. GAMA, C. A. P da. DANTAS, D. V. NASCIMENTO, R. et al. **Avaliação da atenção primária à saúde**. Rev. Saúde Pública 2012.

RAMOS, F. R. S. BERTONCINI. J. H. MACHADO, R. R. FLOR, R de. C. PIRES, D. E de. P. GELBCKE, F. L. **Trabalho, Educação e Política em seus nexos na Produção Bibliográfica sobre o Cuidado**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009.

RIBEIRO, J. M. INGLEZ-DIAS, A. **Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4623-4633, 2011.

RONZANI, T. M. MOTA, D. C. B. **Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas**. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias – 3. Ed. Cap. 12 – Brasília. 2010.

PINHO, L. B de. KANTORSKI, L. P. WETZEL, C. SCHWARTZ, E. LANGE, C. ZILMER, J. G. V. **Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil**. Rev Panam Salud Publica, 2011.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. **Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PITTA, A. M. F. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas**. Ciênc. Saúde Coletiva. Vol. 16. Nº 12. Rio de Janeiro. Dez. 2011.

QUINTAS, R. M. AMARANTE, P. **A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio.** In: PITTA, A. (Org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS - FILHO, S. B. **Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de Saúde Mental: experiência do SUS em Belo Horizonte.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 172-181, jan./dez. 2008.

SANTOS, M. R. P. NUNES, M de. O. **Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil.** Interface - Comunic. Saúde Educ. 2011.

SCHEFFER, G. SILVA, L. G. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014

SCHNEIDER, J. F. CAMATTA, M. W. NASI, C. ADAMOLI, A. N. KANTORSKI, L. P. **Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro.** Ciência e Enfermagem XV, 2009.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. PERICÓ, W. **O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade.** Revista de Psicologia da UNESP 13(1), 2014.

SILVA, D da. MORAES, R. J. S de. **O papel das oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial atualmente: uma revisão bibliográfica.** Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras. 2008.

SILVA, D da. MORAES, R. J. S de. **O papel das oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial atualmente: uma revisão bibliográfica.** Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras, 2014.

SILVA, A. B da. PINHO, L. B de. **Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial.** Rev.enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015.

SILVEIRA, D. P. VIEIRA, A. L. S. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local.** Ciência& Saúde Coletiva, 14(1): 139-148, 2009.

SOUSA, F. S. P de. JORGE, M. S. B. VASCONCELOS, M. G. F. BARROS, M. M. M de. QUINDERÉ, P. H. D. GONDIM, L. G. F. **Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial.** PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1579-1599, 2011.

TANAKA, O. Y. RIBEIRO, L. R. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2): 477-486, 2009.

VASCONCELOS, M. F. F. & PAULON, S. M. **Instituição militância em análise: a (sobre) implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica Brasileira.** *Psicologia & Sociedade*, 26(n. spe.), 222-234. 2014.

VECCHIA, M. D. MARTINS, S. T. F. **Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 183-193, 2009.

WETZEL, C. PINHO, L. B. OLSCHOWSKY, A. GUEDES, A. C. CAMATTA, M. W. SCHNEIDER, J. F. **A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família.** *Rev Gaúcha Enferm.* 2014.

WILIRICH, J. Q. KANTORSKI, L. P. CHIAVAGATTI, F. G. CORTES, J. M. ANTONACCI, M. H. **Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista.** *RevEscEnferm USP.* 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

YASUI, S. COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A- PARTE I: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

PARTE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade	
Sexo	() Masculino () Feminino
Cor ou Raça	() Preto () Pardo () Branco () Amarelo
Religião	
Estado Civil	() Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () União Estável
Categoria profissional	() Psiquiatra () Médico especialista em saúde mental () Enfermeiro () Psicólogo () Assistente Social () Terapeuta Ocupacional () Outro. Especificar:
Tempo de formado	
Titulação	() Não possui Especialização () Especialização em Saúde Mental () Especialização em outra área Qual: () Mestrado () Doutorado
Modalidade de CAPS que você trabalha	() CAPS I () CAPS II () CAPS – AD
Tempo que você trabalha no CAPS	
Município que você trabalha no CAPS	

APÊNDICE B – PARTE II – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DOS CAPS.

PARTE III – GRUPO FOCAL SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Concepção de CAPS

1. O que vocês entendem por Caps?
2. O que vocês manteriam e o que mudariam nesses serviços?
3. Na prática de vocês, o CAPS é alternativo ou substitutivo do hospital psiquiátrico?

