

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO

Avaliação do acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial

Porto Alegre

2020

ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO

Avaliação do acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde Mental e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Eslabão, Adriane Domingues
Avaliação do acesso ao cuidado no Centro de Atenção
Psicossocial / Adriane Domingues Eslabão. -- 2020.
204 f.
Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Saúde mental.
3. Cuidados de saúde. 4. Avaliação de serviços de
saúde. I. Pinho, Leandro Barbosa de, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

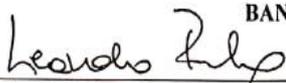
ADRIANE DOMINGUES ESLABÃO

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 07 de janeiro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Silvio Yasui

Membro da banca

USP



Prof. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Miriam Thaís Guterres Dias

Membro da banca

PPG Política Social/ Serviço Social UFRGS

Dedico este estudo aos queridos usuários,
familiares e profissionais do CAPS Casa
Vida! Para vocês toda a minha gratidão,
respeito e admiração!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e as belas oportunidades de aprendizado e conhecimento, por me guiar e me cuidar nos momentos mais difíceis e por trazer pessoas tão especiais e importantes para vivenciar comigo essa caminhada do doutorado.

A todos os brasileiros e brasileiras, que me mantiveram em uma Universidade Pública, mantida com os seus impostos. Prometo muito amor, carinho, ética e zelo para com todas as pessoas que passarem por mim na busca de cuidados em saúde.

Aos meus pais Ildo (em memória) e à minha mãe Celi, pela oportunidade da vida. Hoje, de forma mais madura, compreendo que existem diferentes formas de amar. Obrigada pelo amor de vocês! Amo vocês.

Ao meu marido, companheiro, amante e fiel depositário das minhas paixões e loucuras. Pelo cuidado, carinho e paciência, muito obrigada. Te amo. Juntamente, nessa pequena família, aos nossos filhos/pets por cuidarem de mim e me levarem todos os dias para passear, lembrando que a vida não é só uma tese!

Às minhas irmãs Joice, Luana e Liliane e ao meu irmão Vagner (em memória), e aos meus sobrinhos, por serem pessoas tão incríveis e especiais para mim. Amo vocês.

Às minhas famílias Domingues, Eslabão e Silva, pelo carinho, amor, incentivo e compreensão. Essa conquista é de todos nós! Amo muito cada um de vocês.

Ao meu orientador, professor e amigo Leandro de Pinho. Obrigada, mestre, pelo aprendizado compartilhado, pelo incentivo e cuidado comigo. Você me possibilitou também essa vitória.

Aos professores da minha banca de qualificação, Christine Wetzel, Márcio Camatta e Silvio Yasui por me possibilitarem mudar os rumos da minha pesquisa e realizar esse belo estudo no CAPS Casa Vida.

Aos professores da minha banca examinadora, Christine Wetzel, Miriam Dias e Silvio Yasui pelas contribuições e cuidado comigo e com o meu estudo. Admiro muito cada um de vocês. Gratidão!

Aos professores, mestres e inspirações para os estudos na área da saúde mental da UFPel e da UFRGS, Valéria Coimbra, Luciane Kantorski, Christine Wetzel, Jacó Schneider, Beatriz Franchini, Márcio Camatta, Vanda Jardim, Michele Mandagará, Agnes Olschowsky, entre outros professores e colegas que me apresentaram o mundo do conhecimento e cuidado da saúde mental. É apaixonante!

Às amigas Elitiele dos Santos, Suelen Bicca e Cristiane Nunes, presentes da graduação, obrigada pelo carinho, cuidado, incentivo e por lutarem comigo por uma sociedade melhor, afetiva e responsável pelo cuidado em saúde mental.

À minha queridona amiga Priscila Gonçalves, pela amizade, acolhimento e escuta nos momentos mais difíceis da minha vida. Muito obrigada, você é uma pessoa muito especial para mim!

Aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial de Capão do Leão - RS, em especial as minhas colegas da enfermagem, a equipe da UBS III, a equipe do CAPS Casa Vida, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde - administrativo e motoristas. Obrigada, colegas, pelo carinho, respeito e pelas lutas que travamos juntos por um cuidado humanizado e em liberdade!!!

Cântico Negro (*Trechos*)

Corre, nas vossas veias, sangue velho dos avós,
E vós amais o que é fácil!
Eu amo o Longe e a Miragem,
Amo os abismos, as torrentes, os desertos...

Eu tenho a minha Loucura!
Levanto-a, como um facho, a arder na noite escura,
E sinto espuma, e sangue, e cânticos nos lábios...

Ah, que ninguém me dê piedosas intenções,
Ninguém me peça definições!
Ninguém me diga: "vem por aqui"!
A minha vida é um vendaval que se soltou,
É uma onda que se alevantou,
É um átomo a mais que se animou...
Não sei por onde vou,
Não sei para onde vou
Sei que não vou por aí!

(José Régio)

RESUMO

ESLABÃO, Adriane Domingues. Avaliação do acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. 2019. 204f. Tese de Doutorado (Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Neste estudo constam os dados da pesquisa de avaliação do acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço estratégico do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, o qual deve, constantemente, revisar seus modos de atenção, pois existem riscos constantes de captura pelo modelo segregador, biologista e médico centrado. Estudo avaliativo realizado no CAPS Casa Vida a partir da análise do seu funcionamento e acesso ao cuidado. Os participantes da pesquisa foram os usuários, familiares e trabalhadores do serviço. É uma pesquisa qualitativa, a qual buscou apreender os microprocessos de trabalho e as relações entre os grupos envolvidos, para compreender a dinâmica de funcionamento e acesso ao serviço. O estudo foi norteado pela Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvonna S. Lincoln, uma metodologia inovadora que possibilita a participação efetiva dos grupos de interesse no processo avaliativo. Essa metodologia revelou grande potencial para a intervenção na realidade local do estudo. Os instrumentos de coleta de dados foram as entrevistas com usuários, familiares e trabalhadores, a análise documental e a observação participante. Os resultados da pesquisa foram agrupados em quatro temas centrais: Organização do serviço, Ambiência, Gestão da rede e Relacionamento do serviço com a sociedade. A análise dos núcleos temáticos demonstraram potencialidades importantes no cuidado em saúde mental e acesso ao serviço entre as quais: acolhimento diferenciado, cuidados terapêuticos em oficinas, aproximações com a atenção primária por meio do matriciamento. Os desafios apontados, que podem produzir barreiras de acesso ao cuidado no serviço, foram, por exemplo, a fragilidade do cuidado no momento de crise, os riscos da medicalização da vida, a necessidade de expandir os cuidados para o território e “desencapsular” os usuários e a equipe, entre outros. Por fim, o uso de uma metodologia inovadora, que inseriu os grupos de interesse no debate em relação aos resultados da pesquisa e validação dos dados, possibilitando alguns desdobramentos importantes para o cuidado no território: a criação de grupos, yoga e terapia comunitária, realizados em igrejas, associações de bairros e nos serviços da atenção básica, ofertados por profissionais do CAPS Casa Vida, valorização do espaço de reunião de equipe foram percebidas e um novo grupo terapêutico foi construído no serviço. Desse modo, entende-se que a pesquisa contribuiu para mudanças no cuidado em nível local e espera-se que possa contribuir para o avanço do cuidado ampliado em outros territórios de atenção da saúde mental.

Palavras Chaves: Acesso aos serviços de saúde. Saúde mental. Cuidados de saúde. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

ESLABÃO, Adriane Domingues. Evaluation of access to care at the Center of Psychosocial Attention. 2019. 204f. Doctorate Thesis (Enfermagem). Post Graduation Program in Nursing, Nursing School, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

This study presents the data of the evaluation research of access to care at the Center of Psychosocial Attention (CAPS), strategic service of the process of Brazilian Psychiatric Reform, which should constantly review its modes of attention as there are constant risks of capture through the segregating, biologist and doctor-centered model. Evaluative study carried out at CAPS Casa Vida from the analysis of its operation and access to care. The research participants were the users, relatives and those working at the service. It consists of a qualitative research which sought to apprehend the microprocesses of work and the relationships between the groups involved, to understand the dynamics of operation and access to the service. The study was guided by the Fourth Generation Evaluation, developed by Egon G. Guba and Yvonna S. Lincoln, a new methodology which enables the effective participation of the interest groups in the evaluative process. This methodology revealed a great potential for intervention in the local reality of the study. The data collection tools were the interviews with the users, relatives and people working at the service, document analysis and participant observation. The research results were grouped in four central themes: Service organization, Ambience, Network management and Relationship of the Service to the society. The analysis of the theme groups showed important potentialities in the care in mental health and access to the service such as: differentiated welcome, therapeutic care in workshops, approaches with the primary attention through the matrix support and others. The challenges pointed out, which may be barriers to the access in the service were, for instance, the weakness of care at times of crisis, the risks of medicalization of life, the need to expand the care for the field to “decapsulate” the users and the staff, among others. Finally, the use of an inovative methodology that brought the interest groups for the debate concerning the research results and validation of data enable some important development for the care in the field such as the setting up of groups, yoga and shared therapy, carried out at churches, neighborhood associations and in the services of basic attention, offered by the professionals from CAPS Casa Vida. Important changes in the appreciation of space of staff meeting were noticed and a new therapeutic group was created in the service. Thus, I see that the research contributed for changes concerning care in local level and I hope it may contribute for the advance of care expanded to other fields of attention of mental health.

Keywords: Access to health services. Mental health. Delivery of Health Care. Health services research.

RESUMEN

ESLABÃO, Adriane Domingues. Evaluación del acceso a la atención en el Centro de Atención Psicosocial. 2019. 204f. Tesis Doctoral (Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Este estudio presenta datos de la investigación sobre la evaluación del acceso a la atención en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), servicio estratégico del proceso de Reforma Psiquiátrica brasileña, lo cual debe, constantemente, revisar sus modos de atención, ya que existen riesgos constantes de captura por el modelo segregador, biológico y médico centrado. Estudio evaluativo realizado en CAPS Casa Vida a partir del análisis de su funcionamiento y acceso a la atención. Los participantes de la investigación fueron los usuarios, familiares y trabajadores del servicio. Es una investigación cualitativa que buscó aprehender los microprocesos de trabajo y las relaciones entre los grupos involucrados, para comprender la dinámica de operación y el acceso al servicio. El estudio fue guiado por la Evaluación de Cuarta Generación, desarrollada por Egon G. Guba y Yvonna S. Lincoln, una metodología innovadora que permite la participación efectiva de las partes interesadas en el proceso de evaluación. Esta metodología reveló gran potencial de intervención en la realidad local del estudio. Los instrumentos de recolección de datos fueron las entrevistas con usuarios, familiares y trabajadores, análisis de documentos y observación participante. Los resultados de la investigación se agruparon en cuatro temas centrales: Organización de servicios, Ambiente, Gestión de la red y Relación de servicios con la sociedad. El análisis de los núcleos temáticos mostró potencialidades importantes en la atención de salud mental y el acceso al servicio, tales como: recepción diferenciada, atención terapéutica en talleres, acercamiento con la atención primaria a través del matriciamento, entre otros. Los desafíos identificados, que pueden generar barreras para acceder a la atención en el servicio, fueron, por ejemplo, la fragilidad de la atención en el momento de la crisis, los riesgos de medicalización de la vida, la necesidad de expandir la atención al territorio "desencapsular" los usuarios y el equipo, entre otros. Finalmente, el uso de una metodología innovadora, que llevó los grupos de interés al debate respecto a los resultados de la investigación y la validación de datos, hizo posible algunos desdoblamientos importantes para la atención en el territorio como: la creación de grupos, yoga y terapia comunitaria, realizado en iglesias, asociaciones de barrios y en los servicios de atención primaria, ofrecidos por los profesionales de CAPS Casa Vida, se notaron cambios importantes en la valoración del espacio de reunión del equipo y se formó un nuevo grupo terapéutico en el servicio. Por lo tanto, entiendo que la investigación ha contribuido a los cambios en la atención a nivel local y espero que pueda contribuir al avance de la atención ampliada en otros territorios de atención de salud mental.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud. Salud mental. Prestación de atención de salud. Investigación sobre Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Círculo Hermenêutico-Dialético -----	54
Figura 2	Mapa da cidade de Capão do Leão – RS-----	57
Figura 3	Apresentação das questões desdobradas de cada grupo de interesse----	64
Figura 7	Unidades de informação da entrevista 01 -----	72
Figura 8	Unidades de informação agrupadas, com discursos -----	73
Figura 9	As categorias temáticas e os temas centrais -----	75
Figura 10	CAPS Casa Vida de Capão do Leão – RS -----	89
Figura 11	Atividades semanais oferecidas pelo CAPS -----	91
Figura 12	Banca de artesanato e brechó-----	92
Figura 13	Grupo Terapêutico João de Barro – Material construído no primeiro encontro do ano de 2019 -----	93
Figura 14	Oficina de yoga e erva terapia (contato com o campo – etnografia prévia) -----	94
Figura 15	Oficina Terapêutica de Culinária – Produção de chocolates para a páscoa -----	95
Figura 16	Convite para a mobilização do CAPS Casa Vida-----	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IC	Iniciação Científica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PRD	Programa de Redução de Danos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDESUL	Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Superintendência de Ações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAA	Unidades de Acolhimento Adulto
UAI	Unidades de Acolhimento Infantojuvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO -----	17
2	OBJETIVOS -----	23
3	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO -----	24
3.1	O Movimento de Reforma Psiquiátrica e o “lugar” do Centro de Atenção Psicossocial -----	24
3.2	O Sistema Único de Saúde e o acesso ao cuidado -----	32
3.3	Conceituando e avaliando o “acesso” em saúde -----	38
4	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA -----	44
4.1	Fundamentos da pesquisa avaliativa em serviços de saúde -----	44
4.2	A Avaliação de Quarta Geração – escolha teórico-metodológica deste estudo -----	50
4.2.1	O processo hermenêutico-dialético da Avaliação de Quarta Geração ---	53
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS -----	56
5.1	Características do estudo -----	56
5.2	Cenário do estudo -----	56
5.3	Aspectos operacionais do processo avaliativo -----	57
5.3.1	Contratar – formalizar o contrato -----	57
5.3.2	Organizar - Organização do processo avaliativo -----	58
5.3.3	Identificação dos grupos de interesse -----	61
5.3.4	Elaborando as construções conjuntas -----	62
5.3.5	Preparação do material empírico para a agenda de negociação -----	67
5.3.6	Realização da negociação -----	68
5.3.7	Organização do relatório de resultados -----	70
5.3.8	Análise dos dados -----	71
5.3.8.1	Identificação de unidades de informação -----	71
5.3.8.2	Identificação das categorias temáticas -----	72
5.3.9	Considerações Éticas -----	84
6	CONTEXTO LOCAL DO ESTUDO -----	85
6.1	O sistema de saúde de Capão do Leão -----	85
6.1.1	Nível Primário de Atenção -----	86
6.1.2	Superintendência de Média e Alta Complexidade – Nível Secundário de Atenção -----	86

6.1.3	O sistema de saúde mental -----	87
6.3.4	O Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida -----	89
6.3.4.1	Acolhimento -----	91
6.3.4.2	Atendimentos individuais -----	91
6.3.4.3	Assembleias -----	92
6.3.4.4	Banca de artesanato e brechó -----	92
6.3.4.5	Grupo de familiares -----	93
6.3.4.6	Grupo Terapêutico João de Barro -----	93
6.3.4.7	Oficinas terapêuticas -----	94
6.3.4.8	Reunião de equipe -----	96
6.3.4.9	O cuidado no território -----	96
7	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO -----	99
7.1	Características do serviço -----	99
7.2	O processo de acolhimento no CAPS -----	102
7.3	As atividades no Centro de Atenção Psicossocial -----	107
7.3.1	Oficinas Terapêuticas -----	107
7.3.2	Grupo terapêutico -----	110
7.3.3	Consultas médicas -----	114
7.3.4	Atendimento ambulatorial e o CAPS -----	119
7.3.3	Atenção à família -----	121
7.3.5	Cuidado da criança e do adolescente -----	124
7.4	As atividades do Centro de Atenção Psicossocial no território -----	127
7.5	Atendimento à crise -----	132
7.6	O tempo de permanência e o processo de alta do CAPS -----	134
7.7	Reunião de equipe -----	141
8	AMBIÊNCIA -----	145
8.1	Características da estrutura física -----	145
8.2	Composição e gestão da equipe -----	148
9	GESTÃO DA REDE -----	152
9.1	A assistência farmacêutica no município -----	152
9.2	Formação e educação permanente -----	158
9.3	Funcionamento da rede -----	161
10	RELACIONAMENTO DO SERVIÇO COM A SOCIEDADE -----	168

10.1	Estigma e preconceito -----	168
10.2	A divulgação do CAPS na sociedade -----	171
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	173
	REFERÊNCIAS -----	177
	APÊNDICE A- Roteiro da observação de campo -----	192
	APÊNDICE B- Roteiro para a entrevista semiestruturada-----	194
	APÊNDICE C - Autorização do secretário municipal de saúde do capão do leão para a execução da pesquisa-----	196
	APÊNDICE D - Autorização da coordenadora de saúde mental -----	197
	APÊNDICE E- Termo de consentimento livre e esclarecido -----	198
	ANEXO A - Parecer do CEP da UFRGS -----	200

1 APRESENTAÇÃO

As vivências acadêmicas e as atividades profissionais no âmbito da saúde mental e da saúde coletiva foram as inspirações para a elaboração da presente pesquisa, realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Casa Vida, localizado na região Sul do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A minha trajetória na pesquisa iniciou com a participação em grupos de estudo na área da saúde mental e coletiva durante o curso de graduação da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).

Naquele período, atuei como bolsista de iniciação científica do projeto Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL)¹. Nesse projeto, participei de todas as suas etapas e de algumas capacitações promovidas em relação ao referencial teórico-metodológico adotado, a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano.

Com o meu envolvimento na pesquisa, comecei a compreender que o cuidado em saúde deve ser realizado em rede devido à complexidade da vida humana e que apenas um espaço de tratamento nunca será suficiente, como acontece no modelo tradicional de assistência psiquiátrica – o manicomial. Portanto, essa rede deve funcionar de forma maleável, transversal, com trocas de informações, discussões de casos, construções de plano de cuidado, possibilitando espaços compartilhados de atenção entre profissionais, usuários e familiares.

Considero que poucas áreas de conhecimento são tão complexas, plurais, transversais e intersetoriais quanto a saúde mental, a qual tem por base o conhecimento de muitos profissionais e não apenas do psiquiatra, como na disciplina de psiquiatria. Assim, proponho-me a lançar um olhar sobre o usuário e suas relações, sobre sua história de vida, seus desejos e sonhos, suas possibilidades de crescimento social e intelectual dentro de seu território de vida, ou seja, a doença é posta entre parênteses para que se possa olhar a vida do usuário (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento, um processo, que visa a mudanças em várias dimensões, e as principais delas são caracterizadas como teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, trazendo um novo modo de olhar

¹ Projeto de pesquisa coordenado pela Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade do Oeste do Paraná. O objetivo do estudo foi a avaliação de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. E foi realizado a partir da avaliação qualitativa e quantitativa em cinco municípios do estado do Rio Grande do Sul (Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Porto Alegre e Viamão).

para a doença mental (AMARANTE, 2007). Essa leitura gera reflexões sobre a necessidade de mudanças, sobre a importância de movimentos sociais de luta e resistência por uma sociedade sem manicômios, sem preconceitos, sem processos de exclusões que podem ocorrer tanto em serviços asilares quanto em serviços substitutivos de saúde mental.

A complexidade do cuidado em saúde mental, portanto, se sustenta no olhar para fora das instituições fechadas e que isolam sujeitos. É compreender que a rede precisa contemplar características individuais, de arranjos entre os serviços e que o setor saúde, diante dessa complexidade, não é suficiente para dar conta das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e suas famílias.

O término da pesquisa REDESUL deu espaço para o projeto CAPSUL II², quando tive a oportunidade de conhecer a metodologia de Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (2011), utilizada neste estudo. Essa metodologia inovadora de avaliação considera as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse (*stakeholders*) como enfoque organizacional para determinar as informações essenciais e que serão utilizadas, aqui, de acordo com as orientações metodológicas do modelo de investigação construtivista.

A avaliação de serviços de saúde é fundamental para implementação de práticas de cuidado eficazes, efetivas e de integralidade nos serviços. Os estudos avaliativos contribuem para a política nacional, estadual e municipal de saúde, para a gestão dos serviços e das práticas cotidianas de cuidado, para a melhoria do acesso e a satisfação dos usuários e familiares de serviços de saúde. Além disso, possibilita a todos os envolvidos a identificação dos gargalos dos serviços e das práticas eficientes para a sua melhoria.

As experiências como bolsista de iniciação científica das pesquisas citadas foram valiosas para o meu conhecimento. Em seguida, comecei as atividades assistenciais na rede de atenção psicossocial como bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde/Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas (PET Saúde/Saúde Mental/Crack). Atuei em três serviços emblemáticos: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e o Programa de Redução de Danos (PRD) de Pelotas.

² O projeto CAPSUL II foi coordenado pela Universidade Federal de Pelotas e teve como objetivo a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná). A pesquisa foi realizada através de um estudo de avaliação qualitativa e quantitativa.

No PET o conhecimento teórico das pesquisas assumiu um novo significado, pois acompanhei histórias delicadas de vida através dos relatos em grupos terapêuticos, nos momentos de acolhimento, nas oficinas terapêuticas e nas reuniões de equipe. O conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Pelotas também se ampliou com as visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas atividades com a equipe de redução de danos e nas reuniões de rede.

Nas atividades realizadas no CAPS II Zona Norte e CAPS AD percebi que os profissionais da rede de cuidado não conheciam todos os pontos de atenção, além disso, as dimensões que envolviam o acesso do usuário tinham configurações diferentes. No CAPS AD havia sempre um profissional de referência para fazer o acolhimento do usuário, funcionando de portas abertas, e no CAPS II o acolhimento era agendado. Essas questões foram importantes, pois subsidiaram a construção do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Graduação em Enfermagem, realizado na rede de saúde de Pelotas/RS.

Na coleta dos dados da pesquisa do TCC vivenciei uma situação emblemática. Um coordenador de ESF, participante da pesquisa, solicitou que uma usuária da unidade, vivenciando um processo de luto pela perda do segundo filho, vítima da violência urbana e do tráfico de drogas, fosse atendida pela equipe do CAPS. Entretanto, a equipe da ESF deveria encaminhar a usuária ao CAPS, através de um sistema de referência, colocando-a em uma lista de espera para acolhimento, o que gerou grande incômodo à equipe da ESF.

Nesse sentido, questionei: **quais seriam as dificuldades de acesso dos usuários aos CAPS? Como esses processos podem ser solucionados para garantir que o usuário em sofrimento psíquico chegue ao serviço especializado?**

No TCC, intitulado “Conformação da Rede de Saúde Mental na visão dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família” (ESF), cuja pesquisa foi realizada com os coordenadores de ESF, observei uma visão restrita da RAPS, na qual apenas o CAPS se configurava como o principal espaço de cuidado. No caso das redes informais, os coordenadores identificavam a necessidade de ampliar as estratégias de prevenção e promoção na comunidade. Os participantes tinham dificuldade para identificar os usuários com necessidades de atendimento em saúde mental; e houve preocupação com o uso excessivo de psicofármacos, falta de comunicação entre os serviços da rede e a necessidade de maior apoio da gestão (ESLABÃO et AL.; 2017a; 2017b).

As conclusões do TCC mostraram que o acesso do usuário aos serviços especializados precisavam ser problematizados. Assim, em 2012 finalizei a graduação em Enfermagem e comecei a trabalhar no Programa de Redução de Danos como Agente Redutora de Danos. Atuar no PRD foi um grande desafio e também um grande aprendizado, e pude visualizar, de modo ampliado, o sofrimento mental para além do CAPS e da própria atenção básica, pois o agente redutor de danos atua fortemente na comunidade, no território, nas casas dos usuários, e estes são espaços muito diferentes daqueles relativamente “assépticos” dos serviços de saúde.

Para atuar no cuidado às pessoas em uso de drogas, a cidade foi dividida em regiões, mapeando-se os locais de maior consumo de drogas e as localidades com maior vulnerabilidade social. Na região da zona Norte de Pelotas – onde atuei - identifiquei uma população que não estava inclusa na atenção básica, não estava no CAPS e nem em qualquer outro serviço de cuidado, pois se tratava de usuários e famílias vivenciando condições de miserabilidade, os quais tentavam anestesiar as suas dores através do uso de drogas.

Nessa região, conheci crianças com mais de dois anos de vida sem registro de nascimento; pais e filhos que viviam com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) sem acompanhamento e tratamento em serviços de saúde; crianças que estavam fora da escola; mulheres gestantes sem acompanhamento em saúde; famílias que viviam em situações insalubres de moradia e sem condições para se alimentar.

Nessas experiências, compreendi que o atendimento nos serviços de saúde não acompanham a realidade de vida das pessoas, e as situações de vida que chegam aos profissionais de saúde nem sempre retratam a realidade social. Neste sentido, compreendi que é preciso **enfrentar o desafio do trabalho em rede e no território para possibilitar ao indivíduo e família um cuidado ampliado, atendendo a integralidade de suas necessidades em saúde.**

Em continuidade, na condição de enfermeira de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), acompanhei o processo de transição do serviço CAPS AD tipo II para CAPS AD tipo III. A contratação de novos profissionais, reconfigurações de processos de trabalho, criação de leitos de acolhimento noturno e atendimento à crise estavam sendo implantados. Esse investimento ampliou o acesso do usuário ao serviço, mas também trouxe outras complexidades assistenciais.

O acolhimento de uma gestante, usuária de crack, com sintomas ansiosos e solicitando tratamento no serviço, deixou um registro importante na minha memória. O

CAPS AD III acolheu a gestante e a sua família, mas não estava com a sua estrutura física pronta e a gestante foi encaminhada para uma internação em um hospital psiquiátrico, embora o município contasse com três hospitais gerais e com unidades de maternidade. No entanto, o fato de ser usuária de drogas impediu que aqueles serviços aceitassem a gestante.

Desse modo, tocada com as experiências no âmbito do uso e abuso de drogas, e intrigada pelos encaminhamentos frequentes ao manicômio, percebi a importância de ampliar a oferta de dispositivos e métodos de integralidade do cuidado. Nesse sentido, o cuidado em saúde mental deve contemplar uma diversidade de arranjos de rede, de serviços, sendo o CAPS estratégico para a garantia de acesso e acolhimento das demandas dos usuários.

Em 2014 iniciei as atividades de pós-graduação na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com novas experiências no município de Viamão-RS, local da pesquisa do mestrado. O estudo foi realizado com uma Equipe Itinerante de Saúde Mental³, com a finalidade de conhecer o processo de trabalho do serviço, identificando a construção de novas redes de cuidado e acesso dos usuários aos serviços especializados.

A experiência vivenciada na equipe itinerante me inseriu em territórios cheios de vida, histórias marcantes, espaços violentos e permeados pelo tráfico. A ausência de políticas públicas de prevenção e promoção em saúde, de acesso à educação, renda, moradia e lazer era visível, e, ao mesmo tempo, havia uma equipe disposta a fazer diferente, a eliminar barreiras de acesso ao CAPS e a desconstruir um caminho erroneamente construído via judicial.

Atualmente, sou enfermeira da atenção básica do município de Capão do Leão – RS. A atenção básica é um local de alta complexidade do cuidado, de contato com as histórias de vida de muitos usuários e famílias, de conhecimento das necessidades em saúde, e nesses serviços também percebo grande resistência à atenção à saúde mental.

Para atender as pessoas em sofrimento psíquico comecei a realizar os acolhimentos em saúde mental na Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual eu atuava e

³ A criação da Equipe Itinerante em Saúde Mental foi fruto do princípio de municipalização que garante a criação de estratégias de cuidado em um determinado território, de acordo com as suas necessidades de saúde. A Equipe Itinerante de Saúde Mental era responsável pelos pedidos para tratamento em saúde mental de pessoas e famílias, as quais o solicitavam via Ministério Público (MP). A maioria dos pedidos era pela internação compulsória de usuários em uso abusivo de drogas, e o objetivo maior da equipe era garantir o acesso e o cuidado destas pessoas na rede de saúde mental e desconstruir, com a comunidade, a necessidade de procurar o MP para serem inseridas nos serviços de saúde mental, pois os serviços de saúde mental estavam de portas abertas.

logo houve a sua expansão para a rede básica. No município, atualmente, as seis UBS ofertam o acolhimento em saúde mental pelo enfermeiro, fazem o matriciamento com a visita mensal do psiquiatra, e as interconsultas junto com o médico e a enfermeira da unidade é outro dispositivo. Os grupos de atividades físicas foram, em seguida, organizados na atenção básica para acolher os usuários da saúde mental e, atualmente, atendem um número expressivo de pessoas.

Diante do exposto, ancorada nas minhas experiências profissionais, acadêmicas e em questionamentos teóricos e metodológicos tenho como objeto deste estudo a **avaliação do acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial**. Para tanto, pretendo responder aos seguintes questionamentos: Que fatores interferem ou facilitam o acesso do usuário ao serviço especializado? Que conjunto de melhorias pode ser evidenciado no funcionamento do serviço e que tenha relação direta com a garantia de acesso da população ao cuidado especializado?

Desse modo, defendo **a tese** de que a avaliação do acesso é um forte indicador de como a reforma psiquiátrica se materializa no município, pois revela não somente a demanda da população por serviços de saúde, mas também modos de operação, processos internos e as relações que esses serviços estabelecem com a rede e a sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida do município de Capão do Leão, Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

- Construir um processo avaliativo que leve em consideração as demandas dos usuários, familiares e trabalhadores para problematizar as barreiras de acesso ao cuidado em saúde mental;

- Conhecer fluxos implementados pelo município para facilitar o acesso do usuário e familiares ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

3.1 O Movimento de Reforma Psiquiátrica e o “lugar” do Centro de Atenção Psicossocial

O hospital psiquiátrico e seus pseudônimos (asilo e manicômio) foram espaços de “assistência em saúde mental” e de grande concentração de usuários em sofrimento psíquico que viveram anos isolados de suas famílias e da sociedade. O manicômio propagou grande sofrimento a seus internos através do abuso de poder, privação do direito de receber visitas, isolamento social em celas, agressão física e moral. E a grande maioria dessas instituições não tinha nenhuma condição de prestar cuidados (DESVIAT, 2015).

A política manicomial de atenção ao sofrimento psíquico precisou ser fortemente questionada, pois,

a empresa de saúde sempre viu lucro e só lucro. Não nos iludamos, porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar tal monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem (CERQUEIRA, 1984, p.226).

O manicômio, com seus inúmeros leitos hospitalares, manteve-se e mantém-se por séculos como espaço de atenção ao sofrimento psíquico no mundo e no cenário brasileiro. Entretanto, um único espaço de atenção não garante o cuidado e o acesso dos usuários em sofrimento psíquico a todas as suas necessidades em saúde. Para Yasui (2010) há uma estreita e íntima relação entre o manicômio e os processos políticos, econômicos e sociais da cidade e das sociedades.

A criação dos CAPS e de toda a rede de cuidado em saúde mental é fruto de um processo social de Reforma Psiquiátrica (RP), o qual é um movimento mundial de luta por mudanças nos modos de produção de cuidado que se intensificaram na década de 1960. Esse movimento concretizou, em muitos países, experiências desde transformações no interior do hospital psiquiátrico até as propostas de desospitalização, desinstitucionalização e de fechamento dos manicômios, e a criação de uma rede de cuidado em saúde mental (DESVIAT, 2015; COSTA ROSA, 2013; AMARANTE, 2000).

No cenário brasileiro, o processo de reestruturação dos modos de atenção em saúde mental iniciou na década de 1970, em um período de ditadura, com a instituição dos ambulatorios de saúde mental e de equipes de saúde mental na atenção básica de inspiração americana e francesa (PITTA-HOISEL, 1984). E durante muitos anos esses serviços foram a única política pública de confrontação aos manicômios tradicionais (COSTA-ROSA, 2013).

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental teve um importante papel na luta pela reforma da saúde mental brasileira, pois iniciou um processo de denúncias sobre a precarização das condições de trabalho, a falta de recursos dos hospitais psiquiátricos e uma assistência de péssima qualidade (AMARANTE, 1996; LANCETTI, 2008).

A intensificação dos movimentos sociais, como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que buscava a melhoria da assistência e mudanças nas leis obsoletas que regulavam as internações psiquiátricas e da própria modificação do Código Civil e Penal no Brasil, deu início a uma reversão do modo de atenção em saúde mental no país (AMARANTE, 1996; LANCETTI, 2008). Iniciou-se um processo árduo de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental.

O conceito de desinstitucionalização surgiu no âmbito da psiquiatria preventiva desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1960, compreendida como simples redução da permanência de pessoas em hospitais psiquiátricos e com a construção de centros de saúde mental para promover o cuidado (AMARANTE, 2007).

Entretanto, a desinstitucionalização é um trabalho prático e crítico de transformação do papel do manicômio e da doença mental como centralidade do cuidado de um sofrimento humano que é complexo, subjetivo e transversal a tantas formas de viver a vida. Por esse motivo, é preciso colocar a “doença” entre parêntese para olhar “a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação social. O conceito de desinstitucionalização foi transformado com a prática de cuidado desenvolvida pelos italianos na Psiquiatria Democrática (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001; AMARANTE, 2007)

A partir de mudanças no modelo assistencial para uma conduta ética do cuidado e de um modelo terapêutico que priorizasse a liberdade e a cidadania dos usuários é que se desenvolveu/pensou todo um conjunto de dispositivos que favorecessem a superação do manicômio e que conectasse os sujeitos à rede subjetiva de seus mundos (DESVIAT, 2015).

Nesse sentido, as transformações postas pelos movimentos sociais reorienta a mudança de modelo assistencial no Brasil, delimitando um novo campo de práticas e saberes transversos por ideias éticas e políticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e medicamentoso (COSTA ROSA, 2013).

O modelo de Atenção Psicossocial é intensamente territorial. É a partir do território, espaço de vida e subjetividade, que as práticas do paradigma psicossocial de cuidado devem ser postas em ação, integralizando-se a outros dispositivos do território⁴, com o cuidado em liberdade (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). É esse modelo que permite o acesso dos usuários a diferentes espaços de cuidado e a partir do seu território de vida.

O termo psicossocial, nos primórdios, referia-se apenas aos aspectos psíquicos e sociais de pouca importância na prática psiquiátrica. No entanto, o argumento central para a conformação de um modelo assistencial girava em torno da definição de um paradigma que questionasse e rompesse com a ideologia psiquiátrica tradicional, em um movimento de radical crítica das estruturas vigentes, e que pudesse designar um novo modelo de cuidar, um novo campo de práxis (COSTA-ROSA, 2013).

É preciso, pois, compreender o movimento de reforma psiquiátrica como um processo social complexo e inacabado, em movimento, e com **dimensões simultâneas** e cheias de contradições, pulsações, paradoxos, permeado por atores sociais com ideologias, crenças e visões de mundo divergentes (AMARANTE, 2007).

Dimensão teórico-conceitual ou epistemológica: permite refletir sobre a transição de conceitos e os novos modos de olhar para o sofrimento humano. Os pressupostos de que a ciência produzia apenas a verdade e a psiquiatria, baseada na ciência, encarcera o homem em sofrimento psíquico para curá-lo de sua doença não é mais aceito. Assim, o olhar deve ser para o sujeito em sofrimento psíquico e as suas relações de vida, sua história de vida, seus espaços de convivência com a família, trabalho, amigos e a comunidade, pois isto possibilita a ampliação do cuidado.

Dimensão técnico-assistencial: refere-se aos serviços substitutivos do manicômio, dos espaços estratégicos de cuidado que devem produzir acolhimento, trocas sociais, de subjetividade, escuta, vínculo e um olhar ampliado para o sujeito e não

⁴ O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi (SANTOS, 2000, p. 96).

para a sua doença. Nessa dimensão, estão os diversos serviços substitutivos implementados no país, com destaque para os CAPS.

Dimensão jurídico-política: refere-se à necessidade de revisão de toda a legislação, pois a loucura não pode ser considerada sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade, o que afeta diretamente o exercício de cidadania. Cabe destacar, nesta dimensão, algumas conquistas importantes: a Lei 10.216/2001 que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e traz o redirecionamento do modelo assistencial; a Lei 10.708/2003, conhecida como “De Volta para Casa”, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para integração social de pessoas com transtornos mentais e egressos de internações psiquiátricas. E inúmeras leis estaduais e municipais conquistadas em todo o território brasileiro.

Dimensão sociocultural: estratégica e criativa, reconhecida em âmbito nacional e internacional, é a que convoca a sociedade a pensar e agir junto, como protagonistas de uma história que precisa ser rediscutida e reescrita. Para tanto, necessita provocar no imaginário social a reflexão da loucura, da doença mental, do papel do hospital psiquiátrico. Desse modo, a inserção da sociedade (usuários, familiares, técnicos, voluntários) através da produção cultural e artística começou a produzir uma série de eventos culturais que foram e são disparadores da discussão sobre o tema.

Nesse âmbito, a instituição do Dia Nacional de Luta Antimanicomial, 18 de maio, é um exemplo. Em todo o país são realizadas atividades culturais, artísticas, acadêmicas e políticas como forma de produzir o debate e instigar a sociedade a refletir sobre a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico.

Essas dimensões retratam o grande desafio técnico, jurídico e político que temos para garantir modos de cuidado em liberdade e com cidadania, o que cada usuário da saúde mental e sua família tem direito. É importante destacar que houve grandes conquistas em termos de cuidado em liberdade, mas é preciso reconhecer que a cada avanço também há desafios e, portanto, a reforma psiquiátrica de fato é um “movimento” e é preciso estar sempre em constante mobilização.

Nessa perspectiva, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, nomeado de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi inaugurado no ano de 1987, em São Paulo, exercendo importante impacto para a construção de novos espaços de cuidado e transformação de outros serviços (AMARANTE, 2000). Em seguida, em dezembro de 1987, na cidade de Bauru – SP, em meio ao II Congresso Nacional de Trabalhadores em

Saúde Mental, foi implantado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) (YASUI, 2010).

E na cidade de Santos, após a intervenção no hospital psiquiátrico privado Casa de Saúde Anchieta, iniciou a construção de uma rede substitutiva do manicômio. A rede de base territorial era constituída por: NAPS regionalizados e com funcionamento 24 horas por dia e sete dias da semana; o Pronto Socorro Psiquiátrico, dando suporte à crise; a Unidade de Reabilitação Psicossocial, responsável pelos empreendimentos de trabalho; o Centro de Convivência TAM-TAM e o Lar Abrigo - República Manoel da Silva Neto – espaço de moradia e cuidado de pessoas gravemente institucionalizadas e com importantes debilidades clínicas (YASUI, 2010).

O estado do Rio Grande do Sul é mais uma referência na luta antimanicomial. O segundo CAPS inaugurado no país foi no município de São Lourenço do Sul – o Centro de Atenção Psicossocial Nossa Casa, em funcionamento desde 1989 (AMARANTE, 1995). Esse Estado também criou a Lei estadual nº 9.716/1992 que orientou a reforma psiquiátrica no Estado, condizente com o modo psicossocial.

Desse modo, novos NAPS/CAPS⁵ foram implantados por todo o território brasileiro, além de outros dispositivos de atenção: Centros de Referência em Saúde Mental, Centros de Convivência e Cooperativas, e atividades específicas na atenção básica (LANCETTI, 2008). Foi o início da construção de uma rede de serviços substitutivos do modelo asilar que via o hospital psiquiátrico como único espaço de atenção; e a Psiquiatria Democrática Italiana⁶ foi e é uma importante inspiração para o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nesse sentido, a necessidade de criação de uma lei para legitimar e sustentar a nova concepção de cuidado em saúde mental, de paradigma, com base nos direitos humanos, na liberdade, na cidadania e de organização dos serviços com base territorial era necessária. Assim, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei que

⁵A nomeação NAPS/CAPS existia na Portaria 224/92, a primeira a incluir esses serviços na política de saúde mental do Ministério da Saúde, no entanto, com a criação da Portaria 336 os NAPS passaram a ser citados apenas como CAPS.

⁶A Reforma da Psiquiatria Democrática Italiana iniciou na década de 1970 e teve como precursor Franco Basaglia, um psiquiatra que negou, definitivamente, o manicômio como espaço de tratamento, ou seja, defendeu o fechamento total dessas instituições e a criação de serviços substitutivos, no território de vida das pessoas e com um cuidado em liberdade. Basaglia e seus adeptos fecharam os manicômios na Itália e formaram novos espaços de cuidado em saúde mental, com novos modos de compreender o sofrimento humano e importantes críticas ao modelo hospitalocêntrico. A ideia de colocar a “doença” entre parênteses para olhar “o sujeito e sua história de vida” vem da Reforma Democrática Italiana (ROTELLI; LONARDIS; MAURI, 2001). O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro inspirou-se nas orientações da reforma italiana.

transitou por 12 anos na Justiça e gerou imensos debates⁷, o que resultou, em 2001, na Lei 10.216 (DELGADO, 2011).

A Lei 10.216 trata dos direitos e da proteção das pessoas em sofrimento psíquico. Os direitos são: ter acesso ao melhor cuidado nos sistemas de saúde, ser tratado com respeito e humanidade, e o direito de proteção a toda e qualquer forma de violência e exploração; ter a garantia do sigilo de suas informações; receber todas as informações referentes à sua doença; ser cuidado em serviços de base territorial, preferencialmente, entre outros direitos citados nessa lei (BRASIL, 2001).

Além disso, a Lei 10.216 inclui, em seus artigos, questões importantes, como a responsabilidade do Estado em promover o desenvolvimento de uma política de saúde mental, de assistência e promoção. A internação será apenas utilizada quando os dispositivos extra-hospitalares não puderem cuidar; esses estabelecimentos devem ter uma equipe multidisciplinar, e o tratamento tem como finalidade permanente a inserção da pessoa em seu território, em seu meio de vida (BRASIL, 2001).

Desse modo, a ampliação da rede pública de saúde mental foi iniciada. Em 2002, a aprovação da Portaria 336 do Ministério da Saúde regulamentou a oferta de recursos financeiros específicos para a rede territorial, sustentada pela Lei 10.216 (DELGADO, 2011). Além disso, foram criadas diferentes modalidades de CAPS⁸: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i organizados e implementados conforme o porte, complexidade e abrangência populacional do município (BRASIL, 2002).

O CAPS é um serviço de saúde de base territorial e aberto do Sistema Único de Saúde (SUS), referência para o cuidado e tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esse serviço deve ofertar cuidados a sua população de abrangência, garantindo o acompanhamento clínico, a reinserção social através do acesso ao lazer, trabalho, direitos civis e fortalecimento dos laços sociais (BRASIL, 2004, BRASIL, 2011).

⁷ O projeto de lei do deputado Paulo Delgado iniciou sua tramitação e aprovação na Câmara Federal em 1989 sob a Lei de nº 3.657/89. Após, seguiu para o Senado e somente 11 anos depois seu substitutivo foi aprovado sob a forma da Lei 10.216/2001 (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

⁸ Segundo as Portarias 336/2002 e a Portaria 3088/2011 os CAPS se organizam a partir da abrangência populacional em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPSi. Os três primeiros são responsáveis pelo atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes. O CAPS AD é um serviço que deve atender adultos ou crianças e adolescentes com problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas. O CAPSi é um serviço direcionado para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que vivenciam algum sofrimento em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Os CAPS devem ofertar o atendimento em regime diário, gerenciando os projetos terapêuticos e garantindo um cuidado clínico eficiente e de qualidade. Pretende promover a reinserção social através de atividades intersetoriais⁹. Além disso, os CAPS são responsáveis pela organização¹⁰ dos serviços no território e pelo suporte e supervisão das atividades de saúde mental na atenção básica, pela regulação da porta de entrada do cuidado, pela supervisão dos serviços com unidades hospitalares e pelo controle de usuários em uso de psicofármacos (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, o CAPS, como serviço estratégico da política nacional de saúde mental, possui responsabilidades de cuidados que dependem de seus profissionais e de todos os trabalhadores inseridos em outros espaços formais e informais da rede.

Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais que devem atuar de modo interdisciplinar com atividades realizadas, prioritariamente, em espaços coletivos, entre os quais assembleias de usuários, reunião diária de equipe e grupos, articulando-se a outros espaços da rede de saúde e demais redes de cuidado. E o cuidado é desenvolvido a partir da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e em conjunto com o usuário, família e profissionais, mas ordenado pelo CAPS ou pela atenção básica como forma de acompanhar longitudinalmente o caso (BRASIL, 2011).

Segundo dados atualizados da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, o número de CAPS no país teve um aumento significativo. Em 2014 existiam, no país, 2.209 CAPS distribuídos por todo o território nacional, e, destes, 1.069 são CAPS I, 476 CAPS II, 85 CAPS III, 201 CAPS i, 309 CAPS AD, 69 CAPS AD III (BRASIL, 2017).

Portanto, o CAPS é um importante espaço de cuidado em saúde mental, sendo necessário que se ampliem as pesquisas de avaliação a respeito do acesso disponibilizado e, principalmente, das atividades ofertadas pela equipe do serviço, como forma de promover o cuidado no território.

Com a finalidade de fortalecer o potencial da rede no cuidado em saúde mental, a Portaria 3088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial. Nela, a rede foi organizada em sete componentes:

⁹ Intersetorialidade é o cuidado em conjunto com os setores e instituições (governamentais e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública (MONNERAT; SOUZA, 2011).

¹⁰ De acordo com a Portaria 3088/2011, são objetivos gerais da RAPS a regulação e organização das atividades da rede e de seus fluxos assistenciais, e monitorar e avaliar as ações de cuidado realizadas pelos serviços através de indicadores (BRASIL, 2011). Ou seja, não cabe apenas ao CAPS a função de organizador da rede.

I- Atenção Básica em Saúde: deve atuar, principalmente, com a prevenção e promoção da saúde mental através da articulação com o seu território e a RAPS. Nesse componente, também estão presentes as Equipes de Consultório na Rua, os Espaços de Convivência e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

II - Atenção Psicossocial Especializada é responsável pelo cuidado dos usuários em sofrimento psíquico com transtornos mentais graves e persistentes. É o componente articulador da RAPS e que deve dar retaguarda ao componente da ABS. Esse componente é representado pelos Centros de Atenção Psicossocial.

III - Atenção de Urgência e Emergência: representada pela Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, UBS entre outros pontos que devem atender as emergências do usuário em sofrimento psíquico.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório: deve oferecer assistência 24 horas do dia, o usuário pode ficar até seis meses nas Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) ou nas Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI). É através do CAPS que os usuários são encaminhados aos residenciais. Existem, ainda, as Comunidades Terapêuticas supervisionadas pelo SUS.

V - Atenção Hospitalar é composta pelas enfermarias especializadas em saúde mental nos hospitais gerais e há, também, o Serviço Hospitalar de Referência que oferece suporte hospitalar através de internações de curta duração.

VI - Estratégias de Desinstitucionalização: destinadas ao cuidado dos usuários que estiveram durante longos períodos internados nos hospitais psiquiátricos. O espaço de maior representação aqui é o Serviço Residencial Terapêutico.

VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial: possuem importante representação, pois devem ser atividades de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial através da inclusão produtiva, qualificação e formação para o

trabalho de usuários em sofrimento psíquico, pensadas e postas em prática (BRASIL, 2011).

A Portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017, contém alterações importantes na RAPS, pois instituiu leitos em hospital psiquiátrico, hospital-dia e ambulatório de saúde mental. Essas mudanças vão ao encontro de modos asilares de cuidados restritos a dispositivos fechados de atenção.

Todavia, os CAPS foram introduzidos na rede sem a necessária reflexão sobre o seu papel, além disso, as práticas realizadas nesse serviço revelam atividades de caráter ambulatorial e muito distante do que é preconizado pelo modo de Atenção Psicossocial, em que a ética implica a ousadia de buscar o novo. Tais situações ocorrem de forma intensa nos lugares em que a implantação do CAPS ocorreu a partir dos Ambulatórios de Saúde Mental (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Assim, é necessário um processo emergente de trabalho que busque o rompimento das atividades cotidianas dos serviços substitutivos com o modelo tradicional de atenção. Ao incentivar a não mudança de modelo estrutural dos serviços, estar-se-á focando novamente na sintomatologia e na medicalização humana, dando valia à próspera indústria farmacêutica (COSTA-ROSA, 2013).

Dessa forma, ao se considerar o importante papel dos CAPS na política nacional de saúde mental percebe-se a importância de pesquisas que deem visibilidade ao acesso ao cuidado nesses serviços. Portanto, é preciso compreender como o Brasil conseguiu estruturar essas transformações nos serviços públicos, o que me remete à própria construção histórico-sanitária do sistema de saúde brasileiro, suas premissas e orientações. É sobre isso que dissertarei a seguir.

3.2 O Sistema Único de Saúde e o acesso ao cuidado

A década de 1970 foi marcada por movimentos sociais, permeada por lutas, negociações e novos arranjos políticos, realizados por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil que buscavam o fim do período da ditadura com a implantação de um estado democrático e o término de um sistema de saúde de caráter meritocrático (BRASIL, 2006; PAIM et al., 2011; MENICUCCI, 2014; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os cuidados em saúde eram de direito apenas daqueles cidadãos que estavam formalmente vinculados ao mercado de trabalho, excluindo o acesso de milhões de brasileiros aos serviços de tratamento em saúde (BRASIL, 2006; PAIM et al., 2011; MENICUCCI, 2014; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A política de saúde brasileira estava organizada e representada pelo Ministério da Saúde, que coordenava as ações de caráter coletivo e algumas de atenção básica para toda a população e a Previdência Social, incumbida da saúde curativa de direito de acesso a esse cuidado apenas aos trabalhadores segurados. Com o Movimento de Reforma Sanitária, iniciou-se uma ruptura ideológica com princípios fundamentais da política de saúde e a necessidade de se repensar a criação de um sistema universal (MENICUCCI; 2014).

O Sistema Único de Saúde foi oficialmente implementado no país em 19 de setembro de 1990 pela Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a proteção, recuperação e promoção da saúde, o modo de funcionamento e organização dos serviços entre outras providências. A referida lei fortalece as conquistas dos movimentos sociais de luta por acesso aos serviços de saúde.

Polignano (S/D) observa que o SUS foi concebido e organizado como um conjunto de atividades e serviços de saúde que devem ser prestados por órgãos e instituições públicas municipais, estaduais e federais da administração direta e indireta e das fundações sustentadas pelo Poder Público. Além disso, as iniciativas privadas podem participar do SUS, mas de forma complementar.

Desse modo, o artigo 3º da Lei 8.080 abrange o conceito de saúde como forma de demonstrar a complexidade do cuidado e para garantir o acesso dos cidadãos a outros bens da sociedade que são, também, determinantes para o processo de saúde e doença:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Portanto, o SUS é responsável pelas atividades de promoção à saúde, educação comunitária, vigilância em saúde, controle de vetores e deve garantir o acesso e o cuidado ao cidadão em todos os níveis de atenção: primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM et al., 2011).

Para tanto, exige-se a formulação, organização e implementação de uma política pública de saúde voltada para a garantia do acesso dos indivíduos e grupos a ações de cuidados e serviços de atenção com planos, programas e projetos que objetivam a universalização do acesso e a integralidade das ações (TEIXEIRA, 2011).

Para executar um sistema de saúde imensamente audacioso, balizou-se a construção de princípios finalísticos — Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde — e princípios estratégicos ou organizacionais: Descentralização, Regionalização e Hierarquização e a Participação social (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011), a seguir descritos.

Universalidade é o princípio que aborda a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, sendo o estado responsável por garantir o acesso ao cuidado nos serviços de toda e qualquer pessoa, sem discriminação de raça, gênero, ocupação social, entre outras características sociais ou pessoas, sendo um ideal a alcançar (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011). A universalidade é o princípio que garante o acesso ao cuidado em saúde dos indivíduos e famílias. O acesso a saúde não se restringe aos trabalhadores que contribuem com a Previdência Social, mas a todo e qualquer cidadão.

Por sua vez, a equidade é o princípio que objetiva diminuir a desigualdade, sendo preciso “tratar desigualmente os desiguais” para garantir a igualdade de acesso e oportunidade de sobrevivência, desenvolvimento social e pessoal entre todos os membros de uma sociedade. Para tanto, é preciso reconhecer as desigualdades entre as pessoas e os grupos sociais e as suas injustiças como modo de superação (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

A equidade, em relação ao acesso do cuidado em saúde, é um princípio fundamental que possibilita lançar um olhar diferenciado aos indivíduos, famílias e comunidade, pois busca acolher todas as necessidades em saúde através do reconhecimento das desigualdades existentes na sociedade.

Já a integralidade é o princípio que considera as pessoas como um todo, cuidando de modo a atender todas as necessidades dos indivíduos. Para isso, considera-se a importância da integração entre as atividades de prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e a reabilitação, através da articulação entre outras políticas públicas como forma de proporcionar o enfrentamento de problemas e a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

O princípio de integralidade possibilita um acesso amplo ao cuidado das necessidades de vida dos usuários do SUS. É um princípio audacioso, considerando-se a

complexidade da atenção frente às necessidades abrangentes e também complexas dos indivíduos e famílias.

A descentralização é a diretriz que trata da transferência de poder entre as esferas governamentais, do nível federal para os estados e municípios. Desse modo, redefine o papel de cada esfera no cuidado em saúde, possibilitando aos municípios, por exemplo, organizarem a atenção de modo a garantir atividades peculiares de cada território. Assim, ocorre o repasse de recursos financeiros, materiais e humanos para cada instância governamental e cada esfera é responsável, autônoma e soberana nas atividades e decisões (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

A descentralização garante aos municípios, por exemplo, executarem atividades de cuidado condizentes com as necessidades em saúde de sua população. Portanto, é um princípio de grande importância na garantia do acesso.

Regionalização e hierarquização são princípios que norteiam a organização dos serviços de saúde. A regionalização garante a criação de redes de serviços em territórios delimitados, e leva em consideração a divisão político-administrativa do país e as delimitações de espaços territoriais específicos para organizar as atividades de saúde. E a hierarquização dos serviços é a diretriz que possibilita organizar os serviços por nível de complexidade tecnológica, do mais simples ao mais complexo, conforme a necessidade e a complexidade de cada caso (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011). Desse modo, é uma diretriz fundamental para a garantia do acesso ao cuidado.

Por sua vez, a participação Popular é o princípio que garante a todos os usuários a participar cotidianamente do Sistema Único de Saúde através das conferências e conselhos de saúde, contribuindo para a formulação de estratégias de atenção e o controle da execução das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

A participação popular é um princípio de grande valia, pois considera o cidadão autor de reivindicação, lutas, compromissos e conquistas em termos de criação e ampliação dos serviços de atenção.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi também uma importante conquista para o princípio de participação popular, pois garante a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, além disso, a referida lei aborda as formas de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde para cada esfera de cuidado.

Portanto, o SUS garantiu e melhorou amplamente o acesso ao cuidado na atenção básica e em outras ações programáticas (PAIM et al., 2011; ASSIS, JESUS, 2012; STOPA et al., 2017). Enquanto política de Estado, o SUS proporcionou uma transformação paradigmática de cuidado, que considera os determinantes sociais¹¹ para realizar ações eficientes em saúde.

O estudo de Stopa et. al., (2017), por exemplo, em parceria com o Ministério da Saúde, identificou avanços quanto ao acesso da população brasileira aos serviços públicos de saúde. Entretanto, aponta diferenças regionais, constatando que a população brasileira do Sul e Sudeste do país possuem maior acesso à saúde.

Em seu estudo, Schenkel (2017) avaliou itens do SUS — consultas médicas, cobertura da atenção básica e hospitalar e despesa total por habitante — e também encontrou disparidades entre as regiões de saúde do país, havendo mais investimentos em regiões mais ricas, tornando-as, conseqüentemente, mais saudáveis.

Nesse sentido, outro desafio importante do sistema de saúde brasileira é a garantia do acesso ao cuidado de populações em sofrimento psíquico. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, traz dados relevantes quanto ao número de pessoas em sofrimento psíquico, e estima-se que 450 milhões de pessoas vivenciam algum sofrimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; 2010).

Os sofrimentos psíquicos mais prevalentes são: depressão, transtornos relacionados ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia e, ainda, um número expressivo de pessoas com bipolaridade, crises de pânico, stress pós-traumático, insônia primária, transtornos de crianças e adolescentes e de impedimento intelectual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; 2010).

Esses problemas de saúde mental passam longe dos objetivos dos programas de desenvolvimento, mesmo acarretando importante impacto econômico em famílias e comunidades, gerando estigmatização, discriminação e exclusão associada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; 2010). Além disso, pesquisas revelam o difícil acesso ao cuidado em saúde mental devido aos problemas supracitados

¹¹ Os determinantes sociais que estão diretamente ligados ao processo de saúde e doença da população tratam de grupos socioeconômicos mais baixos e que, por isso, vivenciam modos diferentes de uso dos serviços de saúde (STOPA et al., 2017; SCHENKEL, 2017; MONTEIRO, 2017). Estão, entre eles, fatores que envolvem condições laborais e desemprego, pobreza, acesso à educação de qualidade, condições de moradia, nível de urbanização, discriminação sexual, violência de gênero, experiências precoces e interação familiar, exclusão social e preconceito, cultura e acontecimentos de vida estressantes (ALVES; RODRIGUES, 2010).

e, também, pelo preconceito e as dificuldades que essas pessoas têm para chegar aos serviços públicos.

Nesse sentido, o acesso aos serviços é “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde” (MATUMOTO, 1998 p.17). A partir desse acesso inicia-se uma caminhada pela rede em busca da integralidade do cuidado de cada cidadão.

No estudo de Souza, Zeferino e Fermo (2016) foi identificado que o acesso do usuário aos serviços não ocorre conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, pois a organização do processo de trabalho possui fragilidades. Os autores apontam a necessidade de repensar e organizar o processo de trabalho e destacam a recepção como um espaço estratégico do acesso ao Sistema Único de Saúde.

A garantia do acesso aos serviços de saúde está diretamente ligada à capacidade do sistema em se organizar para atender e acolher adequadamente as necessidades dos cidadãos. Acolher significa ter uma postura de colocar-se no lugar do usuário para compreender as suas reais necessidades em saúde e, dessa maneira, direcioná-lo para os espaços de cuidado dentro de um sistema complexo de atenção e capaz de responder às demandas de cada sujeito. Desse modo, acesso e acolhimento são complementares na resolução de problemas em saúde e saúde mental e na garantia da integralidade do cuidado (RAMOS, LIMA, 2003; SOUZA et al., 2008; BARROS et al., 2016).

Gomes e Merhy (2012) identificaram que a produção de acessibilidade e barreira no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico está diretamente ligada aos processos de trabalho na micropolítica dos serviços. Também destacam a importância da capacidade dos profissionais de reinventarem seus modos de produção de atenção para além dos serviços de saúde, identificando as redes de apoio e as redes temáticas dos diferentes territórios por onde circulam a vida.

Dessa forma, compreendo que o acesso aos serviços de saúde possui íntima ligação com o processo de trabalho das equipes, mas também vai além e envolve outras dimensões do sistema de saúde. No entanto, é a partir dos profissionais atuantes em cada espaço de cuidado e da sua maneira de se colocar diante do usuário que ocorrerão encaminhamentos, um andar junto na rede, profícuo, em direção a uma rede maior de cuidado que não se limita ao setor saúde.

3.3 Conceituando e avaliando o “acesso” em saúde

O termo “acesso” em saúde é complexo, de difícil conceituação, pois sofre modificações ao longo do tempo. Também muitas vezes é empregado de forma imprecisa e pouco clara em relação aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS 2004).

Acesso pode ser compreendido como o grau de ajuste entre as pessoas e o sistema de saúde e reflete, deste modo, a interação entre os dispositivos de oferta e o da demanda na obtenção de cuidados em saúde, sendo um conceito relativo (THIEDE; MCINTYRE, 2008; PENCHANSKYD; THOMAS, 1981; FRENK, 1985).

Starfield (2002) observa que os termos acesso e acessibilidade são complementares, embora, alguns autores os utilizem de forma ambígua. Acesso permite o uso oportuno dos serviços como forma de receber os melhores cuidados, resultados, sendo a forma como a pessoa vivencia, experimenta os serviços de saúde. E acessibilidade é o que possibilita as pessoas a chegarem aos serviços de cuidado, ou seja, é um aspecto da estrutura dos serviços ou do próprio serviço que deve ser acessível e disponível para a obtenção do primeiro contato.

Donabedian (1973) utiliza o termo acessibilidade e distingue-o em acesso organizacional e acesso geográfico. O acesso organizacional refere-se às características dos recursos que facilitam ou atrapalham a chegada das pessoas aos atendimentos em saúde, por exemplo, preconceitos sociais, como classe social, raça, idade, exigência de taxas de consultas o que gera barreiras de acesso. E o acesso geográfico refere-se à distância e ao tempo utilizado para obter o cuidado necessário (DONABEDIAN 1973 apud STARFIELD; 2002).

Entretanto, as dimensões que compõem a categoria acesso são bem distintas da simples acessibilidade organizacional aos serviços, pois abarcam questões como adequação dos serviços às necessidades da população, a participação da população e o controle social, a equidade, as estratégias, táticas e a alocação de recursos e autonomia (ASSIS; JESUS, 2012).

Dessa forma, existem diferentes abordagens teóricas e modelos de análise sobre acesso, alguns destacam aspectos mais organizacionais do processo, como nos estudos de Pechansky e Thomas (1981); Giovanella e Fleury (1996), ou outros indicadores, como nos estudos de Sanchez e Ciconelli (2012); Jesus e Assis (2010) e Assis e Jesus (2012).

Para Pechansky e Thomas (1981), o conceito de acesso inclui cinco dimensões distintas: disponibilidade, acessibilidade, acomodação ou adequação funcional, capacidade de compra e aceitabilidade, o que é compatível com resultados de pesquisas referentes à utilização e à satisfação de usuários em relação aos serviços de saúde. São indicadores precisos que revelam o potencial de investimento na rede, os insumos e a capacidade técnica do município de implementar estratégias de cuidado.