Estratégias de Cuidado em saúde mental

1. Que situações vocês identificam que necessitam do cuidado em saúde mental?
2. Quais as particularidades do cuidado com usuários que usam o serviço CAPS?
3. Que práticas em grupo existem no Caps?
Que funções possuem?
Há discussões entre a equipe sobre os grupos?
4. O que vem à cabeça de vcs quando falamos em Projetos Terapêuticos Individuais ou Singulares?
Vcs elaboram “Projetos Terapêuticos Individuais ou Singulares nos serviços”?
Quando são elaborados esses projetos?
Quem os elabora e de que modo?
Como são acompanhados e revistos os PTIs?
5. O que vem à cabeça de vcs quando falamos em Apoio Matricial?
Vcs fazem Apoio Matricial? Como é feito? Quem faz? Com que periodicidade?
6. O que vem à cabeça de vocês, quando falamos em “crise”? De modo geral, como são atendidas as crises nos serviços em que vcs trabalham? Há diferença na atenção ofertada aos usuários em crise já inseridos no Caps em relação aqueles que chegam em crise já na primeira vez? Há PTIs especificamente elaborados para os momentos de crise? Utilizam leitos de outras instituições para pacientes do Caps

em crise? Como vcs sabem da alta de um usuário que é acompanhado no serviço de vcs?

Sobre articulação em rede

1. Como se dá a articulação com os demais serviços da rede de saúde mental da região? Existem pactuações?
2. E como se dá a articulação com a AB em cada município? Existem pactuações?
3. Quais os principais desafios do cuidado em saúde mental no contexto da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DOS CAPS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy

PESQUISADOR PARTICIPANTE: Mestranda Karenn Cynthia Santos e Silva Borges

QUAIS SÃO OS OBJETIVOS DA PESQUISA?

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para analisar o cuidado em saúde mental na perspectiva dos gestores e profissionais dos CAPS, para isso serão necessários: identificar características sócio demográficas dos gestores e profissionais entrevistados; conhecer a concepção do cuidado em saúde mental na perspectiva dos gestores e profissionais; compreender as ações voltadas para o cuidado na perspectiva dos entrevistados; compreender a dinâmica do cuidado na perspectiva dos entrevistados.

QUAL É A IMPORTÂNCIA DESTA PESQUISA?

O estudo servirá para analisar o cuidado em saúde mental na perspectiva dos protagonistas desse cuidado, espera - se também que os resultados possam contribuir com o atual cenário que intima os serviços como os CAPS para uma nova reformulação do trabalho no universo biopsicossocial.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Algumas pessoas podem sentir uma sensação de incômodo ou constrangimento ao responder a entrevista ou nos diálogos dos encontros em

grupos, dessa forma os possíveis riscos à sua saúde física e mental são de ordem subjetiva.

E AS MINHAS INFORMAÇÕES PESSOAIS?

As informações pessoais não serão divulgadas. Os dados obtidos serão analisados junto com o de outras pessoas e serão utilizados apenas para esta pesquisa.

VOU TER CUSTOS COM ESTA PESQUISA?

Os participantes dessa pesquisa **não terão despesas e nem receberão nenhum pagamento** pela participação.

E SE EU NÃO QUISER MAIS PARTICIPAR DA PESQUISA?

Sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento se assim desejar. Abaixo dispomos dos endereços e telefones caso queira nos contatar para obter maiores esclarecimentos ou para desistir se assim preferir.

O QUE DEVO FAZER PARA PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Se estiver de acordo pedimos que assine esta autorização e em respeito à sua participação, ao assinar esse documento, lhe forneceremos uma via assinada que atesta o nosso compromisso com a sua privacidade.

Após leitura e esclarecimento oral sobre a importância, objetivos e dos métodos da pesquisa **O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DOS CAPS.**,

Eu, _____

_____, RG: _____, concordei

espontaneamente em participar da coleta de dados para a pesquisa participando de uma entrevista coletiva, como instrumento coletor de dados para a pesquisa.

São Luís (MA), _____ de _____ de _____

ASSINATURAS

Nome do Voluntário:

Assinatura do voluntário:

Data: _____ / _____ / _____

Nome do Responsável (quando for o caso):

Assinatura do Responsável:

Data: _____ / _____ / _____

Nome do pesquisador:

Assinatura do Pesquisador:

Data: _____ / _____ / _____

EM CASO DE DÚVIDAS FAVOR CONTACTAR COM OS PESQUISADORES:

Avenida dos Portugueses, nº 1966, Bacanga, São Luís- MA. CEP: 65080-805,
Departamento de Enfermagem - UFMA
(98) 3272.9678 (Dra. Zeni Carvalho Lamy)
(99) 98146.8264 (Karenn Cynthia Santos e Silva Borges)

EM CASO DE DENÚNCIA CONTACTAR COM A COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA):

CEP/UFMA: Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do
CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br
FONE: (98) 3272-8708 Coordenador, Prof. Dr. Francisco Navarro - **Em horário comercial**