Giovanella e Fleury (1996) centram suas análises na determinação das modelagens que orientam o conceito de acesso a sistemas de saúde. Para esses autores, o modelo economista busca mapear os diferentes padrões de consumo das pessoas. Assim, avaliam as relações entre oferta e demanda e as tomadas de decisão dos consumidores.

No segundo modelo, denominado modelo sanitaria-planetizador, o acesso é medido pela possibilidade de consumo garantida pela distribuição planejada dos recursos da rede de serviços. Portanto, a rede deve ser organizada de forma regionalizada, hierarquizada, com agilidade nos processos administrativos, pela garantia da informação prestada aos usuários e pela organização do sistema baseado nos princípios de referência e contrarreferência (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

O terceiro é o modelo sanitaria-politicoista que abarca a consciência sanitária, possibilitando a compreensão do acesso. A consciência sanitária é implicada pela cognição da população, ou seja, como esta compreende o processo saúde/doença e os fatores que moldam a organização social das práticas de cuidado. O quarto, denominado modelo das representações sociais, distancia-se de uma visão positivista da saúde, não reconhecendo uma autonomia absoluta do que é exterior ao registro simbólico do cotidiano das pessoas (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Sanchez e Ciconelli (2012) definem acesso em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, e observam que o conceito de acesso tem se confundido com o conceito de equidade em saúde. Nesse sentido, introduzem novos indicadores, como disponibilidade geográfica, poder de pagamento, acessibilidade e conhecimento da informação.

Nos estudos de Jesus e Assis (2010) e Assis e Jesus (2012), com base em estudos sobre acesso, em especial de Giovanella e Fleury, os autores desenharam um modelo de análise que envolve cinco dimensões:

- Dimensão política: é representada pelo comprometimento dos formuladores de ações e do acesso universal, pelas pactuações de poder entre governo, sociedade e

prestadores de serviços privado e/ou público e das instituições de formação, através da participação na tomada de decisão partilhada entre os diversos atores sociais envolvidos.

- Dimensão econômico-social: avalia-se a partir dos investimentos na rede pública em nível básico, médio e alta complexidade, pela definição das responsabilidades de financiamento das distintas esferas governamentais, observando as interações interestadual e intermunicipal da oferta de serviços.

- Dimensão organizacional da rede: indica-se a capacidade do serviço em dar respostas objetivas aos problemas de saúde dos usuários. Para isso, torna-se imprescindível fortalecer a porta de entrada em nível básico da atenção, organizar os fluxos dos atendimentos a partir das demandas sociais, sanitárias e epidemiológicas.

- Dimensão técnica: o foco é a responsabilização dos trabalhadores de saúde, prestadores público e/ou privados e os gestores de saúde, colocando os usuários do SUS no cerne das atividades de saúde.

- Dimensão simbólica de acesso: traz a subjetividade para a dinâmica relacional, para compreender o processo de saúde e doença, crenças, cultura, valores subjetivos de grupos sociais e pessoas vivendo em diferentes territórios em espaços onde os serviços são organizados para cuidar das pessoas.

Portanto, existe uma grande complexidade envolvida com o conceito de acesso em saúde, pois envolve questões subjetivas, íntimas, culturais de cada indivíduo, família e comunidade até a organização e implementação de políticas efetivas de cuidado. Sanchez e Ciconelli (2012) destacam que é preciso enfrentar o problema do acesso em saúde através de práticas de cuidado intersetoriais e transversais a todas as áreas, não se limitando a intervenções em saúde.

Para tanto, é preciso avaliar a disponibilidade de recursos em saúde e suas competências em promover espaços de atenção, suas resistências, obstáculos enfrentados para produzir cuidados que são originados nos próprios serviços e, ainda, as características da população que interferem na busca da atenção em saúde (FRENK, 1985).

Reconheço que o acesso à saúde é um dos principais problemas dentro do SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes. Assim, é preciso construir uma consciência cidadã pela emancipação social de sujeitos que são capazes de intervir nesse contexto e garantir o acesso equitativo e universal (ASSIS; JESUS, 2012). Ademais, o papel da informação é crucial para o acesso aos serviços de saúde, pois o nível de conhecimento e de informação pela educação determina, significativamente, o acesso aos recursos

sociais e a própria posição social de um indivíduo na sociedade. É a informação que capacita as pessoas a fazerem diferentes escolhas em saúde, e isso é diferente da informação geral com a qual se convive (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Desse modo, pretendo, neste estudo, lançar um olhar sobre o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial, compreendendo que o sofrimento psíquico é oriundo de relações delicadas de família que geram traumas, da pobreza, da falta de acesso a políticas sociais, educação, lazer e trabalho. Portanto, olhar para as barreiras de acesso dos indivíduos no CAPS é relevante por ser um serviço estratégico da rede de atenção psicossocial.

Ao analisar a literatura científica sobre as barreiras de acesso na rede de saúde mental, em especial nos CAPS, chama a atenção o limitado quadro de profissionais, a falta de recursos humanos e os problemas de estrutura nos serviços, o que me leva a lançar o olhar sobre a organização do serviço e do trabalho em saúde mental (OLSCHOWSKY et al., 2009; KANTORSKI et al., 2011; RIBEIRO et al., 2016; SALLES; SILVA, 2017).

Essa realidade acarreta desgaste, adoecimento, estresse, sobrecarga, impotência e esgotamento dos profissionais presentes no serviço, que são pressionados a dar conta de uma realidade caótica e que fornece precárias condições de trabalho. Isso gera limitações ao trabalho e repercute na adesão do usuário ao serviço (MELLO; FUREGATO, 2008; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO; BORGES, 2017; SALLES; SILVA, 2017).

Em seu estudo, Bispo, Molesini e Pitta (2016) questionam a precarização dos vínculos trabalhistas nos CAPS, o que se reflete em estruturas comunitárias frágeis, com grande rotatividade. Esses fatores acabam impedindo a formação de equipes capacitadas, estruturadas e articuladas para garantir o cuidado aos casos severos e persistentes desses serviços. São barreiras de acesso que repercutem no tratamento e em vínculos duradouros com os usuários.

O financiamento da política de saúde mental é outro ponto importante, pois vem sofrendo restrições ao longo dos anos em consequência das crises financeiras no campo da saúde. Aliado a isso, as dificuldades de gestão, planejamento de ações e investimento nas estruturas físicas também podem ser apontadas como problemas que interferem no acesso dos usuários (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009; KANTORSKI et al., 2011; COSTA; CORRÊA; SILVA, 2015; RIBEIRO et al., 2016; FUKUDA et al., 2016; PAIM et al., 2017; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Outra limitação apontada e que impacta no acesso do usuário é o desconhecimento do campo e do fazer em saúde mental. Nesses casos, há profissionais que não compreendem o significado e a importância das atividades pertencentes ao campo de responsabilidade/competências de cada categoria profissional presentes nos serviços de saúde mental (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; TEIXEIRA et al., 2017), refletindo práticas de cuidado pouco eficazes e ambientes menos atrativos para pessoas com dificuldade em aderir o tratamento proposto, sendo preciso investir em abordagens diferenciadas de atenção (PEIXOTO et al., 2010; PAIM et al., 2017).

Nessas situações, há a necessidade candente de investimento na capacitação dos profissionais atuantes no cuidado em saúde mental (KANTORSKI et al., 2011; PAIM et al., 2017; SALLES; SILVA, 2017; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO; BORGES, 2017).

A literatura científica trouxe à tona o desconhecimento da rede, dos atores-chave existentes no território, a falta de articulação e comunicação entre os profissionais inseridos nos serviços, o que demonstra uma importante barreira para o acesso ao cuidado (TEXEIRA et al., 2017; PAIM et al., 2017; ESLABÃO et al., 2017). Esses entraves da rede podem gerar itinerários terapêuticos marcados pela institucionalização, tendo a internação como o primeiro acesso ao cuidado (SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

O medo da estigmatização do indivíduo e da família é outra barreira importante na busca de cuidado em saúde mental que afeta o acesso a esses serviços de saúde e da rede de atenção, com o aumento da mobilidade e mortalidade dessa população, afetando, ainda, a sua vida social, familiar e profissional (XAVIER et al., 2013; FUKUDA et al., 2016; FERREIRA; CARVALHO, 2017).

A literatura científica aponta, ainda, para as diferenças regionais como barreiras para o acesso ao cuidado com importante prejuízo para pessoas moradoras de áreas rurais, isoladas e de reservas (HIRDES, 2009; FUKUDA et al., 2016; DAVIS et al., 2016).

As barreiras de acesso apontadas nesta revisão de literatura repercutem também no processo de trabalho dos profissionais, de um método de trabalho que pode estar organizado de forma inadequada, considerando-se as necessidades em saúde. Além disso, pode revelar grandes desafios para garantir o acesso em saúde mental e das lutas de todos os atores sociais envolvidos nesse processo complexo de cuidado.

Nessa perspectiva, a literatura científica dispõe sobre as possibilidades de intervenção que podem colaborar no cuidado em saúde mental, entre as quais o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a qualificação e educação permanente dos profissionais envolvidos, a articulação entre os serviços que compõem a rede e os espaços informais de cuidado presentes na comunidade, a colaboração, compartilhamento e corresponsabilização entre os diferentes setores de assistência (PEIXOTO et al., 2010; PAIM et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2017; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO; BORGES, 2017; SALLES; SILVA, 2017; ESLABÃO et al., 2017).

Portanto, avaliar o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial pode contribuir para o reconhecimento dos grupos participantes da pesquisa e gestores da saúde mental sobre as reais necessidades enfrentadas em seu município e que dificultam o atendimento. Ademais, possibilita identificar as estratégias de superação para qualificar o cuidado e garantir o acesso a esses serviços.

4 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Para avaliar as barreiras de acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial é preciso compreender o que é uma pesquisa avaliativa, qual o seu papel nas políticas públicas e na avaliação de programas e serviços de saúde, e como esse tipo de método pode contribuir para o tema proposto.

4.1 Fundamentos da pesquisa avaliativa em serviços de saúde

Avaliar consiste, essencialmente, em realizar um julgamento de valor a respeito de uma intervenção e/ou sobre qualquer um de seus componentes, tendo como objetivo principal contribuir para a tomada de decisão. O julgamento pode ser resultado do bom emprego de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser resultante de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação também é compreendida como um sistema de *feedback* que tem como objetivo principal trazer conhecimento e informações que possam aprimorar as teorias e fornecer subsídios para as intervenções (SANCHO; DANI, 2012).

Para Guba e Lincoln (2011) não há uma forma correta de definir avaliação, pois isto colocaria fim à discussão acerca de como uma avaliação deve ser conduzida e quais seriam os seus propósitos. Para Contandriopoulos et al. (1997), atualmente a avaliação é também um conceito que está na moda, com contornos vagos, agrupando distintas e múltiplas realidades.

Serapioni (2016) analisou as diversas definições encontradas na literatura internacional sobre a avaliação de programas e políticas sociais e educacionais e trouxe um consenso entre os maiores estudiosos a respeito dos aspectos que fundamentam o processo de avaliação.

[...] a avaliação surge no sentido de formular juízos sobre o valor ou mérito de uma intervenção que visa modificar a realidade social das comunidades [...] confere-se destaque à avaliação como ferramenta indispensável para a tomada de decisões, já que oferece aos gestores todas as informações necessárias para aprimorar o processo de planejamento e de gestão dos programas, serviços e políticas (SERAPIONI, 2016 p. 62).

Os processos avaliativos assumem um importante papel na sociedade, na formulação e implementação de programas e serviços, pois fornecem informações importantes para a criação, manutenção e crescimento de novas técnicas ou propostas de intervenções não apenas na área da saúde. E avaliar os Centros de Atenção Psicossocial, pensando sobre o campo da saúde mental, constitui-se em uma premissa importante dada sua representação política como serviço substitutivo do modelo asilar.

A avaliação é tão antiga quanto a consciência humana, sendo uma das atividades mais velhas do mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem, tendo como sentido o julgamento de valor das ações, com o intuito de melhorá-las (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SERAPIONI, 2016).

O processo de avaliação, posto atualmente, começou a desenvolver-se com a revolução científica durante os séculos XVI e XVII, com o estabelecimento da distinção entre valores e fatos. A ciência, naquele momento, tinha a incumbência de recolher e utilizar fatos e não de julgar valores. A diferenciação entre o ato de recolha de informação e o do ato de julgar essa informação foi a base para o desenvolvimento da avaliação compreendida como uma atividade sistêmica (SERAPIONI, 2016).

Após a Segunda Guerra Mundial, as atividades de avaliação começaram a se expandir para além da área da educação, atingindo as políticas públicas de bem-estar social. O objetivo da avaliação, nesse período, era acompanhar os investimentos do estado na sociedade, otimizando gastos financeiros e avaliando sua viabilidade econômica de lucro social (SANCHO; DAIN, 2012).

Já a década de 1990 foi testemunha da busca de fortalecimento da “função avaliativa” e de sua propagação em todos os países da Europa, em particular na América Latina. A União Europeia, através dos Fundos Estruturais e Fundos de Desenvolvimento Regional, que dispensavam grandes investimentos financeiros e humanos, exigia o monitoramento e a avaliação dos resultados. Assim, foram implementados, em muitos países da América Latina, sistemas de avaliação das políticas públicas com a justificativa de modernização da gestão pública, na busca de legitimar e dinamizar a reforma do Estado (FARIA, 2005; SERAPIONI, 2016).

Outro ponto importante foi o estímulo da Organização Mundial da Saúde para pôr em prática os métodos avaliativos, com maior influência a partir da declaração de Alma Ata que objetivou a “Saúde para todos no ano de 2000”. Dessa forma, a avaliação passou a ser uma parte importante do processo de gestão na área da saúde (FURTADO; SILVA, 2014).

A preocupação com os aspectos metodológicos das avaliações com uma sensibilização para criação e utilização de avaliações interdisciplinares são características desse período, por meio da colaboração dos cientistas sociais e unidades acadêmicas (SERAPIONI, 2016).

Sendo assim, o resultado de uma avaliação vem da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa), sendo que é possível sofrer os dois tipos. A avaliação normativa realiza um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens dados (processo), e os resultados alcançados, com normas e critérios (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A pesquisa avaliativa é considerada um procedimento que realiza o julgamento de uma intervenção com o uso de métodos científicos. Para tanto, analisa a pertinência, a produtividade, o efeito, o fundamento teórico e o rendimento de uma intervenção, além das relações existentes entre a intervenção e o seu contexto, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. A área da pesquisa e a área da avaliação coincidem de forma parcial, ou seja, a avaliação normativa não faz parte da pesquisa avaliativa, e do mesmo modo existe um campo da pesquisa que não faz parte da avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Em relação as suas funções, a avaliação pode ser classificada em somativa ou formativa. A avaliação somativa é compreendida como aquela destinada à tomada de decisões em relação a determinado programa, com base em uma visão global dele: assim, é possível observar se é necessário encerrá-lo, mantê-lo ou expandi-lo (FURTADO, 2009).

De modo geral, esse tipo de avaliação é endereçada aos gestores, e as informações sobre custos e resultados são importantíssimas. Alguns estudiosos alegam que essa abordagem segue um modelo de caixa preta ao considerar apenas as entradas e saídas (produto) de um dado programa ou serviço, desconsiderando os atores envolvidos. Entretanto, para avaliar determinados objetos pode ser pertinente¹² (FURTADO, 2009).

A avaliação de caráter formativo tem por finalidade o aperfeiçoamento de um dado programa, diagnosticando vulnerabilidades e fragilidades. Nesse tipo de avaliação,

¹² Por exemplo, a clientela de um dado programa pode ter diminuído sensivelmente ou nem mais existir ou a metodologia empregada tornou-se ultrapassada. Nestes dois casos, não se trata de procurar aperfeiçoar meios, mas julgar se as iniciativas são ou não pertinentes para as questões a que se destinavam (FURTADO, 2009 p. 718).

o envolvimento dos trabalhadores, diretores e gestores mais próximos, entre outros grupos de interesse, é de grande importância para a identificação dos problemas (FURTADO, 2009). Corroboro a importância das avaliações que consideram a percepção de diferentes atores sociais envolvidos no cuidado em saúde mental, entre os quais os próprios usuários, familiares e trabalhadores.

Desse modo, há muitas maneiras de reproduzir e pensar a evolução do papel da pesquisa avaliativa desde a sua expansão dentro das avaliações de políticas e programas públicos, ocorrida nos Estados Unidos na década de 1960 (FARIA, 2005).

Guba e Lincoln (2011), em seu estudo, sintetizaram os vários significados atribuídos ao processo de avaliação ao longo da história, abordando os propósitos e as suposições filosóficas utilizadas. Para tanto, detectaram quatro sucessivas “gerações de pesquisas avaliativas”:

A primeira geração: mensuração — possibilitou mensurar atributos de crianças e jovens em idade escolar, por exemplo, exames escolares, testes de QI, “testes mentais”, triagem, testes de admissão na Faculdade. Esses testes possibilitaram fazer a triagem dos jovens para servir nas forças armadas, na primeira Guerra Mundial. Os testes são amplamente utilizados até hoje na sociedade (GUBA; LINCOLN 2011).

A segunda geração: descrição — é compreendida como a descrição de pontos fortes e fracos em relação a determinados objetivos estabelecidos. A evolução da primeira para a segunda geração é fruto da percepção, no final da primeira guerra mundial, da necessidade de reformulação dos currículos escolares, pois os alunos tinham grande deficiência de aprendizado. Dessa forma, teve início uma reformulação das instituições escolares, a qual predominou desde a Segunda Guerra Mundial até meados da década de 1960 (FARIA, 2005; GUBA; LINCOLN 2011).

A terceira geração: juízo de valor – era caracterizada por iniciativas que visavam alcançar juízos de valor. Nessa geração, o avaliador assumiu a função de julgador e manteve as funções técnicas e descritivas das gerações anteriores. Assim, enfatizou a oferta de “julgamentos” abalizados em meados das décadas de 1960 e 1970, em meio às avaliações dos polêmicos programas de “Guerra à Pobreza” e a “Grande Sociedade” (FARIA, 2005; GUBA; LINCOLN, 2011).

Cabe destacar que as três gerações possuem avanços, mas também imperfeições, como: a tendência ao gerencialismo, a insuficiência de acomodar o pluralismo de valores e empenho exagerado com o modelo científico de investigação.

A partir desses questionamentos, os autores entendem que há uma quarta geração de avaliação, caracterizada fundamentalmente pela importante participação dos grupos de interesse na pesquisa, ou seja, suas preocupações, reivindicações e as questões levantadas pelos participantes servem como enfoques para organizar a pesquisa-avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

A participação dos sujeitos sociais envolvidos nos programas e serviços não pode ser ignorada, e suas experiências devem ser reconhecidas e analisadas sob a luz das conexões históricossociais que acomodam tais discursos. Assim, a análise da “consciência histórica” e das representações sociais dos agentes estará objetivada em suas práticas (DESLANDES, 1997).

As práticas de avaliação das políticas públicas e de programas passam hoje por um processo de rápida disseminação metodológica e teórica. Nesse sentido, entre as razões de afirmações das pesquisas de avaliação nos países ocidentais destacam-se as seguintes (SERAPIONI, 2016):

- As constantes modificações das bases tradicionais de comprovações do poder público;
- A crescente exigência dos cidadãos pela transparência e participação na definição e julgamento da qualidade dos serviços ofertados à população;
- A crise fiscal do Estado que exige maior capacidade para a alocação de recursos de forma otimizada, de modo efetivo e eficiente;
- A grande pressão da União Europeia para que haja avaliações dos recursos comunitários importantes: trabalho, desenvolvimento local, políticas agrícolas, formação profissional, desenvolvimento local entre outros;
- A crescente complexidade social que desafia fatores relevantes para o sucesso de uma intervenção com resultados positivos.

No campo da Saúde Pública, os processos avaliativos são de suma importância, pois viabilizam escolhas de planejamento e possibilitam um controle social e técnico dos programas e serviços ofertados à sociedade (DESLANDES, 1997). Desse modo, a avaliação em saúde é uma atividade importante que possibilita tomadas de decisão em prol da melhora dos serviços prestados à população.

No Brasil, a criação do SUS possibilitou importantes avanços nos processos de avaliação dos serviços de saúde e abriu um terreno fértil para dar início às demandas de estudos avaliativos (FURTADO; SILVA, 2015).

Os primeiros grupos de pesquisa, no Brasil, foram organizados, na década de 1990, em Escolas de Saúde Pública e no interior do Departamento de Medicina Preventiva e Social. Estes forneceram, em parte, apoio para desenvolver as avaliações, firmadas entre o Ministério da Saúde e bancos internacionais que proviam verbas para melhoria da assistência. No início do século XXI, foi percebido um maior protagonismo do Ministério da Saúde que passou a conduzir processos avaliativos com recursos humanos próprios, a fomentar avaliações através das universidades, com a liberação de editais (FURTADO; SILVA, 2014; 2015).

Ocorreu uma consolidação do subespaço científico da avaliação em saúde com autonomia e distanciamento das relações de planejamento, epidemiologia e ciências sociais, adquirindo especificidades metodológicas, mesmo recorrendo a muitas disciplinas dessas três subáreas da saúde coletiva. Um indício importante da autonomia relativa das avaliações foi a criação de disciplinas específicas, em programas de pós-graduação em saúde coletiva, a criação de mestrados profissionalizantes voltados para os processos avaliativos em saúde, e o interesse de gestores específicos dos níveis municipais, estaduais e federais (FURTADO; SILVA, 2014; 2015).

Magluta (2013) acredita que a avaliação deveria fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde em diferentes instâncias como meio para possibilitar experiências exitosas no cuidado. Para tanto, é preciso criar uma experiência de avaliação dentro do SUS de forma urgente para transformar e/ou manter o acesso, acolhimento, qualidade, linhas de cuidado, melhores relações de trabalho, gestão e financiamento.

No contexto brasileiro, é possível perceber movimentos de rompimento das tendências de utilizar a avaliação como uma ferramenta de discussão para a redução dos gastos em saúde, e como eufemismo para controlar. Assim, a avaliação deve ser percebida como um ato de maior amplitude e implicação nas políticas e que é capaz de produzir aprendizado e consciência crítica em todos os sujeitos envolvidos no SUS (MAGLUTA, 2013).

A prática de avaliação cresce visivelmente em nível internacional e dissemina-se entre países do Sul da Europa devido a sua independência das disciplinas acadêmicas e das áreas profissionais nas quais surgiram. Os processos avaliativos são importantíssimos para as políticas e indispensáveis para os programas e as políticas

públicas, pois possibilitam avaliar seus efeitos, monitorar e adaptar as ações públicas para garantir melhores cuidados à população (SERAPIONI, 2016).

E as pesquisas de caráter qualitativo ganharam espaço e tornaram-se imprescindíveis para a avaliação de políticas públicas e serviços sociais de educação e saúde, e também o pluralismo metodológico e multidisciplinar, com crescente interesse e importância entre os estudiosos e os avaliadores profissionais (SERAPIONI, 2016).

O reconhecimento das limitações dos modelos hegemônicos, por meio do pensamento crítico em saúde, possibilita novos direcionamentos com propostas e experiências resultantes de paradigmas de avaliações com métodos mais participativos e/ou preocupados em recuperar e garantir o envolvimento dos diferentes atores sociais implicados nesse processo. Sendo assim, distintas comunidades surgem como atores coletivos e decisivos na tomada de decisão, nas definições de prioridade e na avaliação de programas (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

Portanto, acredito que os processos avaliativos de serviços de saúde podem contribuir imensamente para identificar barreiras de acesso ao cuidado prestado pelo Centro de Atenção Psicossocial. A partir do exposto, apresento o referencial avaliativo deste estudo, baseado na Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (2011), já utilizada e adaptada por Wetzel (2005) no cenário da avaliação de serviços de saúde mental brasileiros.

4.2 A Avaliação de Quarta Geração – escolha teórico-metodológica para este estudo

A Avaliação de Quarta Geração é um método de avaliação que considera as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse (*Stakeholders*) como disparadoras do processo avaliativo, sendo elas informações essenciais para orientar os enfoques organizacionais (GUBA: LINCOLN, 2011).

O referencial é baseado em uma avaliação responsiva, com base em um paradigma construtivista. É responsiva porque utiliza uma forma diferente para identificar e escolher os critérios e limites da pesquisa avaliativa. E o modo é construtivista devido ao método utilizado para conduzir a avaliação, tendo suas origens no paradigma da investigação alternativo à vertente positivista (GUBA: LINCOLN, 2011).

De acordo com Guba e Lincoln (2011), o paradigma construtivista é baseado em um sistema de crenças oposto ao da ciência positivista, no qual não é possível comprovar ou negar um paradigma de forma absoluta, mas é possível questionar paradigmas positivistas, característico da ciência contemporânea, levando a compreensão de que esse método precisa ser substituído. Ontologicamente, o paradigma construtivista não acredita em um fato objetivo, mas em realidades que são construções sociais mentais, sendo que existem inúmeras e muitas dessas construções que podem ser compartilhadas. Epistemologicamente, nega o dualismo sujeito-objeto, pois existe uma interação entre observador e objeto que é exatamente o que surge da investigação. Dessa forma, a metodologia construtivista utiliza um processo hermenêutico-dialético para criar uma realidade construída em dado momento.

Nesse sentido, os autores acrescentam que há uma relevante diferença entre um modelo de investigação focado que propõe uma metodologia hermenêutico-dialética e um paradigma que depende desse processo para confirmar sua defesa de responsividade. Ou seja, a metodologia construtivista pede um enfoque responsivo, e este se enquadra em um processo de pesquisa de avaliação responsiva (GUBA; LINCOLN, 2011).

A *avaliação responsiva* abrange a incorporação e a preocupação com o objeto de avaliação, de modo que os grupos envolvidos participem ativamente do processo, trazendo reivindicações, questões e preocupações. Reivindicações significa qualquer argumentação trazida por um *stakeholder* que seja adepto ao objeto de avaliação. Preocupações diz respeito a qualquer afirmação exposta por algum interessado e que seja desfavorável ao objeto de avaliação. E questões se refere a qualquer situação em que pessoas sensatas possam discordar. Desse modo, é normal que diferentes interessados ou grupos de interessados tenham reivindicações, preocupações e questões diferentes, cabendo ao avaliador distinguir e inseri-las no processo de avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

Os grupos de interesse de uma pesquisa podem ser vários e diferentes, sendo eles (GUBA; LINCOLN, 2011):

- 1 Os *representantes* (ou agentes) são os sujeitos envolvidos na produção, utilização e implementação do objeto em avaliação. Esses representantes podem ser: as pessoas que desenvolveram o projeto de avaliação; os patrocinadores; os avaliadores locais que identificam a necessidade de avaliação; os tomadores de decisões; o cliente da avaliação (o contratante) entre outros.

2 Os *beneficiários* são as pessoas que usufruíram de algum benefício do uso do objeto de avaliação. Estes são beneficiários diretos – grupo-alvo, que recebem a ação do objeto de avaliação; beneficiários indiretos – pessoas que são influenciadas positivamente pelos beneficiários diretos; e as pessoas que ganham pelo objeto da avaliação estar sendo usado: aqueles que publicam o conteúdo, os que oferecem os serviços necessários, entre outros.

3 As *vítimas* são todas as pessoas afetadas negativamente, de alguma forma, pelo objeto de avaliação – e em decorrência de alguma falha no processo de avaliação, podem afetar um ou mais grupos beneficiários. Essas vítimas podem ser: grupos excluídos do objeto da avaliação por não se encaixarem nos objetivos do estudo; os grupos que sofrem com os efeitos colaterais negativos, entre outros.

Conforme as denominações do grupo de interesse propostas por Guba e Lincoln (2011), é possível compreender que as ações avaliativas afetam em maior ou menor grau todos os agentes do processo. Como agentes formadores de opinião, os grupos de interesse eleitos para este estudo são os usuários, familiares e profissionais do CAPS casa vida.

Assim, o enfoque responsivo foi proposto pela participação dos usuários, familiares e trabalhadores do CAPS Casa Vida do município de Capão do Leão - RS; pela identificação das reivindicações, preocupações e questões postas pelos grupos de interesse e pela busca de melhor compreensão dos pontos de divergências, buscando novas sínteses.

O presente projeto de pesquisa deu voz aos usuários, familiares e trabalhadores e trouxe diferentes reivindicações, preocupações e questões sobre o acesso ao serviço. Esses participantes da pesquisa trazem crenças, valores, realidades provenientes das construções mentais sociais que podem divergir, abrindo espaço para o processo hermenêutico-dialético.

Além disso, a atenção em saúde mental carrega dois paradigmas de cuidado — o asilar e o psicossocial, abrindo espaços para se questionar o modelo de atenção que é positivista, duro, engessado e que permanece em alguns espaços substitutivos do manicômio, podendo gerar importantes barreiras de acesso ao centro de atenção psicossocial.

4.2.1 O processo hermenêutico-dialético da Avaliação de Quarta Geração

Guba e Lincoln (2011) utilizam um processo hermenêutico-dialético para realizar a pesquisa avaliativa. Segundo os autores, é *hermenêutico* devido ao caráter interpretativo e *dialético* porque traz diferentes pontos de vista para construir consensos mais elaborados entre os envolvidos. Esse método não visa atacar outros tipos de construções oferecidas por outros, tampouco visa justificar uma construção pessoal, mas proporcionar aos envolvidos um exame das correlações existentes entre elas. O processo hermenêutico-dialético busca obter consensos quando possível, e se não for vai trazer esclarecimento aos pontos de divergência, possibilitando uma agenda de negociações. Assim, à medida que o processo avaliativo obtém êxito, todos os envolvidos (inclusive o investigador) terão reconstruído as construções utilizadas no início do processo. Isto porque são simultaneamente instruídos ao receber novas informações e esclarecimentos e ganham poder de decisão ao terem suas questões iniciais contempladas, tendo o direito de corrigir, criticar ou ampliar as construções provenientes dos grupos envolvidos no processo avaliativo.

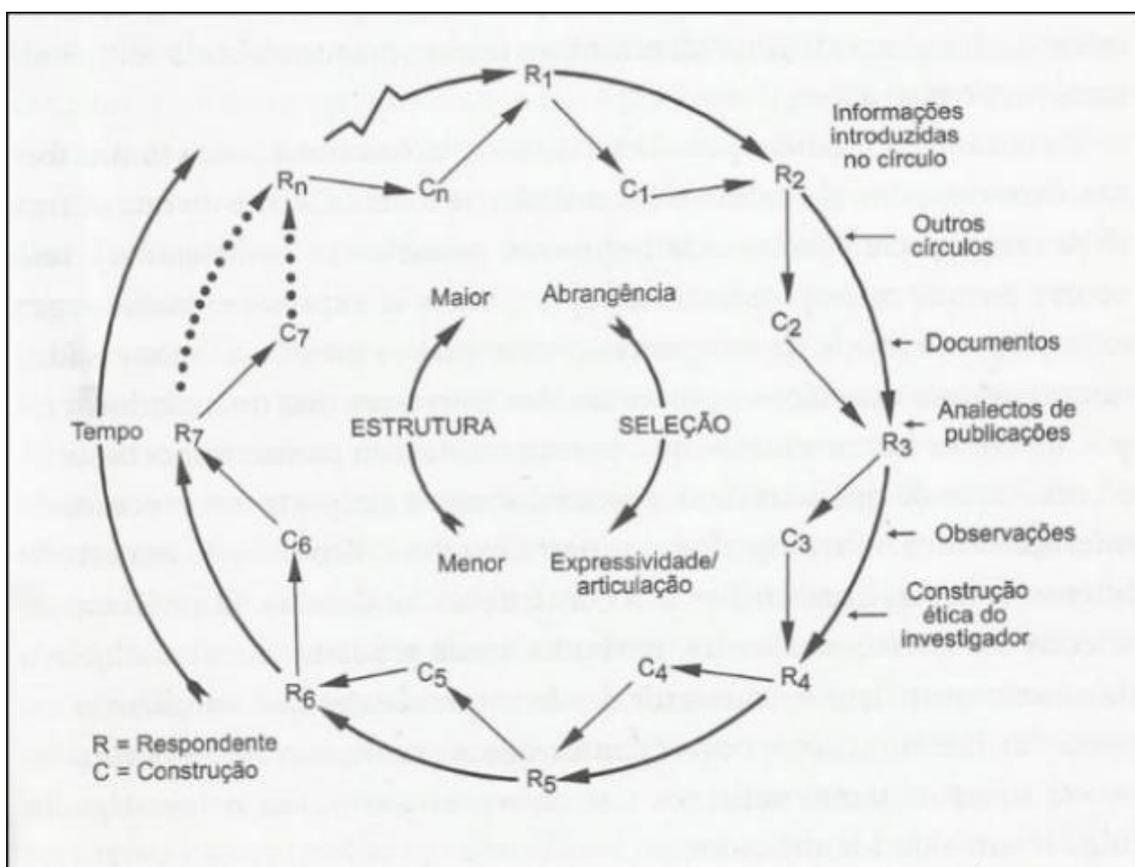
Os autores destacam que a negociação de um processo hermenêutico-dialético, para obter êxito, precisa cumprir determinadas condições:

- 1- Compromisso de todos os participantes de assumir uma postura de integralidade. O processo hermenêutico-dialético baseia-se na crença de que os participantes ao compreenderem a importância da pesquisa irão agir de forma integral, e quando isso não ocorrer os outros envolvidos protestarão na tentativa de endireitar o processo.
- 2- Competência mínima de comunicação de todos os participantes. Os grupos de interesse devem ser capazes de oferecer suas próprias construções e de realizar críticas em relação às construções de outros participantes e grupos. Assim, crianças dependem da idade, adolescentes irão trazer construções de seus espaços escolares, a vida doméstica, e de seus trabalhos de meio turno. Pessoas com deficiência mental, em estado psicótico, e pessoas com transtornos de personalidade (observar o autoengano) dependerão de sua gravidade.
- 3- Os envolvidos precisam estar dispostos a compartilhar o poder.
- 4- Disposição dos indivíduos envolvidos de mudar, se eles considerarem a negociação convincente.

- 5- Os participantes devem estar dispostos a reconsiderar suas posturas valorativas da forma apropriada.
- 6- Disposição do grupo de interesse e de todos os participantes para se comprometerem com dedicação e o tempo que serão exigidos pelo processo.

Guba e Lincoln (2011) acreditam que essas condições devem ser seguidas e que outras podem surgir, conforme as necessidades exigidas de cada cenário de avaliação. Desse modo, o processo pode ser posto em prática de várias formas, os autores sugerem o uso de um círculo hermenêutico-dialético.

Figura 1: O Círculo Hermenêutico-Dialético (Processo no interior do círculo)



Fonte: Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011)

A coleta de dados inicia por um respondente R_1 (escolhido pelo investigador por algum motivo conveniente ou proveniente). Este irá participar de uma entrevista aberta que objetiva originar uma construção inicial e ética do processo avaliativo – dando o

enfoque da investigação. É solicitado ao R₁ que faça comentários gerais sobre como ele percebe o enfoque da investigação.

No final da entrevista solicita-se a R₁ que indique outro respondente, R₂, alguém que o respondente inicial considere que tenha concepções diferentes das suas. Os temas centrais com os valores, ideias e as preocupações oriundas da entrevista de R₁ são analisados pelo investigador, surgindo daí a construção de R₁, denominada C₁ na Figura 1. Dessa maneira, a análise dos dados provenientes do primeiro respondente é realizada antes mesmo de se chegar ao segundo respondente, se for possível. Cabe destacar que se houver pontos muito importantes, isto é, politicamente delicados, pode ser conveniente discutir com R₁ para certificar-se do assunto. Além disso, ao final da entrevista aberta o avaliador deve realizar a validação com o respondente.

Dando continuidade às entrevistas, R₂ terá o mesmo nível de liberdade que teve R₁ para discutir e falar do enfoque da investigação. Ao final de sua entrevista são introduzidas as análises (C₁ realizadas) da entrevista de R₁, desta forma, o segundo respondente irá comentar também esses temas. Assim, na entrevista de R₂ teremos as suas informações e mais as considerações em relação aos dados e construções de R₁.

Do mesmo modo, ao final da segunda entrevista solicita-se ao respondente que indique R₃. O investigador também irá construir uma segunda análise referente à entrevista de R₂, C₂, sendo que esta estará mais fundamentada, pois conterà informações de duas entrevistas R₁ e R₂. E segue o processo avaliativo, pois esse é o princípio da construção conjunta proposta.

Os autores observam que o processo é reiterado à medida que entram novos respondentes e terá fim quando as informações começarem a ter redundância ou se encaixarem em uma ou duas construções que ainda estiverem em conflito. E as questões identificadas como importantes são provenientes da construção conjunta entre o investigador e os participantes

Além disso, é possível pesquisar e utilizar outros documentos, coletâneas de publicações pertinentes, dados provenientes da construção de outros grupos e das observações durante o processo de coleta. Isto tudo pode ser inserido na forma de comentários durante as entrevistas. E eticamente é possível que o investigador, com suas construções externas, insira no processo avaliativo suas críticas, desde que seja oportunizado igualmente aos participantes fazê-lo.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia é o caminho percorrido pelo pensamento e a ação é realizada na abordagem da realidade. Através da metodologia utiliza-se, simultaneamente, a teoria da abordagem (o método), os aparelhos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador como (seu conhecimento e capacidade pessoal e a sensibilidade) (MINAYO, 2007).

5.1 Características do estudo

O presente estudo de avaliação possui abordagem qualitativa e é do tipo estudo de caso. A pesquisa qualitativa atua com um conjunto de fenômenos humanos — o universo dos significados, das crenças, valores, motivos, aspirações e das atitudes — compreendido como parte da realidade social. O ser humano é capaz de agir, pensar, interpretar suas ações e compartilhar, na realidade vivida com seus semelhantes. Assim, existe um universo de produção humana, de relações, representações e intencionalidades que é o objeto da pesquisa qualitativa, e que dificilmente será quantificado, traduzido em números e indicadores (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa realiza o aprofundamento do detalhe e a reconstrução do todo a partir do estudo intensivo de um pequeno número, respondendo de forma específica a uma exigência geral de inteiro domínio da pesquisa social e de compreensão da complexidade dos fenômenos em estudo. Essa complexidade pode estar relacionada à proximidade ontológica entre o observador e o objeto observado. A pesquisa qualitativa é direcionada para a focalização de poucos casos, para a redução da extensão do domínio observado, com o objetivo metodológico de caracterizar e conceber os mínimos detalhes (CARDANO, 2017).

Portanto, nas ciências sociais a pesquisa qualitativa tem a responsabilidade de responder a questões muito particulares e de realidades que não devem ser quantificadas (MINAYO, 2007).

5.2 O cenário do estudo

O município de Capão do Leão foi emancipado da cidade de Pelotas em 3 de maio de 1982, através da Lei nº 7647. A cidade está localizada na região Sul do Rio

Grande do Sul, distante 259,7 quilômetros de Porto Alegre, sua capital, e 11,5 quilômetros de Pelotas que é considerado um município-polo na região.

Desse modo, o cenário do estudo, o CAPS Casa Vida do município de Capão do Leão, será melhor detalhado no capítulo 6 — contexto local do estudo.



Figura 2: Mapa da cidade de Capão do Leão – RS

Fonte: Google

5.3 Aspectos operacionais do processo avaliativo

5.3.1 Contratar – formalizar o contrato

Trata-se dos primeiros contatos com o campo de estudo e os grupos de interesse. Guba e Lincon (2011) ressaltam que é o momento de formalizar um contrato que proteja o avaliador e os patrocinadores ou clientes. E os envolvidos na pesquisa, grupos de interesse, possuem o direito de ter acesso à proposta do estudo, decidindo participar ou não do processo avaliativo.

Nessa fase, realizou-se uma reunião, no dia 25/09/2018, com o secretário de saúde e a coordenadora do CAPS Casa Vida. O projeto de pesquisa foi apresentado aos gestores, destacando-se os objetivos e possíveis benefícios para a melhoria do acesso ao cuidado em saúde mental dos usuários no serviço especializado. O projeto foi aprovado pelos gestores e logo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Anexo A).

Para apresentar o projeto de pesquisa à equipe do CAPS casa Vida organizou-se uma reunião com os trabalhadores, realizada no dia 10/01/2019. Na reunião não estavam presentes os profissionais médicos, assim, o convite e apresentação da pesquisa e da pesquisadora para esses trabalhadores ocorreu durante o período de etnografia prévia.

A reunião com o grupo de interesse dos familiares aconteceu no dia 14/01/2019, durante a reunião mensal da equipe com os familiares. Na reunião estavam presentes oito familiares — quase toda a equipe do CAPS participou — e o grupo demonstrou interesse em participar da pesquisa.

Já a apresentação do projeto de pesquisa aos usuários foi agendada para o dia 08/01/2019, mas devido às condições climáticas não foi possível. Assim, a pesquisadora visitou as oficinas terapêuticas durante o dia 14/01/2019, apresentando o projeto aos usuários. A equipe, os familiares e usuários foram acolhedores e manifestaram interesse em participar da pesquisa.

5.3.2 Organizar - Organização do processo avaliativo

Nessa fase, o avaliador precisa adquirir o “direito de entrada”, isto é, a confiança dos grupos de interesse do processo avaliativo. Guba e Lincoln (2011) destacam que é uma fase de preparação e treinamento do avaliador, de ganho de acesso e consolidação para organizar os preparativos, levando em consideração questões sociais, políticas e culturais locais.

A etnografia prévia é a etapa circunstancial que precede a aplicação do círculo hermenêutico-dialético. Consiste em uma vivência e uma experimentação do avaliador em seu campo de pesquisa, sem estar oficialmente avaliando. É um período para conversar e interagir com as pessoas, conhecer melhor o serviço, identificar questões importantes, transitar pela rede, entre outros (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para iniciar a etapa de organização do processo avaliativo foi realizado um treinamento para a avaliadora com o orientador da pesquisa, que ocorreu no dia 21 de janeiro de 2019, na Escola de Enfermagem da UFRGS. Para realizar a etnografia prévia utilizou-se a observação participante como técnica de coleta de dados.

Para pesquisas de interação social e do agir de indivíduos, a observação participante é a técnica mais utilizada (CARDANO, 2017). A observação participante é um método de investigação científica, no qual o pesquisador é posicionado como um

observador de uma investigação social. O observador participa da vida social da pesquisa, dentro do espaço de investigação, e à medida do possível interage com a vida social dos participantes do estudo, no seu cenário social, com o intuito de compreender o contexto pesquisado e colher dados. Desse modo, o observador faz parte do contexto em estudo, modificando a si e aos outros (MINAYO, 2007).

Na técnica de observação participante, o principal instrumento de trabalho é o conhecido diário de campo, um caderno ou arquivo eletrônico, no qual são descritas todas as informações importantes dentro do tema em estudo e que não fazem parte do material formal de coleta como a entrevista. As informações descritas no diário de campo são utilizadas no momento da análise qualitativa (MINAYO, 2007).

Para coletar dados, durante a observação, foi utilizado um roteiro (Apêndice A), contendo tópicos que envolviam aspectos do funcionamento da rede, a porta de entrada eleita pelo usuário e familiar, o fluxo de atendimento, o tempo de espera para ser acolhido, o sistema de referência e contrarreferência, as atividades ofertadas pelo CAPS, o número de profissionais no serviço, as discussões de casos durante o expediente e em reuniões de equipe, entre outros aspectos pertinentes ao tema do estudo.

O presente estudo compreendeu 48 horas de etnografia prévia durante o período de 23/01/2019 a 31/01/2019. A etapa da observação participante foi realizada até o dia 26/03/2019, com mais 70 horas. Somando-se a carga horária de etnografia prévia e de observação participante, o estudo contou com 118 horas em campo. Nesse período, foram observadas as seguintes atividades:

- Atendimento na recepção;
- Acolhimento em saúde mental realizado pela equipe técnica;
- Participação em evento organizado pelo CAPS para problematizar a situação da política de saúde mental do país;
- Grupos terapêuticos: de usuários de drogas e de família;
- Oficinas terapêuticas: alfabetização funcional, culinária, dança, yoga e erva terapia, horta e jardinagem e teatro;
- Reuniões de equipe;
- Relações e interações entre os usuários, usuários e trabalhadores e entre a equipe.

Cabe destacar que a equipe técnica e os usuários do serviço receberam de modo acolhedor a pesquisadora, com valorização e entusiasmo pela pesquisa acadêmica. A equipe compreendia a importância e acreditava que o estudo poderia trazer benefícios para o serviço. A inserção da pesquisadora no campo ocorreu de forma agradável pelo fato de a mesma ser trabalhadora da rede, atuando na atenção básica, e por ter uma função importante com a implantação do acolhimento em saúde mental na atenção primária.

No início ocorreram muitos questionamentos por parte dos usuários, por esse motivo a pesquisa era sempre apresentada nos grupos e oficinas. Ao longo do período, a presença da pesquisadora nas atividades foi acontecendo de forma natural. Os trabalhadores sempre muito receptivos, mas no início também manifestavam certa ansiedade, queriam saber se teriam retorno os dados da observação, se as suas técnicas e atividades estavam adequadas entre outras questões. No decorrer das atividades de observação essas ansiedades foram diminuindo.

O início do trabalho de observação, na condição de pesquisadora, provocou-me importante ansiedade. Surgiram inseguranças relacionadas ao método avaliativo, pois era a primeira vez que o aplicava, e também preocupações em manter uma boa relação com todos os participantes do estudo, mas essas ansiedades foram amenizadas no decorrer do estudo. Outra dificuldade foi lidar com os dois papéis desenvolvidos: o de pesquisadora e o de trabalhadora da rede, e durante todo o processo avaliativo surgiam casos para discutir e o meu olhar de trabalhadora era requisitado.

A etnografia prévia e a observação participante possibilitaram-me maior conhecimento da dinâmica de funcionamento das atividades do CAPS, processo de trabalho, organização e distribuição da equipe para o acolhimento de usuários e famílias. Além disso, ganhei a confiança dos grupos de interesse para obter informações importantes, entre as quais as dificuldades e facilidades do acesso ao cuidado no CAPS. Cabe destacar que foi uma etapa agradável e permeada de curiosidades tanto do pesquisador quanto dos grupos de interesse.

Nessa etapa, foi realizada, ainda, a análise documental, que é uma técnica que permite triangular o que foi observado e falado com o que está documentado (MINAYO, 2007). O uso de documentos em pesquisas possui grande valor, pois possibilita extrair e resgatar informações. Assim, justifica-se o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, pois amplia a compreensão do objeto e carece da contextualização sociocultural e histórica (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Nesta pesquisa, foram analisados os seguintes documentos: prontuários dos usuários e um livro com registros de festas e eventos organizados pelo CAPS. O meu acesso aos prontuários, que continham os registros e condutas de toda a equipe técnica em relação ao usuário, foi garantido pela equipe sempre que o solicitei.

Os registros nos prontuários dos usuários refletiam as condutas de cuidados percebidas, em muitos momentos, na observação participante. O serviço possuía carências de documentos oficiais, atas de reuniões e assembleias, entre outros documentos que poderiam ser pertinentes para a pesquisa.

5.3.3. Identificação dos grupos de interesse

No processo avaliativo é possível identificar uma variedade de interessados em participar da pesquisa, ultrapassando os recursos disponíveis para acomodar a todos. Assim, é preciso usar critérios de inclusão e exclusão dos interessados e garantir a ética no processo, usando o *interesse relativo* para identificar os grupos com interesse maior no sujeito-objeto da pesquisa. Além disso, os critérios de inclusão e exclusão na avaliação de quarta geração devem ser determinados num processo de negociação envolvendo o público que deseja participar do estudo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Guba e Lincoln (2011) destacam que no processo de avaliação de quarta geração um dos principais objetivos é conceder poderes, assim, determinados critérios de inclusão e exclusão utilizados em outros métodos de pesquisa não vão ser aplicáveis. A avaliação de quarta geração objetiva ser instrutiva, com diálogos de reconstrução fundada em conhecimentos e esclarecimentos superiores, tendo o avaliador a missão de elevar os envolvidos a um nível mínimo e necessário para a sua participação plena no processo.

Desse modo, a seleção dos participantes da pesquisa foi realizada a partir da identificação de grupos de interesse, incluindo, no estudo, os profissionais, usuários e trabalhadores. Em relação aos usuários e familiares, os participantes foram escolhidos durante a etnografia prévia, e foram convidados pela pesquisadora para participar. Em alguns casos, com os familiares, a equipe participou, sugerindo a participação de determinadas pessoas.

- Os **profissionais** que participaram da pesquisa foram: uma oficinaira, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira,

dois psiquiatras, um clínico geral, a coordenadora do CAPS. Os critérios de inclusão desse grupo de interesse foram: possuir vínculo de, no mínimo, três meses com o serviço e que permitisse a divulgação dos dados da pesquisa com o resguardo ético. O critério de exclusão foi estar em gozo de férias e/ou licença de saúde, assim, a profissional técnica de enfermagem não participou da entrevista.

- Os **usuários** participantes da pesquisa totalizaram 10 pessoas que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: usuários que frequentavam o CAPS, com boas condições de comunicação, e que permitissem a publicação dos dados da pesquisa com o sigilo e anonimato do participante.
- O grupo de interesse dos **familiares** foi composto por 10 pessoas que acompanhavam algum usuário no serviço. Alguns desses familiares participavam do grupo de famílias realizado mensalmente no CAPS. Os critérios de inclusão foram: familiares que acompanhavam ou já acompanharam algum ente em tratamento no CAPS e que permitiram a divulgação dos dados coletados, com o resguardo de sua identidade.

5.3.4 Elaborando as construções conjuntas

Essa etapa é caracterizada pela aplicação completa do círculo hermenêutico-dialético, já descrito no capítulo 4 e exibido na Figura 2. É o momento de realização das entrevistas.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados muito utilizada para obter informações a respeito do objeto de pesquisa, permitindo identificar sentimentos, conhecer atitudes e valores subjacentes ao comportamento. Nas entrevistas é possível ir além das descrições das ações e incorporar novas questões que serão interpretadas pelos pesquisadores (RIBEIRO, 2008).

A entrevista é uma técnica de interação social e informativa que possibilita romper com isolamentos grupais, individuais e sociais, contribuindo para a pluralização de vozes e o acesso democrático à informação. A entrevista almeja a inter-relação humana e pode ser considerada uma situação psicossocial complexa (MIGUEL, 2010).

A aplicação das entrevistas seguiu o processo de sistematização previsto pelo Método Comparativo Constante, no qual cada resposta é imediatamente analisada e elaborada para ser utilizada com o próximo entrevistado.

Desse modo, ao primeiro entrevistado de cada grupo de interesse foi solicitado que manifestasse a sua opinião em relação ao acesso do cuidado no CAPS, sendo essa uma questão disparadora. Em um segundo momento, para ampliar o debate, foi solicitado que falasse sobre as possíveis dificuldades e necessidades de melhorias em relação ao objeto de pesquisa.

Em seguida, as respostas dessa entrevista eram analisadas e temas importantes para o objeto de pesquisa eram selecionados para serem utilizados como questões para o próximo entrevistado. Assim, um novo participante era convidado a tecer suas percepções a respeito da temática e sobre as questões surgidas nas entrevistas anteriores. As novas questões que foram surgindo e sendo introduzidas aos entrevistados produziam um nível de sofisticação que ampliava os dados.

As entrevistas foram realizadas de forma individual com cada participante, com horário agendado, conforme a disponibilidade da pessoa. Os locais para a realização da entrevista foi o CAPS Casa Vida e a UBS III do Jardim América, em salas adequadas e com privacidade. A UBS III do Jardim América está localizada no maior bairro do município que é o local de moradia de muitos participantes da pesquisa e, por isso, foi também utilizada como espaço para a realização das entrevistas.

De modo geral, todos os participantes foram bastante receptivos para realizar a entrevista. Para a coleta de dados da entrevista utilizou-se um roteiro (Apêndice B) contendo dados que envolviam aspectos referentes ao tema da pesquisa.

A seguir, a Figura 3 contém:

Primeira coluna – grupo de interesse avaliado;

Segunda coluna – síntese das questões norteadoras de cada grupo de Interesse;

Terceira coluna - as construções desdobradas, resultado da aplicação das entrevistas, utilizando-se o círculo hermenêutico-dialético em cada grupo de interesse.

Figura 3 - Apresentação das questões desdobradas de cada grupo de interesse

Grupo de Interesse	Questões disparadoras	As construções desdobradas (resultado da aplicação das entrevistas utilizando o círculo hermenêutico – dialético)
<p>GRUPO DE INTERESSE: “USUÁRIO”</p>	<p>Fale como foi o atendimento que você recebeu logo que procurou o CAPS (quem te atendeu? Você foi atendido no mesmo dia? Como foi o atendimento? Por quais profissionais você passou no serviço?).</p> <p>Houve alguma dificuldade para acessar o serviço? Comente sobre isso.</p> <p>Comente sobre as melhorias que podem ser realizadas para garantir o acesso ao cuidado no CAPS.</p>	<p><u>CAPS Casa Vida possibilita o acesso, é um local de acolhimento</u> - A gente tem acesso ao CAPS e quando entra da porta pra cá a gente tem um problema eles ajudam a gente; - Eles me acolheram;</p> <p><u>Passeios, atividades culturais, eventos de saúde mental</u> - É importante participar de eventos e fazer passeios “a gente não ficava tão dentro do CAPS”. - Está bom [...] ultimamente tem tido bastante passeio.</p> <p><u>Oficinas terapêuticas</u> - É preciso ter mais oficinas que contemplem outras pessoas. - Só a horta todas as quartas-feiras.</p> <p><u>Dispensar as medicações no CAPS</u> - Se não faltasse medicação no município seria bom pegar no próprio CAPS. - Têm pessoas que não estão bem para buscar as suas medicações.</p> <p><u>Veículo do CAPS.</u> - O CAPS tinha uma van e um carro. - Faz falta ter um carro para buscar as pessoas que não podem vir.</p> <p><u>Solicitação de receitas no CAPS</u> - A entrega das receitas atrasa às vezes.</p> <p><u>Precisa mais médicos</u> - o CAPS tem psicóloga, psiquiatra, médico que é clínico geral, mas precisa de ginecologista e dentista.</p> <p><u>Tempo de permanência no CAPS.</u> - Seria bom ter mais tempo no CAPS: “me sinto muito sozinha”. - Depende da necessidade de cada pessoa.</p> <p><u>Grupo Terapêutico</u> - Faz falta grupos terapêuticos. - O atendimento em grupo facilita para o profissional que vai atender mais gente. - O grupo não é bom por causa das fofocas.</p> <p><u>Prioridade dos atendimentos para os usuários da casa</u> - Os usuários que frequentam “diariamente” o CAPS possuem dificuldade de acesso aos atendimentos individuais “o CAPS está dando muita prioridade para os de fora primeiro”.</p> <p><u>O fechamento dos CAPS?</u> - Eles falaram que esse governo novo quer terminar com os profissionais do CAPS - Aumentar o investimento em internações.</p> <p><u>Associação de usuários e familiares da saúde mental</u> - É preciso criar uma associação dos usuários e familiares. “A gente pode reivindicar junto com os familiares pra fazer alguma coisa”.</p>

Grupo de Interesse	Questões disparadoras	As construções desdobradas (resultado da aplicação das entrevistas utilizando o círculo hermenêutico- dialético).
<p align="center">GRUPO DE INTERESSE: “FAMILIARES”</p>	<p>Fale como foi o atendimento que você recebeu logo que procurou o CAPS (quem te atendeu? Você foi atendido no mesmo dia? Como foi o atendimento? Por quais profissionais você passou no serviço?).</p> <p>Houve alguma dificuldade para acessar o serviço? Comente sobre isso.</p> <p>Comente sobre as melhorias que podem ser realizadas para garantir o acesso ao cuidado no CAPS.</p>	<p><u>Investimento no CAPS</u> -Um pouco mais de investimento, tanto em infraestrutura, quanto materiais de trabalho, quanto em equipe. - Políticas públicas de saúde falta isso, falta muito isso, e tem umas visões atrasada;</p> <p><u>Trabalho em rede</u> - Fortalecimento da rede, do diálogo, com os outros setores [...] como a escola, associação de moradores de bairro, a rádio do município para ter algum espaço.</p> <p><u>Preconceito e o trabalho de comunicação da Saúde Mental</u> - Sim, se você não está aqui dentro tu não sabe, pensam assim “ah, todo mundo tá surtado lá”. - Tem muito preconceito [...] a própria família não aceita.</p> <p><u>Formação para os profissionais</u> - É preciso ter um treinamento de como tratar não só o usuário que vai lá pedir ajuda, mas para o familiar.</p> <p><u>Receitas X Falta remédio no município.</u> - É preciso maior atenção com as prescrições. - Não tá tendo remédio no posto, é uma coisa horrível isso, têm uns que eu não tenho dinheiro para compra.</p> <p><u>Demora no atendimento médico X ampliação do olhar médico X cuidado interdisciplinar</u> - Acontece demora bastante para ser atendido, por ser um médico só para atender toda a demanda. - Porque tu tem que marca para ele pode vir, eu acho que não precisava porque ele está vindo todas as quinta.</p> <p><u>Grupo de Familiares</u> - Seria interessante separar o grupo de familiares – grupo de familiares de usuários de drogas e grupo de familiares de usuários com outros transtornos mentais; - É importante ter mais vezes o grupo “uma vez só por mês é muito pouco”.</p> <p><u>Preparação do usuário para o mercado de trabalho x alta.</u> - É preciso preparar o usuário para o mercado de trabalho “têm muitos profissionais ali”. - A alta é vista como uma “regressão é total”.</p> <p><u>Atendimento a crise</u> - As duas vezes que eu liguei me mandaram para o sanatório [...] foi aí que eu chamei a SAMU e a polícia.</p>

Grupo de Interesse	Questões disparadoras	As construções desdobradas (resultado da aplicação das entrevistas utilizando o círculo hermenêutico-dialético)
<p align="center">GRUPO DE INTERESSE: “TRABALHADORES”</p>	<p>Fale como é realizado o acesso ao cuidado e o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial.</p> <p>Houve alguma dificuldade para acessar o cuidado no Centro de Atenção Psicossocial?</p> <p>Comente sobre as melhorias que podem ser realizadas para garantir o acesso ao cuidado do usuário ao Centro de Atenção Psicossocial.</p>	<p><u>Reorganizar os acolhimentos X Cuidado centrado num profissional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - É preciso reorganizar o acolhimento. - Dificuldades para compartilhar o cuidado. <p><u>Usuários que não deveriam estar no CAPS X Usuários que só pegam receitas no serviço X Processo de alta</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A atenção básica não acolhe [...] isso tem melhorado com a criação de grupos e a conversa em rede. - Existe usuários que só retiram as receitas nos serviços - isso “absorve parte da equipe”. - Os profissionais e usuários têm dificuldade para trabalharem o processo de alta. <p><u>Reunião de equipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O espaço de reunião de equipe não está sendo aproveitado. - É preciso investir também em outros meios de informação como e-mail ou outras coisas mais modernas. <p><u>Grupo terapêutico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - É preciso ter grupos terapêuticos no CAPS. - Sim, é preciso ter grupos terapêuticos e “acho que é uma questão organizacional”. <p><u>A sala de espera X melhorar a estrutura do serviço.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A sala de espera pode ser mais acolhedora. - É preciso melhora a estrutura do CAPS. <p><u>Formação para equipe (capacitações)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter capacitações é importante, não só para os profissionais do CAPS como para as equipes. - É preciso compartilhar as informações oriundas de capacitações que ocorrem fora do serviço. <p><u>Dificuldades de acesso - Falta de informação X Preconceito X a grande demanda</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A falta de informação (da população e dos serviços) dificulta o acesso aos serviços de saúde. - O estigma e o preconceito dificultam o acesso ao CAPS. - A agenda médica por ordem de chegada causa incômodo nos usuários, pois demora os atendimentos. <p><u>Centraliza o CAPS no Jardim América?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O CAPS precisa estar onde há maior número de usuários (centralizar no bairro Jardim América). - É preciso uma equipe para atender no Jardim América (descentralizar). <p><u>Visita Domiciliar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A visita domiciliar é um dispositivo muito importante, mas não há veículo para realizar. <p><u>Falta um serviço ambulatorial de saúde mental</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe uma demanda que não é atendida, pois não existe o ambulatório de saúde mental. <p><u>Cuidado da criança e do adolescente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Faltam serviços para atender as crianças e adolescentes no município. - Alguns profissionais do CAPS têm resistência para atender esse grupo. <p><u>Usuários de clínica psiquiátrica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Os usuários de clínica psiquiátrica não são de responsabilidade do CAPS, mas do médico que o atende.

No passo anterior, os círculos hermenêuticos dos interessados foram estabelecidos e determinadas construções conjuntas foram formadas. Entretanto, há uma variedade de informações que pode contribuir para essas construções, sendo o objetivo dessa etapa a revisão do círculo para oferecer novas informações que possam elevar o nível de esclarecimento (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para qualificar as construções conjuntas foram introduzidas, no círculo, informações obtidas na observação participante, durante a etnografia prévia: dados obtidos da análise de prontuários, os quais estavam carregados de sinergismo com as construções dos círculos; dados obtidos das atas de eventos organizados pelo CAPS; e informações e observações das atividades realizadas no serviço.

As publicações científicas, as portarias e leis que regem o paradigma da reforma psiquiátrica foram consultadas e introduzidas no círculo. Para Guba e Lincoln (2011), é insensato acreditar que o avaliador não possua opinião e conhecimento a priori, o que influencia o sujeito-objeto e o contexto. Desse modo, a construção ética da avaliadora também pode ser utilizada, conforme prevê o método. As construções da avaliadora foram inseridas com cuidado e ética, somando-as às demais falas, podendo, assim, sofrer as mesmas críticas.

5.3.5 Preparação do material empírico para a agenda de negociação

Nessa etapa, organizou-se a agenda de negociação entre os grupos de interesse, momento propício para discutir as reivindicações, preocupações e questões oriundas dos círculos hermenêuticos dialéticos. É preciso que cada grupo de interesse tenha acesso a todas as informações para validar ou modificar os dados coletados, dando-lhes credibilidade.

Para apresentar os dados empíricos utilizou-se a técnica grupal, e todos os participantes foram convidados para a apresentação dos dados provisórios. A apresentação dos dados empíricos ocorreu após o término da coleta de dados, cada apresentação contou com a presença dos membros do mesmo grupo de interesse.

Etapas da agenda de negociação:

- Definição dos núcleos temáticos: para elevar as discussões definiram-se núcleos temáticos para auxiliar os participantes em cada grupo de interesse, tendo-se o cuidado com a clareza dos conteúdos para cada participante.

- Definição de data, horário e local: após a construção dos núcleos temáticos realizou-se a organização do dia da negociação. Os usuários foram convidados durante as suas atividades no CAPS; com os familiares fez-se o convite via contato telefônico; com os trabalhadores foi agendado o encontro no dia de reunião de equipe. O local para a realização dos grupos ocorreu no próprio CAPS.
- Organização do material para apresentação: o material foi organizado de forma didática e apresentado em *power point*, e cada participante recebeu material impresso contendo informações dos dados empíricos. O material foi construído conforme as necessidades de cada grupo de interesse. Nos três grupos participaram pesquisadores que realizaram os registros das principais informações debatidas na atividade.

5.3.6 Realização da negociação

Esse é o momento que se apresenta aos grupos de interesse as construções oriundas das entrevistas, portanto, deve ser um processo hermenêutico-dialético para cada participante expor suas opiniões. Nessa etapa de negociação surgem as construções conjuntas avaliadas pelo grupo de interesse. O avaliador torna-se um facilitador e mediador do processo.

A etapa de negociação seguiu todos os preceitos éticos de proteção da identidade dos participantes, e os resultados são construções coletivas de cada grupo de interesse.

Guba e Lincoln (2011) propõem três resultados possíveis nas negociações, sendo provável que os três surjam em uma avaliação:

- Resolução plena: o grupo de interesse entra em consenso e resolve a reivindicação, preocupação ou questão (RPQ). Desse modo, alguns núcleos temáticos não precisam de nenhuma medida, podendo continuar a fazer aquela “ação considerada ideal” ou apenas fazer pequenos ajustes.
- Resolução Incompleta ou parcial: algumas RPQs podem ter resoluções incompletas devido a uma série de questões, como a impossibilidade de obter todas as informações consideradas desejáveis. Deve-se propor e implementar um

estudo complementar, e algumas medidas de ajuste temporário podem ser utilizadas.

- Resolução pendente: construções diferentes e provavelmente contraditórias irão se manter e não há o que fazer. É preciso continuar agindo sobre o problema, talvez com ações de avaliação complementar e ajustes práticos.

A etapa de negociação foi realizada nos seguintes dias e horários:

O primeiro grupo de negociação realizado foi com os usuários no CAPS Casa Vida, no dia 14/02/2019, às 15 horas, e o horário foi definido com a equipe e organizado logo após o término de uma atividade com os usuários. Os usuários foram convidados — via contato telefônico e pessoalmente pela pesquisadora — a participar dos grupos. No dia do grupo havia dois observadores responsáveis pelos registros dos dados. Foi solicitado aos participantes a autorização para gravar e fotografar o encontro.

No grupo de negociação, oito usuários compareceram dos dez entrevistados. Um usuário faltou por motivos de saúde e o outro não foi encontrado para comunicar o dia do grupo. No final do grupo de negociação foi servido um lanche com bolos, sanduíches e sucos.

A participação dos usuários nas discussões de cada tema foi boa, e de forma delicada a pesquisadora trouxe todos para a construção coletiva. O grupo de negociação teve duração de aproximadamente uma hora, e duas questões ficaram pendentes para o coletivo, pois não houve consenso.

O segundo grupo de negociação realizado foi com os familiares, e ocorreu no CAPS, no dia 06/03/2019, às 15 horas. O horário foi definido com a ajuda da equipe para não atrapalhar as atividades do serviço e ter acesso à sala de atividades coletivas. O contato com os familiares para realizar o convite para compor o grupo de negociação ocorreu por telefone. Dos dez familiares entrevistados, participaram oito, sendo que uma não participou pelo conflito de horários com o trabalho dela, e outra familiar não conseguiu o contato telefônico.

Durante a realização do grupo de negociação foi servido um lanche com bolo, salgadinhos e suco. Além disso, foi ofertado, quando necessário, vale-transporte aos familiares. O grupo de negociação dos familiares durou, aproximadamente, uma hora e trinta minutos, havendo consenso em todas as questões. O coletivo interagiu bastante, solicitando, inclusive, novos encontros para discutir as temáticas da pesquisa.

O grupo de negociação com os trabalhadores foi o último a ser realizado, e ocorreu no CAPS, no dia 16/04/2019, às 9 horas, sendo agendado com a coordenadora para um dos dias de reunião da equipe. A equipe foi convidada pela própria coordenadora para participar do grupo, a qual falou de modo especial com os médicos para que comparecessem. A pesquisadora também realizou convites à equipe pessoalmente e por contato telefônico.

No dia do grupo de negociação foi organizado um café da manhã com bolos e torta salgada. Uma pesquisadora participou do grupo como observadora, realizando as anotações importantes. Os trabalhadores realizaram boas reflexões sobre as temáticas. O grupo de entrevistados dos trabalhadores foi composto por nove pessoas na negociação, representados por seis pessoas, pois os dois médicos psiquiatras e o médico clínico geral não compareceram por causa de conflitos de horário de trabalho.

O grupo de negociação dos trabalhadores durou, aproximadamente, uma hora e trinta minutos, e uma questão ficou pendente, não havendo consenso.

5.3.7 Organização do relatório de resultados

Guba e Lincoln (2011) observam que os relatórios de avaliações convencionais são construídos para responder, de modo geral, aos questionamentos da própria avaliação e, em seguida, apresentam-se os dados que objetivam responder. Esses relatórios seguem um padrão, são desenhados com base nos instrumentos de coleta e analisados com ferramentas estatísticas. Desse modo, uma seção final é exposta com as conclusões geradas em relação aos questionamentos da pesquisa e uma série de recomendações é sugerida.

Os relatórios da avaliação de quarta geração seguem um formato muito diferente, pois apresentam-se as construções conjuntas - compartilhadas - num processo hermenêutico-dialético. O objetivo é apresentar os significados e as interpretações que são feitas sobre os “fatos” da pesquisa, não apenas em seu sentido “factual”. Para tanto, os relatórios devem possibilitar uma visão ampla das interpretações realizadas pelos construtores, ou seja, não se limita a visões restritas, sendo o relato de experiência a forma mais indicada e que possibilita ao leitor vivenciar as situações expostas (GUBA; LINCOLN, 2011).

Esse relatório de avaliação de quarta geração apresenta os pontos de resoluções plenas e parciais e a análise mais ampla e refinada das categorias temáticas.

5.3.8 Análise dos dados

A análise e a coleta de dados ocorreram de forma concomitante, um direcionando o outro, durante o processo de aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético. Assim, os participantes da pesquisa envolveram-se no processo de análise e coleta.

Guba e Lincoln (2011) chamam essa análise de Método Comparativo Constante, o qual foi originalmente desenvolvido por Glaser e Strauss para a construção de teorias e utilizado por Guba e Lincoln para o processamento de dados. Assim, a seguir, apresentam-se os caminhos da proposta dos autores e os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa.

5.3.8.1 Identificação de unidades de informação

As unidades de informação servem como base para a definição das categorias. Essa tarefa é complicada, embora, alguns autores a considerem fácil. As unidades de informação devem ter duas características: a primeira deve ser heurística e apontar para algum entendimento ou ação necessária ao pesquisador; a segunda deve ser passível de interpretação sem a necessidade de outras informações, a não ser uma compreensão do contexto da pesquisa. Desse modo, a unidade de informação pode ser uma simples sentença ou um parágrafo (WETZEL, 2005).

As unidades de informação são identificadas nos dados empíricos da pesquisa a partir da sua leitura horizontal. Ao identificar uma unidade é preciso realizar uma leitura criteriosa para fazer o registro de modo claro e compreensivo. Nessa fase, encontra-se um número expressivo de questões a partir do qual as unidades serão codificadas com base na fonte de dados – entrevistas, observações ou análise documental – e do tipo de respondente, juntamente com o trecho que originou a informação, podendo ser, por exemplo, da entrevista.

As unidades de informação selecionadas são as questões que foram introduzidas no círculo hermenêutico no decorrer da sua aplicação, ou seja, as questões que surgiram de modo espontâneo e foram agregadas à pesquisa. A releitura de todas as unidades de informação e a interlocução com os participantes produziram novos aprimoramentos e reconstruções.

Desse modo, será apresentado o processo de sistematização dos dados empíricos que deram origem às categorias temáticas desta pesquisa.

5.3.8.2. Identificação das categorias temáticas

As categorias temáticas são aquelas que agrupam os núcleos de significados semelhantes (MINAYO, 2007), as quais são identificadas na leitura e análise dos dados empíricos obtidos da pesquisa. Para realizar a construção das categorias temáticas foram organizados três momentos de imersão e discussão dos dados da pesquisa juntamente com o orientador do estudo. Os encontros ocorreram nos dias 09 de setembro de 2019 e nos dias 07, 21 e 24 de outubro de 2019, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No primeiro encontro foi realizada a orientação para identificar as unidades de informação.

A seguir, apresenta-se a Figura 7, contendo um exemplo de construção das unidades de informações.

Figura 7 – Unidades de informação da entrevista 01
(Grupo de interesse “familiares”)

ENTREVISTA 1 – Familiar “X”	
FRAGMENTOS DO DISCURSO	UNIDADE DE INFORMAÇÃO
A acolhida foi excelente, a gente... No momento que eu fiz contato, ele estava hospitalizado ainda; eu expliquei a situação, né, toda, descrevi um pouco... Uma vez por telefone, outra pessoalmente lá, e no outro dia que ele teve alta eu já levei ele lá, e assim, foi sempre, desde que ele chegou no acolhimento, a atenção dos profissionais... Inclusive recentemente, há umas três semanas, ele teve uma crise aguda de dor abdominal, a profissional de lá acompanhou ele até a UPA numa consulta, ficou com ele, eu estava resolvendo uma outra situação, então assim, sempre a equipe foi extremamente cuidadosa, afetiva, muito responsável... É um modelo de cuidado [...] o Capão do Leão é um município que tem fragilidades, tem limitações, mas a atenção prestada pelo CAPS eu sou muito grato, muito grato pela qualidade, pelo carinho das pessoas que estão lá. Recentemente eu fui numa reunião de familiares...	O acolhimento no CAPS é diferenciado: a equipe é “cuidadosa, afetiva, muito responsável... É um modelo de cuidado”.
E aí eu estou falando como um familiar, que realmente se comparado ao hospital... E aí eu não vou nem entrar no mérito do meu conhecimento, é o que eu vi, no hospital psiquiátrico, é um... eu levei ele lá no plantão num momento assim, de desespero, vamos dizer assim, porque a gente fica fragilizado, e era a porta que estava aberta. Foi num domingo, e eu trouxe ele num sábado, chegamos aqui e num domingo, eu levei ele lá e era a porta que tinha naquele momento, pra medicar... Mas a sensação é muito ruim, é um espaço de clausura, extremamente fechado, a questão daquelas chaves todas, as grades.	As contradições da rede: na crise, quem é a porta aberta é o hospital psiquiátrico.
Talvez pra colocar, pra documentar... como eu te falei antes,	É preciso investir em ações que

<p>relacionado à questão cultural do município, que se refere muito ao preconceito da comunidade... Eu acho que esse é um aspecto que vem melhorando significativamente, graças às ações desenvolvidas pelo município, por profissionais, não necessariamente pela gestão do município, por profissionais pontualmente; não necessariamente por uma gestão, mas sim por pessoas que tomam essa frente, e... Eu penso que esse investimento também é importante. Porque no momento que as pessoas rompem com essa barreira do preconceito e começam a ver aquela pessoa que é diferente, que tem uma singularidade, como todos...</p>	<p>diminuem o preconceito da comunidade: “ver aquela pessoa que é diferente, que tem uma singularidade, como todos”.</p>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa

No segundo encontro, em posse de todas as unidades de informação, de todos os grupos de interesse, foi realizada, novamente, a leitura dessas unidades, juntamente com o orientador. Em seguida, fez-se uma aproximação entre todas as unidades de informação de todos os grupos de interesse. O objetivo não era encontrar similaridades, mas tornar viável a análise dos dados a partir do ponto de vista de todos os participantes, trazendo maior riqueza à avaliação. Assim, buscou-se identificar as unidades de significado e, em seguida, as categorias temáticas que representassem o objeto em avaliação no estudo. Nessa etapa, as aproximações dos discursos dos entrevistados foram importantes para a construção do relatório final a partir das categorias temáticas.

Na Figura 8, a seguir, apresenta-se um exemplo de unidade de informações agrupadas com discursos dos familiares e trabalhadores.

Figura 8 – Unidades de informação agrupadas, com discursos

<p>Sim, é uma coisa que se tu não tá aqui dentro tu não sabe, que as pessoas ficam "ah, todo mundo tá surtado lá, eu não vou lá, o CAPS é casa de louco". Mas não, depois que tu chega aqui dentro tu vê. E até... Essa função da divulgação seria ótimo, porque a pessoa que tá em surto não aceita que tá em surto. Então fazendo uma divulgação, né, até nas escolas, tudo, porque hoje em dia a maioria das pessoas tão precisando de acompanhamento. E... O mundo tá virado, né, então a gente precisa. E não tem essa divulgação, o pessoal não tem o conhecimento, de que pode chegar até aqui e ter um atendimento que é excelente. Não tem mesmo... Se tivesse essa divulgação seria ótimo (F3).</p> <p>Uma coisa que eu acho que seria bem importante assim, seria trabalhar com a conscientização fora dali, um pouco maior, porque as pessoas tem o CAPS como um monstro, assim, de "não vou pra lá porque lá só vai quem é assim, quem é assado". A divulgação do que é que é, do acolhimento que é, né... que</p>	<p>A DIVULGAÇÃO DO CAPS NA REDE E NA SOCIEDADE (F3, F7, P4, P6, P7 E P9).</p>
---	--

não é uma punição, um lugar taxativo, que é um lugar pra acolher (F7).

Muitas pessoas de repente vão encontrar dificuldade nesse acesso por conta do conhecimento né?! Isso em relação a tudo, não somente em relação à saúde. Tem pessoas que se queixam, por exemplo, de se tiver alta ter que ir pra UBS porque vai ter que ir cedo pra fila, vai ter que passar por aquele processo, e aqui é mais fácil, o pessoal liga e marca uma consulta, ou liga e pega uma receita, não passa por esse processo de fila, de aguardar muito tempo, se resolve em seguida. Mas se existem dificuldades... Em todo o município? É isso? [...]. É... mais da informação. Até porque essa questão do matriciamento, essa função do acolhimento em saúde mental nas UBS algumas pessoas nem sabem que existe... eu acho né?! Porque algumas pessoas me relatam isso. Então eu acho que um pouco é a desinformação da população mesmo, que existe esse acesso, até mesmo mais perto da casa deles, por exemplo, do que o próprio CAPS (P4).

Acho até que o pessoal faz encaminhamentos bem adequados, e a gente acaba conseguindo acolher, mas sem dúvidas ainda tem muita gente que não acessa, então talvez seja uma questão de uma preocupação maior nesse sentido, dos serviços poderem acolher bem essa pessoa e fazer o encaminhamento correto, as vezes chegam alguns encaminhamentos que não seriam pra cá e outras pessoas circulando sem serviço que deveriam estar aqui. Então talvez esse entendimento melhor do que é o serviço fosse melhorar o acesso, também talvez a divulgação da informação de o que é o CAPS, envolver mais a comunidade, a cidade, a sociedade do Capão do Leão como comunidade, tentar informar (P6).

Sem dúvida. Acho que a ausência de informação é enorme, das pessoas e da própria unidade básica, que não esclarece muito qual é o papel do CAPS, a má informação, a má instrução acho que prejudica bastante o atendimento (P7).

Sim, acho que até na própria rede, agora mesmo eu recebi um memorando do conselho me exigindo uma consulta pra um usuário de drogas, sendo que é só encaminhar... acho então que da própria rede falta. Acho que se a gente fizer reuniões, onde cada um coloque como funciona o seu serviço, já vai está informando (P9).

Fonte: Dados da pesquisa

No último encontro, em posse de todas as categorias temáticas e temas centrais que representavam o objeto em avaliação, todo o material foi revisto e uma releitura foi realizada pelo orientador do estudo e a avaliadora, dando início a uma proposta de sistematização final dos dados empíricos da pesquisa.

Na Figura 9 apresenta-se um conjunto final com as unidades de significado, as categorias temáticas e os temas centrais, objeto de avaliação deste estudo.

Figura 9 – As categorias temáticas e os temas centrais

UNIDADES DE SIGNIFICADOS	CATEGORIA TEMÁTICA	TEMAS CENTRAIS
<p>O acolhimento no CAPS é diferenciado: a equipe é “cuidadosa, afetiva, muito responsável... É um modelo de cuidado” (F1, F4, F5, F6, F7, F8, U10).</p> <p>O atendimento do CAPS é acolhedor, resolutivo e rápido (F9, U3, U7, P4, P6, P9).</p> <p>O atendimento do CAPS é acolhedor, a família é orientada e cuidada (F10).</p> <p>O atendimento no CAPS é ótimo, todos que vêm buscar ajuda são acolhidos: “se eu tivesse tido esse atendimento antes, não precisaria ser internada” (U1).</p> <p>O atendimento ofertado pela equipe do CAPS é muito bom e livre de preconceito, como existe em outros serviços e espaços comunitários vindo da população (U2).</p> <p>O primeiro acolhimento e o cuidado no CAPS é muito bom, “me atenderam, me deram carinho, atenção, tudo que eu precisava, na mesma hora” (U5).</p> <p>O CAPS é acolhedor e vem melhorando os seus espaços e atividades (U8).</p> <p>O CAPS presta um bom acolhimento, há usuários inseridos no serviço desde a sua abertura (U9).</p> <p>O serviço prestado pelo CAPS é bom, possui oficinas, atendimento psicológico, de enfermagem (U1, F9).</p> <p>O CAPS ajuda a “segurar” o usuário, a mantê-lo mais controlado e diminui a chance de o usuário internar no hospital psiquiátrico (F2, U6).</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO</p>	<p>ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO</p>
<p>O acolhimento é um processo que precisa ser organizado: “pensar na reorganização e no preparo dos profissionais” (P2, P5, P6).</p> <p>É preciso melhorar o primeiro contato, o primeiro acolhimento na recepção, pois quem atende são estagiários e muitos despreparados: “o ideal seria uma recepcionista” (P1, P5, P6).</p> <p>Não é preciso organizar o acolhimento, com uma pessoa para atender por turno “quem está livre acolhe” (P4).</p> <p>Os médicos não concordam em fazer o primeiro acolhimento (P5).</p> <p>Qualquer profissional é capacitado pra realizar o acolhimento: “todos deveriam se envolver” (P6).</p> <p>O usuário é encaminhado direto para o médico e muitos acabam vinculados apenas a esse profissional, é preciso “seguir um protocolo, um padrão” (P7).</p> <p>De modo geral os usuários são acolhidos antes de passar para uma consulta médica (P8).</p>	<p>O PROCESSO DE ACOLHIMENTO NO CAPS</p>	
<p>As atividades do CAPS são muito rígidas: “às vezes a pessoa perde o ônibus e chega atrasada, e isso faz ela perder o café”. (U1).</p> <p><u>Oficinas Terapêuticas</u> É preciso mais e diferentes oficinas (U2, U3, U4, U9, U10).</p> <p>É preciso ter mais oficinas no serviço: “pra ocupar a cabeça da gente” (U5, U7).</p> <p>A oficina de yoga é muito boa, “Faz tu sentir todo o corpo, sentir-se outro” (U6).</p>	<p>AS ATIVIDADES NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</p>	

<p><u>Grupo Terapêutico</u> É preciso ter grupos terapêuticos no serviço (U5). Grupos terapêuticos não funcionam pra todos: “eu sou a favor de consultar sozinha, me sinto mais à vontade”. (U7). O grupo é uma estratégia interessante, mas não substitui o contato na consulta individual com o médico (U9, U10). O grupo terapêutico é uma ferramenta importante do cuidado, mas é preciso rever a sua metodologia para não se tornar “repetitivo” (P2, P3). Os grupos terapêuticos são importantes, mas usuários não aderem aos grupos: “gera fofoca” (P4). Os usuários não gostavam do grupo terapêutico, porque a proposta era outra! (P5). A equipe precisa retomar a filosofia dos grupos: “todo grupo é terapêutico, mas falta um alinhamento” (P6). Seria importante ter grupo terapêutico no serviço, principalmente pelo grande número de usuários no CAPS (P7). É importante ter grupo terapêutico a equipe está tentando construir (P7, P9).</p> <p><u>O atendimento médico e suas contradições</u> É preciso melhorar o sistema de atendimento, dar prioridade para os usuários que já estão inseridos no CAPS (U7). Os atendimentos médicos têm demorado mais: “a prioridade hoje é dar receitas” (U9). O atendimento médico no dia é agendado e demorado: “o pai chega cedo, às vezes ele sai meia hora, e vai quatro horas” (F3, F7). O CAPS não tem demora no atendimento médico (F10). O atendimento médico não é acessível: “às vezes tu vê que precisariam de um atendimento ali naquele momento e tu não consegue” (P3). As consultas no dia são demoradas, mas quando é uma emergência é rápido (F9). O tempo de espera no dia da consulta médica é demorado, podendo causar estresse no usuário – é preciso reorganizar a agenda do médico (P3, P4, P7). O município atende mais do que a agenda permite: “tem muita política aqui” (P5). É preciso ouvir os médicos, se eles acham que o atendimento precisa mudar ou não (P6). O volume de atendimentos médico é grande, o que causa a demora no atendimento (P8).</p> <p><u>As receitas dos fármacos</u> Não há problemas com a retirada de receitas (U5-U8, F9). A receita médica é um problema: não prestam muita atenção, dosagens erradas, feito na correria (F3, F4). Precisa rever o processo de entrega da medicação: “se não tiver ninguém acompanhando, ele vai ficar sem a medicação” (F7). Falta integração entre a oferta de medicamentos no município e a prescrição médica (F7) É preciso agilizar a emissão de receitas: “atrasa muito” (U3, U9).</p>		
--	--	--

<p>Há usuários que usam o serviço apenas para retirar as receitas: “é um problemão” (P6, P9). As receitas são prescritas sem uma consulta de revisão ou muito espaçadas: “acho mal, não deveria ser dessa maneira”. (P7, P8).</p> <p><u>Atenção a família</u> É preciso muito treinamento da equipe: tem muita gente nova, família vai pedindo socorro, usuário também, situações difíceis – “é horrível, principalmente em relação ao crack” (F2, F6, F7). A família que precisa de ajuda, nem sempre encontra no CAPS esse suporte: “eles disseram que não dá, que não têm condições, mas eu queria”. (F4). O uso de drogas mexe com a cabeça das pessoas: fragiliza a família. É necessário investir em mais atividades com ela. (F6, F10). Os grupos de familiares devem ser feitos com base no diagnóstico do usuário: “separar é importante”. (F8-F10).</p> <p><u>Atendimento da criança</u> No CAPS o atendimento à criança é focado na psicóloga e no psiquiatra – a equipe não se sente preparada para atender (P6). É preciso investir em espaços de cuidado da criança dentro do CAPS – “uma oficina kids, talvez” (P8). O cuidado da criança também deve ser ofertado pelas escolas e os ambulatórios de saúde mental, mas “tá difícil” (P8). A rede do município não está preparada para o atendimento de crianças com problemas de saúde mental (P7, P9).</p> <p><u>Atendimento ambulatorial no CAPS</u> Há usuários no serviço em tratamento ambulatorial – alguns a equipe nem conhece (P4, P5). Há usuários que são atendidos de forma ambulatorial e apenas pelo médico clínico: “não vejo eles como pacientes do CAPS”. (P9).</p>		
<p><u>Passeios:</u> O CAPS perdeu várias atividades comunitárias e hoje faz atendimentos mais no interior do serviço: “nós passeávamos muito, saíamos muito pra fora do CAPS”. (U1). A coordenadora atual tem se esforçado pra retomar as atividades de participação social do usuário (ir a assembleias, câmara de vereadores, etc.) (U1). É preciso mais atividades pra fora do CAPS: “é bom sair da rotina, ter mais passeios, diversão, seria uma boa” (U3, U4, U7). Os passeios estão bons e vêm acontecendo com maior frequência (U8). Ter mais atividades de passeios e palestras é bom para o tratamento (U9). O CAPS precisa estimular o usuário a circular pela cidade, viajar, fazer passeios, porque a comunidade é complicada (F10).</p>	<p>AS ATIVIDADES DO CAPS NO TERRITÓRIO</p>	

<p><u>A falta de veículo e as visitas domiciliares</u></p> <p>O CAPS necessita de carro e van para realizar o transporte dos usuários. “A van pra quando a gente vai pra cantar, ou pra se apresentar... E o carro “leva e traz, a pessoa tá ruim” (U2, U6, U8, U10). É bom ter o transporte para o CAPS (U4). Não ter carro no serviço também é bom: “faz o usuário se exercitar”. (U5). A van do CAPS não é utilizada com os usuário do serviço, mas para levar a população para consultas em outros município (U7, U9). O CAPS tinha um carro, mas na mudança da gestão isso se perdeu (P5). A visita domiciliar é um dispositivo de grande importância no cuidado, mas o CAPS não consegue realizar devido à falta de veículo (P6, P8, P9).</p>		
<p>As contradições da rede: na crise, quem é a porta aberta é o hospital psiquiátrico (F1, F4). O CAPS não tem condições para atender a crise: “ele não tinha como aqui ser tratado” (F3). A falta de atendimento do CAPS no final de semana leva o familiar a procurar o sanatório (F10). Quem realmente atende a crise é a enfermagem e a medicina: “sempre a parte mais pesada” (P5). A família não está preparada para cuidar de alguém em crise. Também precisa ser cuidada (F5).</p>	<p>O PROCESSO DE ATENÇÃO À PESSOA EM CRISE</p>	
<p>É preciso ocupar mais o usuário e valorizar as pequenas coisas que eles constroem no serviço (F2). O usuário precisa estar envolvido em várias atividades do serviço, pra ele se ocupar: “oficina de teatro, de música, de manhã, de tarde...” (F6, F7, F8). O CAPS é como uma “segunda casa”: usuário tem que vir mais vezes, fazer mais oficinas. (F9, F10). Permanecer mais tempo no CAPS, ter mais oficinas e possibilitar ao usuário escolher o seu plano de cuidado, “pois sozinha em casa a minha cabeça começa a enlouquecer” (U4 - U7). A frequência do usuário no serviço também deve ser combinada com o usuário: “aqueles que tiverem necessidade podem ir mais vezes”. (U9). Não há necessidade de mais momentos no CAPS, a equipe está aberta para atender quando for preciso. (U10). O CAPS oferta bastante atividade e o usuário escolhe aquilo que quer, alguns não participam, mas é a escolha deles (F3, P9). Limitar a entrada dos usuários no CAPS pode ser importante para aqueles que estão em tratamento (P2).</p> <p><u>Conflitos e dificuldades da permanência do usuário:</u> É preciso melhorar a relação entre os usuários do CAPS: muito conflito e brigas, difícil se expor nas assembleias. (U2). <u>O processo de alta</u> A alta nem sempre é um processo fácil: “na hipótese de ela acontecer, é regressão automática do usuário” (F9). A alta deve ser personalizada: “cada caso é um caso”. (F10).</p>	<p>O TEMPO DE PERMANÊNCIA E O PROCESSO DE ALTA DO CAPS</p>	

<p>É preciso trabalhar o processo de alta com a equipe e com o usuário. O usuário “não consegue criar vínculo social em outros ambientes e criou muito aqui, enraizou.” (P2).</p> <p>Falta maior clareza sobre o processo de alta do usuário, pois não é fácil pra equipe: “ah, agora que ele melhorou, eu vou ter que dar alta” (P3, P9).</p> <p>É preciso trabalhar o processo de alta do usuário e a rede estar mais bem estruturada para receber: a UBS tem melhorado essa questão (P5).</p> <p>As altas não são construídas em equipe e nem com o usuário, assim muitos acabam retornando rapidamente para o CAPS “Não tem o preparo sabe, e poderia ser melhor, poderia se trabalhar melhor essa parte, da noite pro dia, se deu alta pra vários” (P3, P5, P6).</p> <p>Há dificuldade para dar alta e o usuário age politicamente para não ter alta do CAPS (P9).</p> <p>O CAPS precisa preparar o usuário para o trabalho, para a inserção no território, para a alta (F7).</p> <p>O CAPS como local de passagem: “a vida acontece lá fora. O CAPS deve dar alta”. (P4).</p> <p>A falta de atividades no território dificulta o processo de alta (P6).</p> <p><u>Os “ganhos secundários” do CAPS</u></p> <p>Os usuários usam os serviços também para ter “ganhos secundários”: focam no auxílio doença quando deveriam ter uma vida normal (P1, P4, P8).</p> <p>O processo de alta é complexo: o usuário não quer sair do CAPS, há ganhos secundários ficando no CAPS, o usuário piora quando há uma hipótese de alta, a atenção básica é frágil e não acolhe a demanda de saúde mental (P7).</p>		
<p>É preciso garantir as reuniões de equipe. “Tem que ter reunião regular, a equipe tem que se encontrar, a gente tem que se vê a gente tem que conversa” (P1).</p> <p>Alguns profissionais não participam das reuniões semanalmente (P2).</p> <p>Não é realizada a reunião de equipe no serviço: “cada um fica na sua sala fazendo as coisas atrasadas” (P3).</p> <p>Falta reuniões de equipe nos serviços e quando têm os médicos não participam e os assuntos discutidos não são repassados (P4, P5, P6, P7).</p> <p>Falta interesse dos colegas para retomar as reuniões de equipe (P6).</p> <p>A reunião precisa ser mais objetiva, realizar nos dias que tem mais profissionais “e direcionar os objetivos” (P8).</p> <p>As reuniões de equipe estão retomando: “ficaram um tempo sem acontecer” (P4, P9).</p>	<p>AS REUNIÕES DE EQUIPE</p>	

UNIDADES DE SIGNIFICADOS	CATEGORIA TEMÁTICA	TEMAS CENTRAIS
<p>O acesso ao cuidado começa quando investimos fortemente em infraestrutura, em equipe e articulação com outros setores da rede (F1, F10, P7).</p> <p>A estrutura física do CAPS é adequada para o atendimento do usuário: “tem salinha, tudo certinho” (F3).</p> <p>O mais importante na relação do usuário com o CAPS é o amor e o carinho: a estrutura física é secundária a isso. (F5).</p> <p>O espaço do CAPS é precário: “tem que ter um espaço mais amplo pra desenvolver oficinas” (F7).</p> <p>Melhorar o hall de entrada seria importante, “quem tá precisando só tá na presença do CAPS já faria esse papel” (P2, P4, P9).</p> <p>O que falta não é investimento em religião, mas em políticas públicas de saúde: “acredito que é físico” (F2).</p> <p>As reformas estruturais sempre vão ter. É preciso trabalhar nos usuários os seus deveres enquanto cidadãos, do cuidado com a casa, com o meio ambiente... (P2).</p> <p>É preciso melhorar a estrutura como um todo: limpeza, arejar a sala de espera, etc. (P7).</p>	<p>CARACTERÍSTICAS DA ESTRUTURA FÍSICA</p>	<p>AMBIÊNCIA</p>
<p>Precisa ter mais verba pra ajudar na contratação de novos profissionais (F8).</p> <p>É preciso ter mais profissionais, mais médicos no CAPS (U4, P9).</p> <p>Falta um dentista pra oferecer atendimentos no CAPS (U6).</p> <p>Tem que ter mais dentista e ginecologista no serviço, diversificar as especialidades (U8).</p> <p>A rotatividade de profissionais desorganiza rápido também: “o tempo todo tem que lembrar como o município funciona” (P8).</p>	<p>COMPOSIÇÃO E GESTÃO DA EQUIPE</p>	

UNIDADES DE SIGNIFICADOS	CATEGORIA TEMÁTICA	TEMAS CENTRAIS
<p><u>O CAPS fazer a entrega das medicações</u> O CAPS ter e fazer a entrega das medicações facilita para o usuário (U2, U3, U5, U6, U7, U9).</p> <p><u>Falta medicação na farmácia municipal</u> Falta medicação psiquiátrica essencial na farmácia do município: “ele tem que ter os remédios senão ele vai pra rua” (F4, F6, F9, U10, P7). Falta a medicação no município e os usuários são afetados diretamente às vezes usando medicações injetáveis e com efeitos colaterais fortes (P1). A questão da medicação: tem medicação que não é de competência do município, que podia se dedicar à aquisição dos medicamentos essenciais. (P4, P5). A falta de medicamentos é constante, traz trabalho dobrado à equipe: “um gasto de mão de obra e papel”. (P9). Quando falta medicação no município, o usuário precisa comprar pra não ficar sem. (U8). A equipe precisa trabalhar visando à organização financeira do usuário: “pra não faltar medicação, que às vezes é cara, no brechó, etc.” (P3). Falta medicação no município, mas a equipe também precisa encontrar outras fontes de intervenção (P6). As mudanças na gestão prejudicaram a oferta de medicamentos: “trocou o governador e foi vir em maio” (F10). Os usuários de clínicas particulares pegam as receitas no CAPS, mas os médicos não concordam, alguns se negam a prescrever as medicações (P9).</p>	<p>A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO</p>	<p>GESTÃO DA REDE</p>
<p>Capacitações e treinamentos devem fazer parte do trabalho da equipe (P4, P8). É importante ter um espaço para que os profissionais compartilhem com a equipe as experiências de treinamentos e capacitações fora do CAPS (P5). É preciso preparar os estagiários para ficar na recepção, o ideal seria um profissional do quadro (P3, P4). Os profissionais técnicos precisam orientar melhor os estagiários (P8). A equipe tenta orientar melhor o estagiário (P9).</p> <p><u>A presença da universidade:</u> A importância da presença da academia no CAPS: “elas trazem coisas boas e nós passamos coisas boas pra elas”. (U1). Os estagiários têm amor pelos usuários: são legais, acolhem, são mais procurados que os médicos” (U2).</p>	<p>FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE</p>	
<p><u>Articulação da rede</u> Existe articulação do CAPS com outros serviços da rede: “há bastante interação”. (F3). É importante o trabalho em rede para fazer trocas de experiências... (F10). Acesso à rede</p>	<p>FUNCIONAMENTO DA REDE</p>	

<p>O atendimento em saúde mudou no município: se antes havia dificuldade de aceitação e o encaminhamento era mais burocrático, hoje é diferente. (F7).</p> <p>As enfermeiras da atenção básica estão preparadas para acolher o usuário e isso facilita a chegada daqueles que realmente precisam do CAPS. (P3).</p> <p>O acesso ao CAPS tem ocorrido de forma rápida. Os usuários chegam via matriciamento e/ou livre demanda (P4, P5).</p> <p>Muita gente acessa o CAPS sem saber que precisa de encaminhamento do serviço da AB (U2, P1, P2).</p> <p>O CAPS possibilita acesso, mas os usuários deveriam vir com um encaminhamento da UBS para serem acolhidos. Alguns profissionais já estão mudando essa postura e acolhendo a todos (P3).</p> <p>A falta de estrutura da rede</p> <p>A importância dos equipamentos sociais (AA): tem que ter mais isso, mas em dias e horários mais flexíveis para o usuário. (F4).</p> <p>A rede básica do município é falha, ela só dá medicação ao usuário (P1).</p> <p>Muitos usuários já deveriam estar na atenção básica, mas não há grupos de saúde mental nas UBS (P1).</p> <p>O CAPS é um serviço de livre demanda, mas há uma demanda enorme e uma atenção básica despreparada (P7).</p> <p>O principal acesso que falta é o acompanhamento ambulatorial: “casos assim vão pra Pelotas”. (P8).</p> <p>É preciso construir uma associação de usuários e familiares, há movimentos para isso, mas é difícil a concretização (U9).</p> <p>Os principais problemas de acesso ao CAPS levam o usuário a procurar outros recursos, como o hospital psiquiátrico (P6).</p> <p>Há uma preocupação com o desmonte dos CAPS e a possibilidade de tratamento apenas no hospital, o que não seria bom para os usuários (U9).</p> <p>Os hospitais psiquiátricos não cuidam bem, é preciso garantir o atendimento no CAPS (U10).</p>		
--	--	--

UNIDADES DE SIGNIFICADOS	CATEGORIA TEMÁTICA	TEMAS CENTRAIS
<p>É preciso investir em ações que diminuam o preconceito da comunidade: “ver aquela pessoa que é diferente, que tem uma singularidade, como todos”. (F1),</p> <p>O preconceito na saúde mental existe e se reproduz na relação com as pessoas (F5, F6).</p> <p>Há preconceito, em especial pela falta de instrução da população (F7).</p> <p>Tem que conversar mais sobre saúde mental: “diminui preconceitos, faz as pessoas entenderem” (F9).</p> <p>Para lidar com o preconceito é importante investir na criação de associações de bairros e nos passeios do CAPS (F10).</p> <p>Há muito preconceito relacionado ao atendimento no CAPS, com o psicólogo, o psiquiatra (P8).</p>	<p>ESTIGMA E PRECONCEITO</p>	<p>RELACIONAMENTO DO SERVIÇO COM A SOCIEDADE</p>
<p>É preciso investir na divulgação do trabalho do CAPS (F7).</p> <p>A falta de conhecimento da população pode ser uma das explicações para a dificuldade de acesso ao CAPS. (F2, P4).</p> <p>É preciso maior divulgação e informações na rede para fazer bons encaminhamentos (P6, P9).</p> <p>A falta de informação da rede e das pessoas sobre o CAPS prejudica bastante o atendimento (P7).</p>	<p>A DIVULGAÇÃO DO SERVIÇO</p>	

5.3.9 Considerações éticas

Os processos éticos que envolvem a pesquisa científica foram garantidos pela Resolução nº 466¹³, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, que regula a pesquisa com seres humanos. E pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311, de 08 de janeiro de 2007, através do Capítulo III, artigos 89, 90 e 91 do COFEN.

Dessa forma, a prática ética requer cuidado, o que foi realizado com a adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice E. O TCLE contém exigências éticas (contribuições da pesquisa, riscos, benefícios, entre outros) para esclarecimento dos participantes. A proposta de avaliação participativa também exige que os envolvidos no processo participem de forma informada e voluntária.

O anonimato dos participantes do estudo foi garantido pela utilização de letras e números, conforme a ordem em que aparecem nas entrevistas. Desse modo, foi utilizada a letra “U” de usuário, “F” de familiar e “T” de trabalhador, seguido do número da ordem das entrevistas. Exemplo: U2, F2, T2. Para identificar a análise documental foi utilizada a abreviatura “AD”, e na dos registros de diário de campo, a abreviatura “DC”.

¹³ Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde: incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

6 CONTEXTO LOCAL DO ESTUDO

Neste capítulo, apresenta-se o contexto local deste estudo, o município de Capão do Leão-RS e sua rede de saúde, principalmente o Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida - palco desta pesquisa.

O município de Capão do Leão possui uma população estimada em 25.354 habitantes, e uma área de unidade territorial de 785,373 quilômetros² (IBGE, 2018). O município conta com três distritos: Hidráulica, Pavão e Passo das Pedras, e possui cinco bairros: Centro, Teodósio, Cerro do Estado, Parque Fragata e Jardim América (maior bairro do município, maior do que a própria sede da cidade). O município é cortado pela linha férrea que liga Rio Grande a Cacequi, e pelas BR 116 e 293. Capão do Leão possui também um campus da UFPEL na região da Embrapa (CAPÃO DO LEÃO, Prefeitura Municipal). O município faz divisa com as cidades de Pedro Osório, Pelotas, Rio Grande, Cerrito, Morro Redondo e Arroio Grande.

Segundo os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano dos Municípios¹⁴, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Capão do Leão, em 1991, foi de 0,413, em 2000, de 0,542, e no último IBGE de 2010 foi de 0,637. Esse índice situa o município na faixa de desenvolvimento humano médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A longevidade, com índice de 0,814; a renda com índice de 0,662, e a educação com índice de 0,480 foram as dimensões que contribuíram para o IDH do município. No ranking de IDHM, dos 5.565 municípios brasileiros Capão do Leão ocupa a posição 3357^a, sendo que o maior IDHM é de São Caetano do Sul, com 0,862, e o menor é de Melgaço, com 0,418.

6.1 O sistema de saúde de Capão do Leão

O município de Capão do Leão pertence à 21^a região de saúde estadual e está vinculado à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde, localizada no centro da cidade, possui a missão de executar a política municipal de saúde, conforme aprovação do Conselho Municipal de Saúde, juntamente com a união, estado e municípios da região.

¹⁴O Atlas Brasil 2013 é um site de consulta ao IDHM a mais de 200 indicadores de desenvolvimento Humano dos municípios e estados brasileiros. Os indicadores são de população, educação, habitação, saúde, trabalho, renda e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

6.1.1 Nível Primário de Atenção

A Atenção Básica no município de Capão do Leão - RS é representada por cinco Unidades Básicas Tradicionais e uma Unidade de Saúde da Família, Saúde Bucal e atendimento médico e de enfermagem na zona rural.

As Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional são: UBS I Parque Fragata, UBS II Campo Estrela, UBS III Jardim América, UBS Central e a UBS Campus UFPel — posto de saúde da universidade — possui parceria com o município, e uma Estratégia Saúde da Família denominada Cazaubom. A atenção básica oferta atendimentos diários de cuidado em saúde para toda população, desde a criança até o idoso. A cobertura de Estratégia Saúde da Família é de apenas 13,53% no município, a menor cobertura da região.

As equipes da atenção básica ofertam cuidados generalistas de prevenção promoção e tratamento em saúde através das consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, na puericultura, na imunização, pré-natal, saúde da mulher com a coleta de exames citopatológicos, acolhimento de saúde mental, grupos de atividade física, grupos de gestantes, grupos de hipertensos e diabéticos. Além disso, recebe apoio matricial em ginecologia, pediatria e saúde mental.

A zona rural do município é extensa e para garantir o atendimento da população rural a Secretaria de Saúde organizou uma pequena equipe de saúde itinerante que realiza cuidados médicos e de enfermagem nas seguintes localidades: DEPREC, Zona Sul, Pavão, Assentamento, Hidráulica, Figueirinhas e Passo das Pedras.

6.1.2 Superintendência de Média e Alta Complexidade – Nível Secundário de Atenção

A Superintendência de Média e alta Complexidade é responsável pelos serviços de Atenção Secundária e Terciária. Esse nível compreende os seguintes serviços: Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Centro Especializado em Saúde Mental da Criança e Adolescente, Serviço de Pronto Atendimento e Serviço Móvel de Urgência e Emergência.

O município de Capão do Leão possui uma farmácia municipal localizada no centro da cidade, funcionando de segunda-feira a sexta-feira, no turno da tarde, e uma

farmácia descentralizada, localizada no bairro Jardim América, funcionando de segunda-feira a sexta-feira no turno da manhã. O serviço de Vigilância em Saúde está localizado no centro da cidade e funciona de segunda-feira a sexta-feira das 7h30 min. às 13h30 min.

O Serviço de Pronto Atendimento está localizado na região central do município e atende a toda a sua população, funcionando durante as 24 horas e todos os dias da semana. Compõe a rede de saúde, ainda, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que presta atendimento precoce a vítimas em situação de urgência e emergência.

Nas consultas com especialistas, o município é referência para outras localidades: Piratini, referência para oftalmologista e cardiologista; Pinheiro Machado, ginecologista, urologista, cirurgia geral e dermatologista; Santa Casa de Rio Grande, traumatologista; Fundação Universitária de Rio Grande, nefrologista, pneumologista, cirurgias pediátricas e ginecológicas; São José do Norte, para neurologista. Pelotas é referência para oncologista, mastologista, reumatologista, pré-natal de alto risco entre outros. E Porto Alegre, para as urgências oftalmológicas, oncologia pediátrica, transplantes entre outros.

6.1.3 O sistema de saúde mental

Na rede de saúde mental do município existem cinco UBS, uma ESF, oficinas terapêuticas na comunidade, um Centro de Atendimento Especializado da Criança e do Adolescente, um Centro de Atenção Psicossocial tipo I, e um serviço de Pronto Atendimento. A seguir discorre-se sobre a organização da rede de saúde mental.

O nível primário recebe apoio matricial, mensalmente, pelo psiquiatra. No apoio matricial são realizadas discussões de casos e interconsulta de saúde mental com a presença do médico psiquiatra, o enfermeiro e/ou médico da atenção básica e o usuário. O apoio matricial também é realizado, diariamente, através do grupo de matriciamento do Whatsapp. Esse grupo é composto pela equipe técnica do CAPS Casa Vida e enfermeiros e médicos da Atenção Básica e do serviço de Pronto Atendimento.

Nas unidades básicas de saúde é realizado, diariamente, o acolhimento em saúde mental pelo enfermeiro. No acolhimento são identificados os principais problemas de saúde mental da pessoa e construídos os planos de cuidado a partir das necessidades em saúde do usuário. Alguns cuidados ofertados na Atenção Básica são: consultas médicas

e de especialista, retornos para escuta qualificada com a enfermagem, inserção em grupos de atividades físicas, encaminhamentos para o CAPS e outros serviços da rede intersetorial.

Em 2019, algumas atividades importantes de Práticas Integrativas Complementares foram iniciadas: Yoga, Grupo Terapêutico Comunitário e Musicoterapia, realizado pelos profissionais do CAPS em parceria com os profissionais da Atenção Básica. Esses grupos são ofertados no plano terapêutico singular, construído pelos profissionais da saúde em conjunto com os usuários e familiares. Esses grupos foram criados como desdobramentos desta pesquisa avaliativa, portanto não vão aparecer nos resultados e discussões deste estudo.

Mensalmente, também é realizada a reunião de matriciamento no CAPS Casa Vida com representantes das unidades básicas de saúde e pronto atendimento. Este é um espaço para discussão de casos de usuários e familiares acompanhados na Atenção Básica, no CAPS Casa Vida, e que foram acolhidos, em algum momento, no Pronto Atendimento. É um espaço também de aprendizado para os profissionais envolvidos no cuidado.

O Centro Especializado em Saúde Mental da Criança e Adolescente é um dispositivo novo no município, inaugurado no segundo trimestre de 2019, sendo um serviço complementar à assistência básica. A unidade atende crianças com problemas psíquicos e neurológicos, entre os quais: autismo, comprometimento do desenvolvimento neuropsicológico, depressão, transtornos comportamentais entre outros. O espaço possui profissionais de psicologia, psiquiatria, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, oferecendo atendimento individual. Esse serviço também foi criado após a coleta de dados desta pesquisa, o qual também não vai aparecer nas discussões sobre a sua existência nos resultados deste estudo.

O serviço de Pronto Atendimento é uma importante referência para o atendimento das crises em saúde mental e do cuidado ampliado dos usuários, sendo a única opção de cuidado para o turno da noite e nos finais de saúde.

O município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família e nem equipes especializadas em saúde mental, assim, uma parcela importante da população não possui acesso a esses serviços. O cuidado em saúde mental concentra-se na atenção primária e no Centro de Atenção Psicossocial. Os leitos psiquiátricos são regulados pela terceira coordenadoria de saúde e os municípios de referência são Pelotas e Rio Grande,

com leitos em hospitais psiquiátricos e em São Lourenço do Sul, com leitos no hospital geral da Santa Casa de Misericórdia.

6.3.4 O Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida

O Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida foi o cenário do estudo. Trata-se de um serviço com importante dedicação à efetivação do cuidado em saúde mental na atenção primária e demais níveis de atenção no município de Capão do Leão - RS.

O Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida é do tipo I e possui capacidade operacional para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, conforme previsto na Portaria 366/2002 do Ministério da Saúde. O CAPS Casa Vida iniciou suas atividades em 02/05/2002, atende de segunda-feira a sexta-feira, no horário das 08h às 18h, sem intervalo de almoço.



Figura 10: CAPS Casa Vida de Capão do Leão – RS

Fonte: Dados da pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida está localizado no centro da cidade, próximo à Secretaria Municipal de Saúde, Pronto Atendimento e de uma Unidade Básica de Saúde. A casa que abriga o CAPS é alugada e possui uma estrutura antiga e bastante adaptada para prestar o atendimento em saúde mental – assim distribuída: sala de espera, recepção, sala da coordenação, sala de atendimento médico, sala de atendimento do serviço social, sala de atendimento da psicologia, sala de atendimento da equipe de enfermagem, sala de aplicação de medicamentos, e o banheiro da equipe.

Na parte externa da casa existe: uma varanda coberta, contendo mesa e cadeiras, uma garagem que abriga a grande maioria das oficinas, dois banheiros para os usuários, o refeitório, a cozinha, uma sala de TV e estudos para os usuários, e uma dispensa. No fundo do pátio há uma sala onde é realizada a oficina de marcenaria, também há o jardim, a horta e um espaço embaixo de uma árvore, onde, em alguns momentos, os usuários conversam e tomam chimarrão.

A equipe técnica era composta por uma terapeuta ocupacional, uma oficineira, uma assistente social, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma psicóloga, um médico clínico geral, dois psiquiatras e uma coordenadora de saúde mental com formação em serviço social e com cargo de confiança. A equipe de apoio era composta por uma cozinheira, uma servente, duas estagiárias e uma assistente administrativa que realiza atividades do CAPS e da Secretaria de Saúde. A maioria dos profissionais cumpria 30 horas semanais. O serviço é campo de estágio para o curso de terapia ocupacional da Universidade Federal de Pelotas e recebe alunos do curso de psicologia da Universidade Anhanguera de Pelotas.

A equipe dedica-se a manter o espaço o mais acolhedor possível. A pintura da fachada do CAPS, por exemplo, foi realizada pela equipe e os usuários. E, constantemente, os usuários são instigados a cuidar da casa.

O CAPS Casa Vida ofertava, durante o período de desenvolvimento da pesquisa, as seguintes atividades: acolhimento, atendimento individual, assembleias, grupo de familiares, grupo terapêutico para usuários de drogas, diversas oficinas terapêuticas, reunião de equipe e atividades no território.

Figura 11 – Quadro demonstrativo das atividades semanais oferecidas pelo CAPS

	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
MANHÃ 08h às 11h	Dança	Reunião de Equipe	Horta e Jardinagem	Yoga e Erva Terapia	Marcenaria Banca de Artesanato
TARDE 13h30min às 16h	Alfabetização Funcional	Música	Culinária	João de Barro Teatro	Artesanato

Fonte: Dados da pesquisa

6.3.4.1 Acolhimento

É um momento de escuta qualificada do usuário e familiar, podendo ser um primeiro acolhimento e/ou um reacolhimento. Nesse espaço são observadas as principais angústias e sofrimentos do usuário, iniciando a construção de planos de cuidado.

O acolhimento é realizado pela equipe técnica do CAPS e ofertado à população a partir do documento de referência de outros serviços: as UBS, o serviço de pronto atendimento e hospitais psiquiátricos da região. O acolhimento à demanda espontânea também era realizado, mas havia orientações divergentes entre a equipe. O acolhimento era realizado pelo profissional disponível e ofertado todos os dias da semana, com exceção da terça-feira, no turno da manhã, pois era o espaço protegido de reunião da equipe.

6.3.4.2. atendimentos individuais

Os atendimentos são ofertados pela psicologia, psiquiatra, clínico geral, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiro, agendados conforme a necessidade de cada usuário e/ou familiar. As agendas com maior procura para atendimentos individuais eram as da psicóloga, do médico clínico geral e dos psiquiatras.

6.3.4.3. Assembleias

São realizadas mensalmente, com a presença dos profissionais técnicos da equipe e os usuários do CAPS. É um espaço coletivo de deliberação em relação ao funcionamento e organização das atividades do serviço.

6.3.4.4 Banca de artesanato e brechó

Essa banca é realizada semanalmente e coordenada pela terapeuta ocupacional. Em frente ao CAPS é montada uma estrutura para a venda dos produtos produzidos pelos usuários na oficina de artesanato. Na banca fica um usuário responsável por cuidar do dinheiro e os demais por atender os clientes. Os valores arrecadados são utilizados para as atividades do grupo: passeios, viagens e compra de materiais para as oficinas.



Figura 12: Banca de artesanato e brechó

Fonte: dados da pesquisa

6.3.4.5 Grupo de familiares

Esse grupo acontece mensalmente sob a orientação da equipe técnica do serviço para os familiares de usuários do serviço, funcionando como um grupo aberto para todos os familiares. Nessa atividade, os familiares relatam como o usuário está, fazem questionamentos e esclarecem dúvidas.

6.3.4.6 Grupo Terapêutico João de Barro

Realizado semanalmente pela psicóloga e uma estagiária de psicologia, esse grupo destina-se ao cuidado de pessoas em uso e/ou abuso de drogas, atende homens e mulheres, mas estava fortemente representado pelo público masculino. O João de Barro era o único grupo terapêutico ofertado no serviço.



Figura 13: Grupo Terapêutico João de Barro – Material construído no primeiro encontro do ano de 2019

Fonte: dados da pesquisa

O material construído pelos participantes do grupo terapêutico João de Barro, no primeiro encontro do ano de 2019, foi um cartaz com as orientações para participação no grupo e possui informações como: manter sigilo, respeito, não estar sob o efeito de substâncias psicoativas, tolerância de 15 minutos de atraso, entre outros.

6.3.4.7 Oficinas terapêuticas

Artesanato - a oficina de artesanato era realizada semanalmente e coordenada pela terapeuta ocupacional. As atividades eram organizadas de forma livre para o usuário criar a partir do material disponível. O material construído na oficina é comercializado na banca de artesanato e brechó.

Oficina de Yoga e Erva Terapia – realizada semanalmente pelaicineira, essa oficina é oferecida aos usuários do serviço. Inicia com a discussão a respeito de alguma planta, quando os usuários revelam seus conhecimentos a respeito das ervas. No segundo momento, realiza-se a prática da meditação, com alguns exercícios de alongamentos e relaxamento.



Figura 14: Oficina de yoga e erva terapia (contato com o campo – etnografia prévia).

Fonte: dados da pesquisa

Oficina de teatro - realizada semanalmente pelaicineira, é oferecida aos usuários do CAPS. Nela, são estudadas as peças de teatro e realizados os ensaios para as futuras apresentações, além de reflexões sobre as atividades teatrais.

Oficina de alfabetização funcional - realizada semanalmente pelaicineira, é ofertada aos usuários com necessidades escolares. As atividades são realizadas em

coletivo, mas a profissional organiza conteúdos diferentes para cada usuário, conforme a necessidade de cada um.

Oficina de culinária - é realizada semanalmente e coordenada pela terapeuta ocupacional. Nessa atividade, são preparados alimentos a partir de receitas trazidas pelas usuárias. Cada uma delas traz uma receita e ensina ao grupo como produzir o alimento. Os alimentos produzidos na oficina são vendidos e os lucros utilizados para a manutenção da oficina e passeios dos usuários. Além disso, os usuários têm a oportunidade de aprender novas habilidades para utilizá-las como uma atividade de geração de renda.



Figura 15: Oficina Terapêutica de Culinária – Produção de chocolates para a Páscoa

Fonte: dados da pesquisa

Oficina de dança – é realizada semanalmente e coordenada pelaicineira, aluna do curso de dança da UFPel. Os usuários envolvidos nessa atividade são bastante participativos, o grupo faz apresentações de danças para eventos na região.

Oficina de horta e jardinagem - realizada semanalmente, é coordenada pela assistente social e a terapeuta ocupacional. Os usuários cuidam da horta existente no serviço, e os alimentos colhidos na horta são utilizados nas refeições produzidas no CAPS.

Oficina de música – realizada semanalmente, é coordenada por uma professora voluntária com formação na área. As oficinas são organizadas com canções escolhidas pelos usuários. Essa oficina iniciou no momento da coleta de dados da presente pesquisa.

Oficina de marcenaria – realizada semanalmente, é coordenada, voluntariamente, por uma pessoa com experiência na área. Essa oficina iniciou no período de coleta dos dados desta pesquisa e, inicialmente, as atividades foram direcionadas para a recuperação e restauração dos ambientes do CAPS.

6.3.4.8 Reunião de equipe

A reunião de equipe é realizada durante o turno da manhã, nas terças-feiras. Não há atendimento externo nesse período. O espaço de reunião, antes desta pesquisa, era utilizado para os profissionais, individualmente, organizarem as suas agendas, dando retorno para algum usuário e/ou serviço, entre outras demandas. A equipe pouco se reunia para fazer as reuniões.

6.3.4.9 O cuidado no território

O CAPS Casa Vida realiza atividades no território entre as quais a participação em eventos da saúde mental, por exemplo, o Mental Tchê, em São Lourenço do Sul, passeios a pontos turísticos da cidade e região, apresentações artísticas, participação em atividades e festas dos serviços da rede entre outros.

No dia 1º/03/2019 a equipe e os usuários do CAPS Casa Vida realizaram uma mobilização e intervenção artística alusiva ao tratamento em liberdade e contra os retrocessos na saúde mental.



Figura 16: Montagem com o convite e fotos do ensaio e apresentação da mobilização

Fonte: dados da pesquisa

O ato em defesa da luta antimanicomial, da garantia e expansão do acesso aos serviços substitutivos em saúde mental foi realizado pelos usuários do serviço sob a orientação da terapeuta ocupacional e daicineira – estudante de dança da UFPel. A apresentação foi tocante, linda, emocionante e embalada pelo Cântico Negro de Maria Betânia.

Outro momento tocante desse ato foi a apresentação de um casal que realiza teatro de rua. A peça de teatro retratou a cena de um homem sendo contido, amarrado, recebendo eletrochoque e colocado em uma cela de isolamento social. No isolamento, o homem chora, canta e chama a sua mãe, a cena é emocionante e todos assistiram atentamente à peça teatral.

Nesse dia, os usuários e profissionais de CAPS de Pelotas também estavam presentes e realizaram apresentações musicais. Todas as apresentações foram

contagiantes e ficou fortemente marcado que o cuidado deve ser realizado em liberdade e nos serviços substitutivos de saúde mental.

Esse evento aconteceu na praça central do município e contou com a presença do prefeito e do secretário de saúde. Entre outras autoridades políticas, estavam presentes um representante da Terceira Coordenaria Regional de Saúde, familiares, representantes da Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas, alunos da Universidade Federal de Pelotas dos cursos de Enfermagem, Terapia Ocupacional, Teatro e a população em geral.

A partir do exposto encerra-se o capítulo 6 - Contexto local do estudo. No próximo capítulo apresentam-se as quatro categorias centrais da pesquisa: Organização do serviço, Ambiência, Gestão da rede e Relacionamento do serviço com a sociedade. Em decorrência, apresentam-se os resultados oriundos das reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse, usuários, familiares e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Casa Vida.

7 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Para organizar um serviço substitutivo, que trabalhe de acordo com o seu território, é preciso compreender, olhar e sentir a vida que pulsa naquele lugar, pois, um CAPS organizado em uma cidade, localizada no meio da floresta amazônica, será muito distinto de um localizado na periferia Leste de São Paulo. Os territórios são distintos, possuem sua própria cultura, histórias sociais, políticas econômicas e diferentes modos de ocupação e uso de seus espaços. As histórias e as diferentes formas de viver influenciam os lugares e as maneiras de acesso a seus dispositivos, o comércio enclausurado em shoppings centers, os bairros nobres restritos a determinadas pessoas, etc. (LIMA; YASUI, 2014).

Existem, em um mesmo idioma, modos diferentes de se relacionar, porque a história, a cultura, a vivência de cada indivíduo produz marcas e formas peculiares. Assim, a organização, construção, oferta e distribuição dos serviços de saúde também vão trazer as marcas locais das políticas públicas de saúde (LIMA; YASUI, 2014).

Nesse sentido, pretendo compreender e expor, nesta Tese, a organização do CAPS Casa Vida e suas implicações no acesso ao cuidado no serviço, considerando a sua história local, sua identidade social, cultural, modos de viver e levar a vida. Para tanto, de modo dialético, os usuários, familiares e trabalhadores são os protagonistas deste estudo e expõem a sua história a partir das características do serviço.

7.1 Características do serviço

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada quatro pessoas sofrerá com algum transtorno mental ao longo da vida, o que representa 25% da população. No mundo há 450 milhões de pessoas com algum tipo de sofrimento mental que prejudica gravemente a vida; e 22% da população sofrerá com episódios de ansiedade e depressão em algum momento da vida. A OMS prevê um aumento considerável dos transtornos mentais nos próximos anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, 2011).

Em relação ao acesso para o tratamento de transtornos mentais, menos de 25% da população afetada é diagnosticada e cuidada corretamente nos países ocidentais, mesmo existindo tratamentos eficientes que colocaria a pessoa em completa integração na sociedade. Desse modo, a maioria dos países possui barreiras de acesso à atenção em

saúde mental e a reintegração das pessoas na sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, 2011).

No Brasil, a melhoria do acesso ao cuidado em saúde mental é um dos principais desafios da Rede de Atenção Psicossocial, que possui a finalidade de garantir atendimento integral e inclusivo a todos brasileiros (BRASIL, 2015). Nessa perspectiva, no cenário brasileiro, os CAPS representam o principal serviço substitutivo de cuidado em saúde mental, e devem ofertar práticas de cuidado ao território e inversas aos modelos tradicionais de atenção em hospitais psíquicos — “manicômios” (BRASIL, 2011).

Os resultados desta pesquisa revelam que o CAPS Casa Vida é um espaço diferenciado que oferta acesso ao cuidado em saúde mental, prestando um cuidado resolutivo e rápido, como se observa nas falas dos três grupos de interesse, a seguir transcritas.

Eu fui bem acolhida, eu fui bem recebida, e foi muito bom, assim, o quanto me acolheram, e hoje eu vejo o quanto eu melhorei com isso. [...] E disse que precisava, que precisava, que eu tentei me suicidar, queria me tirar a vida, e conseguiram, eu cheguei bem ruim aqui (U7).

Sempre que eu preciso, pra mim, sou muito bem atendida, sempre supera minhas expectativas quando eu preciso [...]. Nenhuma dificuldade, bastante agilidade (F9).

Eu creio que hoje a gente está atendendo essa demanda que chega mais rápido, vamos dizer imediato, pois em outros tempos, em outras gestões era diferente esse acesso. Eu creio que hoje o acesso está funcionando, pois o pessoal chega e é acolhido. Creio que a gente sempre vai ter que rever nossos conceitos, nos aperfeiçoarmos, melhorar, pois a gente não é 100% em tudo, mas creio que pelo menos da minha parte eu procuro ter empatia por quem está chegando. Alguns já vem encaminhados da UBS, do matriciamento [...]. De demanda espontânea, que ouviu alguém falar, o vizinho falou, alguém falou (P4).

A gente organizou de forma de que toda pessoa que chegue buscando o atendimento seja acolhida. Eu acredito que já teve (dificuldade de acesso), agora a gente está buscando trabalhar pra que não se tenha essa dificuldade. Eu acho que agora no momento não tem, quem procura está sendo acolhido (P9).

A equipe destaca que todos os usuários que chegam são acolhidos e há uma organização interna para receber a população. Os usuários acessam o serviço com encaminhamentos da Atenção Básica, via matriciamento, hospitais psiquiátricos da região e por orientações de outras pessoas da comunidade – demanda espontânea.

A garantia do acesso ao cuidado em saúde mental em serviços substitutivos ao paradigma manicomial — combatido por suas características violentas e excludentes —

está em transição no mundo. O modelo manicomial é substituído pelo psicossocial – o qual visa um cuidado humanizado e com a inclusão social do sujeito (SOUZA, 2012).

O modelo psicossocial faz uma crítica intensa ao paradigma tradicional de psiquiatria e suas estruturas vigente, manicomiais. O modo psicossocial trouxe novos modos de cuidar e olhar para a saúde mental (COSTA-ROSA, 2013). Nessa perspectiva, o CAPS, na qualidade de um serviço substitutivo e que opera com métodos psicossociais de cuidado, deve, primordialmente, garantir o primeiro acesso, excluindo qualquer barreira.

Para os usuários e familiares, a equipe do serviço recebe todos com muito carinho, afeto e responsabilidade, ofertando um acolhimento diferenciado em saúde mental, proveniente do modo psicossocial.

Foi bom. Conversei com a psicóloga. Foi bom. Me receberam de braços abertos (U10).

A acolhida foi excelente, a gente. No momento que eu fiz contato, ele estava hospitalizado ainda, eu expliquei a situação toda, descrevi um pouco, uma vez por telefone, outra pessoalmente lá, e no outro dia que ele teve alta eu já levei ele lá, e assim, foi sempre, desde que ele chegou no acolhimento, a atenção dos profissionais. Inclusive recentemente, há umas três semanas, ele teve uma crise aguda de dor abdominal, a profissional de lá acompanhou ele até a UPA numa consulta, ficou com ele [...]. Sempre a equipe foi extremamente cuidadosa, afetiva, muito responsável. É um modelo de cuidado (F1).

O atendimento foi excelente. Assim, eu fui bem acolhido e ele também, e já foi recomendado também pra que eu fizesse uma conversa com a psicóloga, se fosse necessário com psiquiatra, mas com a psicóloga, pra que eu tivesse argumentos e não interrompesse a minha vida, viver, que eu tivesse assim, esse, aprendesse a conviver com a situação, porque logo em seguida já foi detectado que o problema dele era, não tem cura [...]. Eu não tive nenhuma dificuldade (F10).

O afeto e a responsabilidade no acolhimento em serviços de saúde mental são fundamentais para a garantia do acesso. Nesse sentido, acolher não é realizar uma triagem e/ou encaminhamento, mas olhar para todo um processo terapêutico do sujeito, e isso é complexo e necessita ser compartilhado com os profissionais, usuários e familiares (ANJOS et al., 2015).

Nas falas dos familiares é possível perceber um cuidado ampliado, com corresponsabilização do usuário inserido no CAPS, acompanhando-o em outros dispositivos, como o serviço de Pronto Atendimento. A preocupação com a saúde mental do familiar também foi manifestada por F1.

Além disso, o serviço contribui para um cuidado mais complexo em saúde mental do usuário, diminuindo as chances de internação, o que é um dos atributos do CAPS.

Lá (hospital psiquiátrico) eu tive umas quantas internações, depois mudou, tentaram particular, aí não deu mais o dinheiro, aí comecei a passar nos postinhos pra tirar receita, depois no CAPS [...]. Uma maravilha. Aí eu comecei a vir, me inteirar, agora, só estou esperando a [nome da profissional] vim e eu vou participar da horta [...]. Estava em casa ou estava no Espírita (Hospital psiquiatra). Aí uma vizinha do pai [...] disse "não, o CAPS é muito bom [...]". Aí nós fomos e já resolveu (U6).

Foi muito bom. A importância do CAPS ele sente, que quando ele tá mal, que ele tem que procurar ajuda, ele sempre fala muito bem, que, acho que seguram ele. O CAPS ajuda a segurar. Tanto no trabalho, no artesanato, quanto na consulta com a psicóloga (F2).

O CAPS possui um papel importante na Rede de Atenção Psicossocial, sendo um serviço estratégico que deve evitar internações psiquiátricas em manicômios e garantir o cuidado em liberdade. Nas falas de U6 e F2 é possível perceber que a equipe contribui para que haja o cuidado em liberdade, evitando internações desnecessárias.

Em outro estudo, realizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, com dez usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, também foram encontrados resultados parecidos. Os usuários identificaram o CAPS como um dispositivo efetivo e que diminui as internações psiquiátricas (MARCHESAN; FERRER, 2016).

Portanto, ser cuidado em um espaço substitutivo ao modelo asilar é promover outros modos de cuidado que não se limitem a uma internação psiquiatra. Semelhante aos achados de Marchesan e Ferrer (2016), o CAPS Casa Vida também é identificado, por alguns usuários e familiares, como um serviço efetivo e que diminui as chances de internações psiquiátricas.

7.2 O processo de acolhimento no CAPS

A Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS — foi implementada pelo Ministério da Saúde, em 2003, e seu principal objetivo é efetivar os princípios do SUS nas práticas de cuidado em todos os espaços de saúde, políticas e programas do sistema. Ademais, a PNH visa estimular as trocas solidárias e exitosas entre os gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2015).

O acolhimento é um dos princípios da PNH, sendo compreendido como o modo de acolher o usuário, valorizando tudo o que é legítimo e singular, e também suas necessidades em saúde. O processo de acolhimento deve sustentar a relação entre os diferentes atores envolvidos numa rede ampla de cuidados – gestores, trabalhadores, familiares e usuários. É na análise do processo de trabalho que o acolhimento é construído, tendo como objetivos a construção de confiança, o compromisso e o vínculo (BRASIL, 2015).

O acolhimento é uma prática de cuidado que deve estar presente em todas as relações que permeiam o encontro dos trabalhadores e usuários. O acolhimento deve ser materializado na escuta qualificada, na corresponsabilização pelo cuidar, no vínculo e no compromisso em busca de maior autonomia (LISBÔA; BRÊDA; ALBUQUERQUE, 2014).

Para P1 e P6, o acolhimento no CAPS Casa Vida deve começar na recepção, sendo necessário ter pessoas preparadas, nesse espaço, para receber os usuários e familiares.

O acolhimento ele começa na recepção, e as meninas que vêm pra cá, as estagiarias, têm muita boa vontade, eu noto isso sabe, só que eu acho que ninguém treina as meninas pra receber as pessoas ali na frente, elas não sabem manejar nada, não digo que seja terapeuta, mas começa ali, na recepção (P1).

Em relação à recepção, o ideal seria que tivesse um profissional que fosse realmente ficar por mais tempo ali, que tivesse um entendimento, geralmente quando o profissional fica por mais tempo acaba adquirindo esse entendimento e se tornando uma pessoa acolhedora, mas quando isso acontece acaba o contrato e ele está indo embora. Então, deveria ser um profissional do quadro, mesmo que fosse de ensino médio, que pudesse receber esse treinamento (P6).

A equipe do CAPS Casa Vida compreende que o acolhimento inicia na recepção e preocupa-se com a chegada, o acesso do usuário no serviço e o preparo dos profissionais. O processo de formação/treinamento pode ser construído entre os próprios profissionais do serviço e com a identificação de parceiros da rede ampliada, sendo necessários atores com maior desenvoltura, sensíveis à causa, proativos, para a construção e manutenção desses espaços de educação permanente.

Em relação a ter o estagiário ou um profissional da equipe assistencial na recepção, seria importante haver uma discussão com a gestão interna do município, de modo a problematizar a função dessa pessoa na equipe e a garantir que o acolhimento inicial dos usuários não se perca na falta de treinamento ou desinformação do

profissional. A figura do estagiário também, nesses casos, precisa ser acolhida, de modo a proporcionar melhores condições e segurança para o uso da informação.

Nesse sentido, compreende-se o acolhimento como um modelo de cuidado em saúde coletiva, o qual deve iniciar pela recepção dos serviços. O acolhimento possui relação direta com cuidados efetivos, resolutivos, humanizados, construídos no processo de responsabilização e escuta qualificada dos sujeitos em sofrimento (CABRAL et al., 2014).

Para alguns trabalhadores do CAPS Casa Vida, o processo de acolhimento poderia ser reorganizado, e a equipe precisa estar preparada para realizá-lo. Além disso, o profissional deve estar disponível para receber tudo o que virá em uma escuta, em um acolhimento de saúde mental.

O acolhimento acho que é algo que precisa estar muito bem pra receber! Então eu imagino que seja difícil. Então tem alguém que tá mais sobrecarregado nesse sentido? Então aí sim, precisa se reorganizar, e não só se reorganizar, mas pensar no preparo desses profissionais. Porque de repente se não tem ninguém disponível, tu vai ali e faz, e eu não tenho esse preparo pra isso [...] tem gente que mesmo da saúde, chega aqui e nunca fez um acolhimento, e como que faz esse acolhimento? Então a gente deveria ter essa preparação de equipe, não sei se um curso, mas coisas de fora que viessem e somassem (P2).

Sempre chega aqueles que vêm direto, aqueles que alguém falou! Mas acredito que a gente tem que ter um olhar mais pra isso, porque alguns tu acaba acolhendo, só que às vezes tu acolhe aquele que faz um escândalo lá na frente, e aquele que aceita de boa acaba indo embora. E eu acho que as vezes a gente tem que se policiar um pouco, eu já me políciei. Às vezes eu mandei embora e fiquei pensando “pô pra ele vir aqui, o que ele não estava sentindo?”. [...]. Mas o que se tinha de orientação é não, tinha que ir pra UBS, nem que seja uma conversa. Não fazer um acolhimento em si, mas uma conversa, ver o porquê que ele chegou até aqui, até pra ver a gravidade, se é um caso pra mandar pra UBS ou não (P3).

A gente fazia os acolhimentos durante a semana e chegava na terça-feira cada um tinha a sua pastinha ali, acolhi o paciente tal e tal. E aí a equipe resolvia “ah vamos marcar pra psiquiatra, vamos marcar pra psicóloga, ah é só serviço social. Aí aquele funcionário ficava de dar o retorno para o paciente, mas aí foi se perdendo isso [...] Porque aí ficava como se fosse um filho teu, tu ficava responsável por dar o retorno para aquela pessoa, mas sempre sem o médico, a reunião funcionava mas sem o médico (P5).

Vale ressaltar a relevância de se problematizar essa organização da equipe para realizar os acolhimentos. O acolhimento era realizado por turno, e cada turno estava sob a responsabilidade de um profissional diferente. Atualmente, o acolhimento é realizado pelo profissional que não esteja envolvido em atividades assistenciais (grupos, consultas

individuais, etc.), podendo gerar sobrecarga. Na fala de P5 é possível compreender que o processo de acolhimento estava mais bem organizado antigamente, por turnos.

O fluxo do acolhimento era assim: o usuário era acolhido por um profissional, o qual levava o caso para ser discutido na reunião de equipe, abrindo espaço para outros olhares da equipe multidisciplinar, favorecendo um cuidado interdisciplinar. O profissional que realizava o acolhimento tornava-se referência para dar o retorno ao usuário, como explica a profissional P5. Acredito que essa organização seja a mais adequada, efetiva e com menos riscos de fragmentar os cuidados.

O acolhimento está diretamente relacionado com a organização do processo de trabalho no serviço, sendo imensamente influenciado pelo mesmo. O processo de trabalho é um espaço estratégico para as mudanças, por meio das relações dos profissionais, familiares e usuários. Entendo que o processo de trabalho deve assumir compromissos e lutar por uma vida melhor e que atenda as reais necessidades em saúde dos sujeitos, de forma acolhedora, com escuta qualificada e fortalecimento de vínculos, com corresponsabilização e ações fortalecedoras da autonomia (LISBÔA; BRÊDA; ALBUQUERQUE, 2014).

Nesse sentido, é preciso rever processos de trabalho para melhor organização do acolhimento. A organização das atividades de acolhimento por turno pode ser uma forma inteligente de prestar o atendimento. No entanto, como relata P2, é preciso avaliar a disponibilidade do profissional para receber uma pessoa em sofrimento psíquico, com todas as suas dores e sofrimentos. Por outro lado, é preciso acolher a todos, mesmo que seja uma escuta mais pontual, como destaca P3. Isto porque o ser humano e o sofrimento psíquico são muito subjetivos, não há escalas e exames precisos para formular diagnósticos, portanto, é preciso acolher a todos que procuram o serviço. Assim, independente do serviço que o usuário acessar primeiro, o acolhimento deve ser garantido.

Alguns profissionais destacam a necessidade de “seguir um protocolo, um padrão”, nos acolhimentos, pois muitos usuários são encaminhados diretamente aos médicos e acabam vinculados apenas a esse profissional.

Os médicos reclamam muito, que as vezes marcam uma consulta direto e esse paciente não teve nenhuma consulta antes, não conversou com nenhum funcionário, não passou por acolhimento [...]. Mas eu não sei de onde sai o agendamento, eu não consegui detectar quem é que agenda, por exemplo, o psiquiatra chega e tem a usuária ali (P5).

Sim, percebo, acho que essa questão do acolhimento deveria ser feita pelo psicólogo do CAPS, estagiário, enfim, mas esses pacientes vem direto pra mim, o que eu acho inadequado pois não há esse filtro, e acho que realmente, as vezes os pacientes criam um vínculo exclusivamente só comigo, por mais que eu oferte, busque avaliação do psicólogo o paciente não busca, tem dificuldade, a agenda da psicóloga é superlotada, cheia. E realmente, os pacientes as vezes acabam que ficam com um vínculo só comigo, e acaba me sobrecarregando [...] a estrutura deve ter uma postura mais ativa, seguir um protocolo, um padrão (P7).

P5 e P7 destacam a necessidade de revisão do fluxo de entrada do usuário no serviço, com uso de protocolos, para evitar condutas individualizadas, centradas em um profissional. Nesse caso, como expôs P7, é preciso uma postura mais ativa da gestão para a construção de protocolos de atendimento em saúde mental.

Entretanto, compreendo a necessidade da revisão do processo de trabalho da equipe, lembrando que no modo asilar o objeto de trabalho era a doença, o tratamento centrado na figura do médico e dentro do hospital psiquiátrico, e o resultado esperado era a “cura” (OLIIRA; ALESSI, 2005). No modo psicossocial, o tratamento é realizado em liberdade, o objeto de trabalho é o sujeito em sua totalidade, e uma de suas finalidades é a reinserção social na sociedade, e as suas ferramentas de cuidado é a rede de serviços substitutivos com suas inúmeras tecnologias (COSTA-ROSA, 2003).

Merhy e Franco (2004) destacam que, no modo psicossocial, é realizado um “trabalho vivo em ato”, o cuidado ofertado é consumido em ato, e a sua finalidade é cuidar, não há mais valia. Mas é preciso atenção, pois o espaço do cuidado, mesmo no modo psicossocial, pode ser capturado por ações hegemônicas, fragmentadas e mecânicas.

A organização do processo de trabalho em saúde e suas tecnologias utilizadas revelam modos de cuidado mais criativos e centrados nas reais necessidades em saúde do sujeito ou processos mais engessados, centrados em instrumentos, máquinas (MEHRY, 2007).

Desse modo, entendo a necessidade de maior investimento em processos de trabalho que possam romper com a característica ambulatorizada do CAPS, de modo a tensionar que é preciso haver a circulação do usuário entre as equipes, maior facilidade desse acesso e com fluxos assistenciais compartilhados, a partir da construção de Projetos Terapêuticos Singulares, construídos a partir das reais necessidades do usuário e com o cuidado no território e em rede.

7.3 As atividades no Centro de Atenção Psicossocial

O cardápio de atividades intramuros ofertado pelo CAPS Casa Vida é diversificado e compreende: oficinas terapêuticas, grupo terapêutico para usuários de substâncias psicoativas, consultas médicas, atenção à família, atendimento à criança e o cuidado ambulatorial dentro do serviço. De acordo com a Portaria 336/2002, o serviço oferta praticamente todas as atividades preconizadas, com pequenas exceções que serão expostas a seguir.

7.3.1 Oficinas Terapêuticas

As oficinas terapêuticas são instrumentos de tratamento ofertado nos CAPS, contendo atividades grupais supervisionadas por um profissional, monitor e/ou estagiários. As oficinas são organizadas de acordo com as necessidades e interesse do grupo cujos objetivos englobam a manutenção de espaços para a expressão de sentimentos, angústias e problemas, a reinserção familiar e social, melhor empenho de habilidades corporais, aprendizado de atividades produtivas e fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2004).

As oficinas terapêuticas podem ser de três tipos: oficinas expressivas — expressão corporal, expressão plástica, expressão verbal e expressão musical; oficinas geradoras de renda — aprendizado de novas habilidades que podem gerar renda; e oficinas de alfabetização — valiosas na (re)construção da cidadania (BRASIL, 2004). Assim, exige-se muita dedicação dos profissionais atuantes em CAPS, pois precisam ampliar seus conhecimentos para proporcionar cuidados terapêuticos de grande valia para as pessoas em sofrimento psíquico, possibilitando enfrentamentos e diminuição do uso de psicofármacos (MORAES-FILHO et al., 2019).

Em relação às oficinas terapêuticas, o CAPS Casa Vida disponibiliza um cardápio variado com nove tipos de oficinas, já descritas no capítulo de contextualização do local de estudo. O cuidado por meio dessas oficinas terapêuticas mostraram resultados importantes, de grande valor para o cuidado psicossocial, conforme se percebe dos excertos a seguir transcritos.

Eu, no meu grupo (oficina terapêutica de yoga), é muito bom, eu me sinto toda, agora eu chego em casa eu me deito, eu me esqueço, “o pai me olhou,

antes de ontem, e falou tu tá diferente, não sei o que você têm?” [...] Muito bom. Faz tu sentir todo o corpo, sentir-se outro (U6).

Oficina de teatro [...]. Num primeiro momento eles fizeram uma dinâmica de olhares e movimentos em dupla, foi lindo. Num segundo momento eles, em dupla, estudaram uma pequena peça e depois apresentaram. Os usuários aprendem rápido, e fazem muito bem as atividades propostas. Eles gostaram da oficina e a professora instiga eles a refletir, lembrarem das coisas vistas na última aula, dos sentimentos e emoções envolvidos. A oficina foi linda (DC).

U6 relata seus sentimentos sobre os momentos da oficina terapêutica de yoga realizada no CAPS, sobre o seu bem-estar após o término da atividade. Nas observações de campo foi possível perceber cuidados condizentes com a atenção psicossocial através das oficinas terapêuticas. A professora, durante a prática de yoga, incentiva constantemente os usuários a tocarem seu próprio corpo, e utiliza frases positivas para que eles busquem seus sonhos e lutem por eles.

Nesse sentido, as oficinas terapêuticas são recursos artísticos que possibilitam um rompimento com estruturas hierarquizadas para lidar com a loucura através da criatividade, acessando o mundo interior do usuário e dando-lhe protagonismo no seu próprio cuidado (CALDAS et al., 2019). É disso que U6 fala ao descrever um momento da oficina terapêutica de yoga, ao dizer que faz a pessoa “sentir-se outro”.

As oficinas terapêuticas possibilitam momentos de reflexão, expressão de sentimentos de existência e subjetividade, troca de experiências de vida, socialização, confronto de realidades (CALDAS et al., 2019; MORAES-FILHO et al., 2019; FERREIRA; CARVALHO, 2018). Assim, a descrição do diário de campo, de uma oficina terapêutica de teatro, demonstrou igualmente, um espaço de expressão de emoções, encontros, trocas e aprendizados.

Outro ponto de destaque são as oficinas de geração de renda ofertadas pelo serviço: artesanato em geral, culinária, marcenaria e venda de roupas (brechó).

Mais sobre a oficina de culinária... elas fizeram bolachinhas de goiaba e ficaram deliciosas, parte foram consumidas no lanche do grupo e a outra parte foi vendida para arrecadar fundos para a própria oficina. O valor do pacote é 2 reais e a maioria foi comprado pelas próprias usuárias. O valor também é usado em atividades gerais do CAPS, dos grupos. Adorei a oficina e a forma como foi organizada e conduzida (DC).

As oficinas terapêuticas de geração de renda são instrumentos de aprendizado, capazes de gerar lucro e inclusão social, podendo ser diferente e/ou igual à profissão dos usuários envolvidos (BRASIL, 2004).

A oficina terapêutica de culinária, realizada pela terapeuta ocupacional, promove aprendizado, propicia novos conhecimentos aos usuários e possibilidades de sustento através da geração de renda. Além disso, o conhecimento dos usuários é fundamental e levado em consideração, pois em cada encontro uma pessoa é responsável por trazer uma receita nova e ensiná-la ao restante do grupo.

Em seu estudo, Ferreira e Carvalho (2018) relatam que as atividades de geração de renda, em um CAPS, promoveram melhora significativa nas relações dos usuários, maior acessibilidade às atividades diárias, novos conhecimentos e melhora na comunicação. No presente estudo também identifiquei que as atividades de geração de renda exigem maior dedicação, tempo e paciência dos profissionais envolvidos. Assim, destaco o trabalho de paciência e comprometimento da profissional responsável pela atividade, percebido durante a observação participante.

O estudo de Ferreira e Carvalho (2018) também evidenciou que a prática na oficina terapêutica proporcionava aos usuários participantes o aprender e o ensinar, melhor convívio com a diferença, respeito, exercício de calma e paciência e o extravasamento de sentimentos importantes para uma melhora do sofrimento psíquico do usuário (FERREIRA; CARVALHO, 2018).

Entretanto, para alguns usuários, é preciso aumentar o número de oficinas terapêuticas ofertadas pelo serviço e criar novas atividades para contemplar a todos.

Teria que ter mais oficinas. É só na horta, todas as quartas é só na horta, uma hora vai terminar não tendo. Assim, eu recortar revista, fazer tapete, pintar umas latinhas, a gente faz, isso ajuda a cabeça da gente (U3).

Mais oficinas... Eu estou na horta agora, estou na horta, foi o dia da horta hoje. Eu queria mais um dia. Eu estou com a professora de música e de tarde tem o alfabetismo, tem alfabeto... Ter mais. No passado tinha mais. Eu passava o dia inteiro, uma semana aqui no CAPS. Mas mudou agora o esquema, mudou o horário (U4).

Se puder organizar mais umas oficinas seria melhor, e pessoas fazer mais oficinas, tem uns que ficam meio de lado, assim, fumando um cigarrinho lá no fundo, assim. Então eu acho que se tivesse mais oficinas que agradasse mais pessoas, eu acho que eles estariam, assim, eu acho que eles gostariam assim (U9).

O grupo de interesse dos usuários reflete sobre a importância das oficinas terapêuticas no cuidado em saúde mental e revela a necessidade de construir novas oficinas para contemplar a todos, além do desejo de permanecer mais tempo no serviço e inserido nessas atividades. Assim, entendo a necessidade de maior diálogo e da construção conjunta do PTS do usuário, ouvir e compreender o que é realmente

importante para esse usuário, e como o serviço pode contribuir para o cuidado dele, sendo organizado nesse serviço e no território.

O CAPS é um serviço territorial que precisa ofertar atividades no seu espaço físico e no território. Nesse sentido, outros espaços possíveis de atenção também devem ser construídos com o usuário a partir dos seus desejos, ou seja, garantir-lhe o acesso ao serviço, através das oficinas, é fundamental na visão dos participantes, mas parece importante também construir esses cuidados no território e não se limitar às estruturas físicas do CAPS Casa Vida.

Essa necessidade de participar de mais oficinas terapêuticas no serviço tem relação direta com os resultados que tais atividades produzem: melhora nas relações pessoais, socialização, menor sentimento de inutilidade e pensamentos negativos e menor ociosidade (MORAES-FILHO et al., 2019; FERREIRA; CARVALHO, 2018). Assim, partir dos relatos dos usuários acima transcritos, entendo que eles identificam a importância dessas atividades em seu processo de tratamento psicossocial no CAPS Casa Vida.

Desse modo, as oficinas terapêuticas são instrumentos de trabalho que possibilitam a ressocialização e a inserção individual em grupos, através da proposta do agir e o pensar coletivo, diretamente ligados ao paradigma psicossocial de cuidado em saúde mental. Paradigma este sustentado pelo respeito à diversidade, capacidade de cada indivíduo e sua subjetividade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Por fim, falar sobre as oficinas terapêuticas ofertadas pela equipe do CAPS Casa Vida é possibilitar que se efetive, na prática, um trabalho voltado para a identificação de características mais singulares; um trabalho que não vise apenas o acesso às clínicas tradicionais, que enxergam apenas a doença, mas que vá além delas, voltado à singularidade desse sujeito em todas as suas dimensões. Assim, além de serem espaços formativos de aprendizado, as oficinas acolhem, evidenciam trocas, formam redes, criam laços fundamentais para o exercício reformador do cuidado e de valorização de suas amplas e complexas dimensões.

7.3.2 Grupo terapêutico

Em relação aos grupos terapêuticos, o Ministério da Saúde preconiza o seu uso em muitos serviços de saúde, em especial nos CAPS e na atenção básica. Para Melo, Maia Filho e Chaves (2014), o ser humano é um ser social que existe por causa de seus

relacionamentos grupais. Nesse sentido, o ser humano nasce, aprende, trabalha e morre em grupo, sendo evidente a necessidade de se lançar olhares sobre a vida grupal.

O CAPS Casa Vida oferta apenas um grupo terapêutico que é destinado ao tratamento de usuários de drogas - Grupo Terapêutico João de Barro - e por ser um serviço tipo I atende também essa demanda da saúde mental. Os usuários possuem posicionamentos divergentes em relação à oferta de grupos terapêuticos, embora compreendam que é uma estratégia importante de cuidado e que não deve substituir as consultas individuais.

Eu só acho que deveria ter um grupo mais assim, de se juntar um grupo pra conversar sobre os problemas, sabe, conversar, tipo uma reunião, como elas têm, elas já têm isso às vezes, mas eu acho que fazer mais um pouquinho em seguida, pra gente dar mais uma conversada. Ter um grupo pra conversar, pra gente enxergar, que tem gente que às vezes pior do que a gente lá atrás. Então eu acho que é isso que elas deveriam fazer, sabe, conversar, juntar. Apesar de que cada um tem a sua doença, cada um, e é sigiloso (U5).

Quando eu consultava com a doutora (nome da profissional) eu não gostava de grupo, porque eu digo assim, a gente já tem o nosso problema, aí vai escutar o problema do outro e a gente se emociona mais ainda. Então eu não sou a favor de grupo. Eu sou a favor de consultar sozinha. Sabe, que aí eu me sinto bem mais à vontade e não acabo me emocionando com o problema do outro, que isso que afeta mais a gente também [...]. Eu não gosto de consultar em grupo (U7).

Eu acho que ali no grupo, pra quem tem grupo é melhor, eu acho que pros dois assim, tanto pra mim quanto pro profissional, e pros demais facilita, o profissional vai atender só um vai perder mais tempo. Mas eu acho que também é importante a gente ter um período assim, pra conversar com um médico em particular... Eu acho que os dois são (U9).

U5 observa a importância e a necessidade de haver grupos terapêuticos para o seu tratamento no serviço. Entretanto, U7 declara que não gosta dessa abordagem de cuidado. As discussões em relação à temática do grupo terapêutico, do serviço ofertá-lo ou não, foram conflitantes durante o grupo de negociação. Para compreender melhor o posicionamento conflitante dos usuários é preciso observar as reflexões de P4 e P5.

Uma vez um usuário me disse, que como todo mundo se conhece, que esses grupos não dariam certo [...]. Iria gerar fofoca. Então, não sei se foi por isso, ou se em outros momentos já teve, antes de eu estar dentro do CAPS, acho até que já existia, que era com o psiquiatra e a psicóloga, que eles atendiam juntos, em grupo às vezes, até para otimizar, eram muitos usuários, até pra acabar mais rápido. Mas eu creio que alguns tinham receio de falar certas coisas na frente dos outros, então até por isso que não teve continuidade. Mas, acho que no momento que se identificar que isso é viável, eu acho que a gente pode vir a implantar sim (P4).

Acho importante, mas também foram se criando novas coisas [...] alguns não gostavam porque juntava todos os pacientes, tipo todos do João de barro, e alguns não gostavam porque tinham que falar na frente dos outros, outros adoravam, mas era uma forma de atender aquela demanda, ali se atendia 15, 20 durante uma manhã [...]. Os últimos já saíam ruins, aí alguns “ah o grupo não quero, porque eu fico pior”, mas aqueles que procuravam na semana e não tinha agenda, já resolvia ali também, já conseguia ver todos aqueles que já estavam ruins, já saía colocando no prontuário, já fazia receita, já fazia consulta médica, orientação, tudo ali (P5).

Na verdade, o serviço ofertou um “grupo terapêutico” que tinha a finalidade de realizar avaliações médicas e renovação de receitas. Esse formato de grupo causou conflitos, angústias e pouca adesão dos usuários, pois fugia à proposta original de oferecer cuidado em abordagens mais centradas na grupalidade.

Os grupos terapêuticos são importantes instrumentos de cuidado em saúde mental, principalmente no CAPS. No estudo de Carvalho Junior, Amparo e Nogueira (2019), realizado nas reuniões de um grupo de escuta, em um CAPS II, que proporcionava acolhimento para pessoas com sofrimentos psíquicos graves e diagnósticos de transtornos de ansiedade, depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e transtorno de personalidade, os autores identificaram que o grupo de escuta é um dispositivo “suficientemente bom” de atenção, que possibilita processos simbólicos dos usuários com sofrimento psíquico grave.

Almeida et al., (2016) realizou um estudo de revisão sobre grupo terapêutico no tratamento dos transtornos de ansiedade, com uso da terapia cognitiva comportamental. Os autores identificaram que os grupos terapêuticos geram melhora da qualidade de vida dos indivíduos ao proporcionar mudanças de comportamento, humor, cognição e melhora dos sintomas ansiosos e externalizantes. A revisão integrativa identificou, ainda, que a técnica grupal diminui os gastos no sistema de saúde, pois atende uma demanda maior que supera o quadro disponível de profissionais.

Em um CAPS, Cristo (2012) realizou um estudo em um grupo terapêutico para o cuidado de homens com sofrimento mental e com histórico de violência. Nesse estudo, o autor identificou que os integrantes do grupo, em seis anos, não voltaram a ter reações violentas, e os homens estavam mais abertos para a inserção em outras atividades do CAPS e na comunidade, buscando crescimento pessoal.

Desse modo, os grupos terapêuticos possuem um importante papel no cuidado em saúde mental e devem ser utilizados como ferramentas de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, os profissionais compreendem a importância dos grupos terapêuticos, mas destacam a necessidade de rever a sua metodologia.

O que talvez seja falho no grupo terapêutico seja aquele sistema que eu conheço de cada um falar de uma vez. Aquela coisa muito padronizada, que de repente seja cansativo. Me coloco eu como paciente, será que eu teria saco pra ficar ali numa roda onde cada um fala de uma vez? Quem sabe uma coisa mais dinâmica funcionaria melhor, mas com foco no grupo terapêutico, não como uma oficina, com dinâmicas assim, diferentes, mas que seja o foco terapêutico (P2).

Eu acredito que o grupo terapêutico é importante, mas também talvez se fizer semanal ele vai ficar cansativo [...]. Eu acredito que a gente teria que mesclar mais, mesclar esse grupo de ter atividades extras à isso, e os outros grupos ter o espaço terapêutico, nas oficinas. Acho que algumas oficinas é mais tranquilo de fazer, porque meio que tu já inicia, não faz um grupo terapêutico em si, mas faz uma conversa em grupo, durante atividade, durante o processo, mas em outras oficinas isso se torna mais difícil [...]. Mas aí claro, acho que deveriam mais profissionais participar, porque aí enquanto tu tá na atividade não tem como tu dar conta da atividade e de uma conversa (P3).

Pra mim todo grupo é terapêutico, eu já vejo de outro jeito, gostaria que houvesse mais? Gostaria sim, são funcionamentos diferentes, a gente acaba escutando mais, o que as gurias não usam muito nas oficinas. Mas, como eu já tinha falado em outro momento, de ter realizado as tentativas, talvez não tenhamos pensado direito, ou pensei sozinha, não tive sucesso. Realmente falta e aí entra na questão que a equipe acaba se tornando pequena pra acolher tudo que precisa, é uma questão que a gente tem dificuldade de criar esses espaços, realmente faltam grupos terapêuticos (P6).

P2 e P3 destacam a necessidade de revisão metodológica dos grupos terapêuticos para não se transformarem em espaços cansativos, repetitivos. P3 observa que seria importante construir grupos mistos com as oficinas terapêuticas. De fato, pode ser um caminho interessante e promissor, mas compreendo que os grupos terapêuticos possuem grande potencial de cuidado em saúde mental, sendo necessário, talvez, aprimorar a formação para os profissionais realizarem essas atividades.

Nascimento e Galindo (2017) destacam que há uma grande lacuna deixada pelas instituições formadoras de saúde e pelos gestores da política pública de saúde mental. Essas lacunas demonstram pouco investimento dos gestores públicos e das instituições formadoras para a construção e manutenção dos grupos operativos.

Portanto, conclui-se que os grupos terapêuticos são espaços importantíssimos de escuta e fala nos CAPS, sendo necessária maior adequação e integração enquanto ferramenta de cuidado (CARVALHO JUNIOR, AMPARO; NOGUEIRA, 2019). Por fim, a equipe do CAPS Casa Vida reconhece a importância e a necessidade de implantação de novos grupos terapêuticos no serviço.

7.3.3 Consultas médicas

Outro dispositivo de cuidado ofertado pelo CAPS são as consultas médicas que foram problematizadas pelos três grupos de interesse — usuários, familiares e profissionais. Há dificuldade de acesso ao atendimento médico para os usuários com maior inserção nas atividades do CAPS, “os da casa”.

Eu acho que os atendimentos, porque o CAPS tá dando muita prioridade pros de fora primeiro, pra depois o da casa, eu acho que não é assim. Eu acho que deveria ser nós, os da casa primeiro, pra depois consultar os de fora. No caso pra, tanto pra psicóloga, pra psiquiatra, até pro clínico geral também, porque eles são aqui de dentro, e eu acho que seria primeiro os da casa, na minha opinião (U7).

O doutor quando a gente precisava a gente era atendido quase que em seguida, pedia lá e era atendido [...]. Então ele atendia a gente primeiro antes de atender aqueles que vêm da rua. Então assim, agora mesmo a gente tenta se tratar e a gente precisava já atender em seguida, e agora têm demorado mais, bastante tempo assim, porque tem muito pessoal que não participa das oficinas, eles ficam de fora, eu não sei como eu posso chamar, assim, e, que eles acho que perderam a preferência daí, porque eu acho que é muita gente que eles dão receita (U9).

Percebo. Às vezes parece que os pacientes da casa, que a gente chama, que são aqueles que frequentam, ficaram esquecidos entre quem atende às oficinas e a recepção. Resumindo isso, tem essa dificuldade de acesso ao meio de uma consulta individual, de um acolhimento, dos outros profissionais (P3).

As falas dos participantes podem revelar algumas questões importantes para refletir: há usuários no serviço sendo cuidados apenas nas oficinas terapêuticas, ou seja, descolados do restante das atividades assistenciais — “ficaram esquecidos entre quem atende as oficinas e a recepção” —, como exposto por P3. As falas revelam as dificuldades de acesso ao cuidado médico, e P3 vai além, identificando a necessidade de rever os cuidados prestados pelos demais membros da equipe, não se limitando ao profissional médico, pois existem dificuldades de acesso “ao meio” de um acolhimento, um atendimento individual por parte dos demais profissionais.

A dificuldade de acesso dos usuários inseridos há mais tempo no serviço — “os pacientes da casa” — revela a necessidade de maior diálogo entre os usuários e a equipe, a construção conjunta de plano de cuidado que contemple as reais necessidades e desejos do usuário. Desse modo, o PTS é um dos instrumentos que possibilita o melhor acesso e a revisão de processos ampliados de cuidado.

Outra questão é que há demora do atendimento médico, no dia da consulta, e a necessidade de reorganização do cuidado médico, o que é debatido pelos familiares e profissionais do CAPS.

A única coisa que demora mais é o atendimento médico, mas eu acho que é porque tem que fazer a análise do paciente e tudo. Às vezes vai e passa uma tarde ali esperando pra ser atendido [...]. De espera no médico, é por dia, por ordem de chegada. E o pai chega cedo, às vezes ele sai meia hora, e vai quatro horas (F3).

Eu sei que antes já foi dessa forma, de ter horário, e aí acontecia de às vezes a pessoa não vem. E aí o médico ficava esperando, porque, por exemplo, se não veio dois ou três pacientes do início da manhã até chegar o paciente das 10:30h, e isso acabava acontecendo, por isso que hoje, ao meu ver, é que seja dessa forma em questão do médico, que está sendo pago por hora não ficar parado. Então se for pensar no lado humano, do paciente, o ideal seria é que fosse agendado por horário (P4).

P4 destaca que o agendamento por horário das consultas médicas seria uma forma mais humanizada de prestar esse atendimento. A humanização nos serviços de saúde possibilita mudanças culturais da gestão e das ações de cuidado desenvolvidas, e também a intensificação de posturas éticas e de respeito entre os trabalhadores e usuário (CABRAL et al., 2014).

É interessante pensar sobre a mudança de cultura: no que realmente está focado o cuidado no CAPS Casa Vida? Por que o acesso à consulta médica é tão demorado? Uma resposta possível é o grande volume de atendimentos médicos, como exposto nas falas a seguir.

Mas às vezes tem seis na agenda e chegam 12 pra consultar. Aqui é um município muito político, as pessoas não conseguem dizer não. E aí entram esses que entram direto [...]. Às vezes tu olha a agenda são seis e tem dez ali (P5).

De fato o volume é bem pesado, a gente sempre tem bastante atendimentos pra fazer, às vezes eles já chegam em horários tarde e querem atendimentos imediatos. Mas é, nós temos um volume bem bom pra atender (P8).

Destaco, ainda, o aumento do número de consultas médicas por interferências políticas locais, como descreve P5. Desse modo, pode ser importante problematizar essas questões com os gestores locais da saúde, pois é a equipe técnica que possui maiores conhecimentos para realizar um acolhimento e compreender quais são as reais necessidades psicossociais do usuário.

Os profissionais P5 e P8 revelam a importante demanda de usuários que são atendidos pela equipe médica e, novamente, é preciso refletir sobre a centralidade do

cuidado na intervenção da equipe médica. No modo psicossocial, o cuidado é compartilhado com uma equipe interdisciplinar e se compreende que o sofrimento é biopsicossocial, ou seja, exige múltiplos olhares, saberes e ações em rede intersetorial. Entendo que o desafio da equipe é fortalecer o cuidado compartilhado, não focar a atenção no profissional médico, porque, muitas vezes, em saúde mental as pessoas precisam apenas falar, conversar, serem ouvidas com atenção e respeito as suas dores.

A equipe do CAPS Casa Vida enfrenta outros desafios em relação ao acesso às consultas médicas: o vínculo trabalhista do profissional médico com o município é precário. Os médicos são pagos por hora trabalhada e há um número considerável de atendimentos médicos, com um foco importante do cuidado nesse profissional.

Em outros estudos, a dificuldade de acesso a consultas médicas foi devido ao horário reduzido desse profissional no serviço; ao excesso de atendimentos realizado por ele; à centralidade do cuidado nos psicofármacos, sendo este um desafio cultural; ao vínculo empregatício frágil e com carga horária reduzida; e aos atendimentos de pessoas que deveriam estar em tratamento em outros locais da rede (SILVA; PINTO; JORGE, 2011; FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008).

Nessa perspectiva, com uma grande demanda sendo atendida pelos médicos, existe outra dificuldade em relação à dispensação das receitas de fármacos no CAPS. Devido ao grande volume de pessoas em tratamento medicamentoso, alguns usuários e familiares tiveram dificuldade de acessar as receitas médicas por erros nas prescrições e pela demora na entrega.

Tem que melhorar as receitas, atrasa muito (U3).

Eu fui lá e eles me deram as receitas na hora, pra mim pegar na hora. Mas atrasou. Pra pegar eu tenho pegado atrasado as receitas, teve que fazer dois pedidos e a minha esposa fazer mais um pedido, e atrasavam (U9).

A única coisa que eu acho aqui que teria que mudar a função do atendimento é na hora de receitas, essas coisas assim, que eles não prestam muita atenção. Tipo, o pai usa um medicamento que é de... Sei lá, 25 gramas. E aí eles colocam de 50, entendeu, ou ao contrário [...]. Não sei porque, se na correria, alguma coisa, mas de resto tudo muito bom (F3).

Os usuários inseridos no CAPS já tem como referência para resolver os assuntos relacionados as receitas de psicofármacos a técnica de enfermagem e a enfermeira que também faz essa papel de preencher as receitas. A movimentação na sala de enfermagem dos usuários solicitando informações sobre receitas e medicações é grande (DC).

A equipe de enfermagem, para ajudar a equipe médica e diminuir o tempo de espera na retirada das receitas, preenche os receituários. Depois, os médicos conferem,

carimbam e assinam a receita, esse é o fluxo das receitas. Existe um sentimento comum de se evitar que o usuário fique sem medicação, pois, a depender da disponibilidade da equipe médica, pode haver a criação de uma demanda reprimida incapaz de lidar com o sofrimento que, muitas vezes, chega sem hora marcada.

Nesse sentido, o dilema maior é realmente a quantidade de pessoas que utilizam o serviço apenas para pegar as receitas, muitas delas sem um adequado acompanhamento. A equipe se preocupa com essa situação e compreende a necessidade de rever esses casos.

Sim, é um problemão. Hoje de manhã eu estava falando isso, eu e a (nome do profissional) separamos uns prontuários e tem um pessoal que vem somente pra retirar a receita, e a gente vem tentando puxar o usuário... o que acontece é de a gente agendar e a pessoa não aparecer, alguns vem e tu resolve a questão, outros não aparecem, e isso é um problemão, é um tempo investido nessa entrega de receitas e se torna uma dificuldade, essas pessoas estão acessando de certa maneira, mas somente as receitas (P6).

Sim, esses pacientes que pegam só receita são pacientes que tiveram avaliação há bastante tempo ou que fazem avaliação muito espaçadas, isso existe. Acho mal, acho que não deveria ser dessa maneira, tem também aquela situação de pacientes que moram em casas de idosos, e isso eu acho vexatório mas também não vejo outra solução, acho que não deveria se fornecer receitas pra esse tipo de paciente, embora tenha avaliação eventual, enfim. Acho que isso é mal, acho que deveria ter outra forma de resolver isso, talvez com avaliação em grupo (P7).

Pra começar a receita eu sei que tem que passar pelo médico, mas agora tem receita que tá sendo renovada por muito tempo sem avaliação médica, isso a gente percebe (P9).

A discussão e a reflexão que devem ser realizadas são, também, a respeito da medicalização¹⁵, pois, segundo os relatos, existem usuários apenas acessando “as receitas” e sem um adequado acompanhamento em relação a essa terapêutica, como menciona P6, portanto, torna-se necessário discutir esse assunto. Assim, P7 sugere uma avaliação em grupo para rever as necessidades medicamentosas dos usuários, entretanto, compreendo a importância de rever o cuidado focado nessa terapêutica, pois há limites para o acesso dos usuários aos profissionais médicos e de enfermagem para uma atenção diferenciada, diversificada e que ultrapasse as questões medicamentosas.

Novamente, é preciso rever planos de cuidado: qual o PTS construído para cada usuário? Quais são as causas do sofrimento psíquico do usuário e da família? Quais profissionais e atividades do serviço, do território e da rede intersetorial compõem o

¹⁵A temática sobre a medicalização será mais bem descrita no capítulo sobre a Gestão da rede.

plano de cuidado? O sofrimento humano é muito complexo para ser cuidado apenas por terapias medicamentosas e com a centralidade da atenção em alguns profissionais do serviço.

Silva, Pinto e Jorge (2011) destacam, também, achados que demonstram a centralidade e o predomínio do cuidado nos binômios: cura e doença, causa e efeito, e medicalização e satisfação, no país. Os desafios para a reversão dessas condutas estão na formação profissional e na cultura da população que apenas se satisfaz com profissionais que prescrevem medicamentos para tratar seus sintomas de ordem social, econômica, afetiva e biológica.

Por fim, F7 citou outra questão importante: é preciso maior revisão do processo de entrega das receitas junto aos usuários que não possuem uma rede social boa, pois poderão ficar sem o uso dos psicofármacos.

Eu não tenho tido esse problema, eu não tive, eu só acho que a única coisa é que tu liga pra lá pedindo e tu tem tantos dias pra tu esperar, então, se depender o paciente tu vai ficar sem medicação, se não tiver alguém monitorando. Se for um paciente totalmente dependente, que tem a deficiência de gravar, se não tiver ninguém acompanhando, ele vai ficar sem a medicação. Porque hoje mesmo o meu irmão teve aqui e ele disse, "ó, fala pra eu não ficar sem o remédio", então tu tem que ligar um dia, aí lá na outra semana, poder pegar (F7).

Surge, portanto, uma reflexão interessante: como garantir modos de cuidado ampliado e integral com um número grande de pessoas sendo acompanhadas em um mesmo espaço e com a centralidade dos cuidados na equipe médica e/ou nas oficinas terapêuticas? E, certamente, no serviço haverá usuários com maior necessidade e que vão precisar de um olhar atento da equipe.

Portanto, é preciso relembrar que não existem explicações suficientes baseadas na casualidade biológica, capaz de responder aos sofrimentos psíquicos do ser humano, pois a vida é muito complexa. Além disso, o processo de reforma psiquiátrica busca justamente romper com paradigmas de dicotomia e biologista, propondo um cuidado centrado no homem e não na bioquímica dos neurotransmissores (YASUI, 2010).

A problematização do acesso às consultas médicas no CAPS é uma condição necessária para refletir sobre a capacidade de organização do sistema. A centralidade do CAPS, nesse funcionamento, rouba possibilidades inovadoras de olhar para o sofrimento como sendo um amplo e complexo processo. Se, de um lado, é preciso valorizar o investimento do município no oferecimento de atendimento médico

especializado, por outro é preciso repensar se essa concentração no profissional não prejudica a chegada e a saída do usuário e seu trânsito pela rede.

7.3.4 Atendimento ambulatorial e o CAPS

Os CAPS são serviços ambulatoriais porque devem ofertar atendimento diário para os usuários com sofrimento psíquico grave e em momentos de crise. Entretanto, devem funcionar de acordo com o modo psicossocial e conforme a lógica do território. Assim, atendem o usuário e compartilham o cuidado com a rede hospitalar apenas quando há uma real necessidade desse dispositivo (BRASIL, 2004).

Na rede de atenção à saúde existem também os ambulatórios especializados, onde são realizados atendimentos individuais, em geral, e em grupo, por vários profissionais do ramo: neurologista, psicólogo, assistente social, pediatra, dermatologista, nefrologista entre outros. A proposta desse ambulatório é inversa à proposta de cuidado psicossocial ofertada pelo CAPS.

Nesta pesquisa, os trabalhadores avaliam que o CAPS ainda está focado em um funcionamento ambulatorial típico de modelos mais tradicionais – de consultas e atividades pontuais. Isso porque, segundo os relatos dos profissionais, grande parte dos atendimentos ambulatoriais é realizada por médicos que nem sempre têm um amplo conhecimento do restante dos usuários em permanência diária no serviço, e o restante da equipe (a enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, artista plástico, assistente social) desconhece os usuários vinculados à equipe médica.

Têm pacientes que eu não conheço, eu conheço os pacientes que frequentam a casa, ou alguns casos que são me passados, mas tem outros pacientes que já me passaram, que pra mim é novidade até que aquela pessoa é paciente, pois é ambulatorial. Dizem que ele não existe mas tem arquivo lá na frente, lotado, de pessoas que vem só para essas consultas, com o psiquiatra ou com o médico clínico (P4).

Tem uns que eu nem sei quem são, sempre foi assim, desde que eu cheguei foi assim. Aí depois resolveram abrir o ambulatório separado, só não abriu porque não se conseguiu prédio, e aí tá aquele projeto morreu, tinha projeto pronto e tudo (P5)

Sim, eu percebo tipo a gente tem o (nome do profissional), o que eu vejo é que muitos pacientes dele, que já são antigos, a equipe nem conhece, eles vem só pra consulta, são uns quantos, principalmente os ambulatoriais, que são só atendimento clínico, eu não vejo eles como pacientes do CAPS. Eu acho que a gente tem que reavaliar pra fazer os encaminhamentos, mas a gente tá fazendo isso aos poucos, acaba que isso vai demorando (P9).

No prontuário de CRS consta que entrou no CAPS em 2004. De 2004 até 2010 os registros no prontuário eram apenas de consultas psiquiátricas. As queixas são de nervosismo, síndrome do pânico, sintomas somáticos, tristeza, choro, irritabilidade. Há um registro de consulta com a psicóloga, mas sem data. Parece ter saído do CAPS em 2010 e retornado em 2015 até o momento teve 3 acolhimentos com a psicóloga e 13 consultas com o psiquiatra (AD).

As falas revelam questões importantes sobre o desconhecimento da equipe em relação aos usuários e familiares acompanhados no serviço de forma ambulatorial, e isso “sempre foi assim”, diz P5. Num serviço substitutivo de saúde mental, estratégico na RAPS, que deve possibilitar cuidados ampliados e no território, se percebe a necessidade de rever os processos de trabalho da equipe, repensar modos de atenção que sejam ampliados e compartilhados com todos os profissionais do serviço, na RAPS e na rede intersetorial.

As falas dos profissionais e os registros das análises de prontuários comprovam a existência de dois modelos de serviço que ainda dialogam precariamente: de um lado, o CAPS, que oferta atendimentos grupais, espaços de convivência e exercício cidadão; de outro, o ambulatório, que presta atendimentos médicos individualizados, focados na identificação clínica do transtorno e na prescrição farmacológica.

Em outro estudo, Ramminger e Brito (2011) também identificaram a existência de dois serviços – CAPS e ambulatório – em um mesmo espaço, não se tratando de uma particularidade local. Esse híbrido, em certo momento, pode garantir uma ampliação do cardápio de possibilidades do serviço, mas o ambulatório, em geral, exerce uma força centrípeta que absorve tudo para si (RAMMINGER; BRITO, 2011).

No processo da reforma psiquiátrica, um desafio da RAPS é, justamente, não transformar os CAPS em ambulatórios, um serviço que ficará entre a Atenção Básica e a internação psiquiátrica. Desse modo, Yasui e Costa-Rosa (2008) observam que os CAPS foram introduzidos na rede sem uma profunda reflexão sobre o seu papel de cuidado no modo psicossocial, o qual exige muita ousadia e ética dos profissionais para que não repitam padrões ultrapassados de tratamento.

O Ministério da Saúde financia projetos de implementação de equipes especializadas em saúde mental, conforme a Portaria nº 3588/2017. Essas equipes têm o objetivo de cuidar dos usuários da saúde mental em sofrimento psíquico moderado. Assim, prestam atendimento especializado aos usuários identificados na Atenção Básica, integrando-se aos demais componentes da RAPS, conforme preconiza a Lei

10.216 (BRASIL, 2017). Entretanto, o ideal seria a implantação de NASF no município, outro dispositivo importante para a organização da RAPS e melhor acesso ao cuidado.

No entanto, enfrentam-se importantes retrocessos no financiamento da política pública de saúde mental no país, com investimentos em serviços de exclusão social em detrimento dos serviços de base territorial. Assim, há desafios que estão aquém dos profissionais da saúde, pois envolvem processos macropolíticos e de macrogestão. As amarras das leis, dos financiamentos e dos processos de gestão implicam desafios importantes nos municípios brasileiros. Mesmo assim, muito pode ser realizado pelos profissionais, no contexto local, isto porque o cuidado em saúde mental é realizado por pessoas, profissionais que possuem poderes para exercer modos diferenciados de atenção.

Nesse sentido, é preciso reinventar novos modos de cuidado, principalmente nesse momento de grandes retrocessos políticos. Fortalecer a atenção psicossocial no CAPS Casa Vida e nas atividades do território é necessário e as pessoas envolvidas nesse processo possuem poderes importantes: o acesso, conhecimento e vínculo com os usuários e familiares que utilizam os serviços de saúde; e espaços protegidos de reuniões para o planejamento das ações em saúde mental que possibilitam essas mudanças tão necessárias.

7.3.4 Atenção à família

O universo de familiares de pessoas com transtorno psiquiátrico severo revela uma realidade de exclusão e preconceito. A família vivencia experiências tensas, paralisantes e sente a necessidade de informações claras e orientações para lidar com uma pessoa em sofrimento psíquico. São muitos os familiares que organizam as suas vidas em torno da pessoa com transtorno, perdendo parte importante de seu tempo no cuidado do familiar. Por isso, a família precisa de ajuda, amparo e cuidado, mas, infelizmente, muitos ainda são desrespeitados, julgados e responsabilizados pelo familiar com sofrimento psíquico e os demais membros da família, pelos serviços de saúde e a sociedade em geral. (MELMAN, 2006).

Nessa perspectiva, o acesso ao cuidado da família foi problematizado pelo próprio grupo de interesse como um dispositivo importante, principalmente em casos de uso abusivo de drogas. F2 e F4 relatam a dificuldade de acesso aos cuidados para a família no serviço.

O familiar vai lá assim, pedindo socorro, vai lá ou em qualquer outro lugar pedindo socorro [...]. Tem que ser muito bem tratado, passar a mão na cabeça. Eu já presenciei de lugar a pessoa chegares e dizer "ah não, hoje não tem, não sei o quê, volta amanhã". Mas não é assim, tem que pegar, e falar, "talvez volte amanhã", mas não desse jeito, tem que ser uma coisa mais humana, de chegar no coração daquela pessoa [...]. É horrível, pra família, fazer isso. Principalmente em relação ao crack (F2).

Não deu, eles disseram que não dá, que não têm condições, que eu não posso. Eu queria. Porque eu preciso assim, sabe, de uma força maior assim, de Deus eu tenho, entendeu, a minha religião me ajuda; mas eu preciso dessa força, porque eu tenho que conversar, eu tenho que lutar, eu tenho que lutar [...]. Porque a gente, a saúde mental, o que é que é a saúde mental? É como eu estou, eu já ponho a mim. E precisa, porque tudo tem transtorno mental. Eu posso não usar droga, eu posso não usar bebida, mas eu tenho transtorno, eu sei que eu tenho [...]. Conversar com a mãe também, não só com o que usa, mas sim o que tá perto dele, a mãe, ou o pai, ou a tia, as famílias, que não têm, eu não vejo isso (F4).

Enquanto a gente não tiver um apoio, realmente é complicado. Muito complicado (F6).

O CAPS Casa Vida é referência para o cuidado de todas as demandas de sofrimento psíquico, inclusive as relacionadas ao uso e abuso de drogas. O serviço oferta, mensalmente, encontros para os familiares, mas pode não ser o suficiente para algumas pessoas, pois no contexto de uso e abuso de drogas o impacto pode ser grande na rede social e afetiva.

A reflexão da familiar F4 é muito rica e forte, pois a participante faz questionamentos importantes na sua fala: "o que é saúde mental?", "eu tenho que conversar, eu tenho que lutar", "tudo tem transtorno mental". O sofrimento psíquico é complexo, e sim, todas as pessoas, de modo singular, em algum momento da sua vida terão algum sofrimento psíquico, e no universo de uso e abuso de drogas o sofrimento e a dor podem ser maiores, revelando a necessidade de cuidados para a família. Assim, a família também precisa de um PTS – um plano de cuidado que possa fortalecer o contexto familiar e possibilitar a escuta das angústias e sofrimentos desse grupo.

Estudos demonstram que o impacto da drogadição na família pode ser grande, causando muitos conflitos familiares e sobrecarga emocional que causam preocupações e sofrimentos, alterações negativas nas rotinas e relações sociais. Além disso, ocorrem impactos econômicos importantes na família (MARTINS et al., 2018, ANDRADE, 2018; HENRIQUES et al., 2016).

Em outro estudo, realizado com familiares de usuários atendidos em serviços de atenção psicossocial, os autores identificaram que os cuidadores vivenciam situações de

vida reduzidas, empobrecidas e com importantes prejuízos nas dimensões social, pessoal, familiar e comunitária. Assim, a família manifesta sofrimento mental e físico, com diversas doenças somáticas (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013).

Dessa forma, é preciso garantir o acesso ao cuidado da família, apoiar e cuidar dos demais integrantes que estão diretamente ligados aos usuários de drogas. Takahana et al. (2017) destacam que os trabalhadores da saúde precisam estar preparados e capacitados para realizar a escuta, a comunicação e o acolhimento da família. É preciso compreender e avaliar a dinâmica familiar para que, juntos — familiares e trabalhadores da saúde — busquem alternativas e estratégias de cuidados que possam ajudar na resolução dos problemas causados pelo consumo abusivo das drogas.

Os grupos de familiares ocorrem mensalmente no serviço, sendo referência para todos os familiares de usuários em tratamento no CAPS. Para algumas pessoas, uma estratégia interessante é separar os grupos terapêuticos de família, conforme o sofrimento psíquico do usuário.

Eu acho que ficaria melhor se separassem as reuniões, no caso, não ficassem todos juntos, a gente vê todos, todo mundo, no caso, tanto para as drogas, como o álcool, que é outra droga. E ele mesmo já é diferente, o dele que ele nunca usou essas coisas (F8).

É eu acho importante. Os Alcoólatras Anônimos mesmo, eles tem uma reunião com os alcoólatras e também com os familiares, e os de drogas e os familiares, porque é bem, são pontos diferentes, entendeu. É importante sim ter. Eu mesmo, coisas que eu vou dizer, do meu menino, lá no grupo, poderá não ser bem interpretado para um outro (F10).

Estratégias que possibilitem o acesso e cuidado da família devem ser revistas. Deve-se buscar outras alternativas, realizar a escuta, prestar esclarecimento, possibilitar espaços protegidos para o desabafo, o extravasamento de emoções, de sentimento de impotência, dor, culpa e tristeza, as quais devem ser garantidas aos membros da família. Então, pode ser uma estratégia interessante separar os grupos de familiares por tipo de sofrimento psíquico, e também aumentar a frequência dos encontros.

Dessa forma, é preciso conhecer as particularidades, funcionamento e contexto de vida de cada família de usuário que vivencia um transtorno mental, visando construir, com a família, projetos terapêuticos de cuidado que contemplem as reais necessidades e o oferecimento ao alívio da sobrecarga familiar e melhor qualidade de vida (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013).

Ademais, os impactos comportamentais, emocionais, socioeconômicos e relacionais decorrentes do consumo de drogas, como o crack devem ser enfrentados e cuidados mediante um conjunto de ações através de atores inseridos em uma rede intersetorial (HENRIQUES et al., 2016). Portanto, o CAPS, trabalhando isoladamente, não conseguirá cuidar desses usuários devido à complexidade de olhares que essa demanda requer.

7.3.5 Cuidado da criança e do adolescente

A Lei 8.069/1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 4º define:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Percebo a complexidade do cuidado que deve ser ofertado a crianças e adolescentes pela família, pelos profissionais das diversas áreas e pela sociedade. Os direitos do cidadão são tantos e tão complexos que parecem, em alguns momentos, inatingíveis, e as políticas públicas de saúde, educação, lazer, proteção precisam de integração para garantir o respeito, a dignidade e a cidadania das crianças e dos adolescentes.

Nessa perspectiva, o acesso ao cuidado da criança na rede e no CAPS foi problematizado pela equipe técnica como um desafio. P6 destaca que é uma população que precisa ser cuidada e deseja muito acessar os serviços de saúde.

Antes de eu chegar no serviço, que eu me lembre, não era feito atendimento infantil no CAPS por parte do resto da equipe, somente pelo psiquiatra. [...]. Isso meio que continua se concentrando no psicólogo [...]. A gente tem outro serviço focado nessa questão, que surge muitas dificuldades escolares, de aprendizagem, que realmente não é do CAPS, mas surgia antes, daí tu ficava sem saber se encaminhava pra APAE, se ficava, hiperatividade, um monte de coisa junto. E eu sinto que essa população quer muito acessar, em função dos pais, mas é uma demanda tão grande que não se abraça. Aqui a gente tem alguns, não são muitos, nem todos conseguem permanecer, por várias questões (P6).

Acho que quanto ao CAPS deveríamos ter profissionais mais especializados nessa área, isso limita (P7).

Não tem outra alternativa, talvez a gente pudesse subir pro CAPS 2, mas talvez pudesse fazer algo diferente, uma oficina kids, talvez não seja uma má ideia (P8).

Não tem um serviço especializado pra atender essas crianças, a parte psicológica, principalmente, é mais de avaliação. Aqui no CAPS a gente tá acolhendo, geralmente é mais o acompanhamento psicológico, a gente não tem ainda é oficinas direcionadas para as crianças, mas tem casos de atendimento individual, mas falta isso (P9).

Os trabalhadores citam desafios do cuidado da criança dentro CAPS: a necessidade de mais profissionais e com formação para o cuidado desse público; capacitações para a equipe, pois o cuidado da criança no serviço fica centrado na psicologia e psiquiatria; a criação de oficinas terapêuticas para crianças e, principalmente, outros espaços de cuidado na rede escolar e intersetorial.

A reflexão de P8 é interessante e revela outras possibilidades de cuidado das crianças no serviço, porque a construção de “uma oficina Kids” pode facilitar o acesso ao cuidado desse público, além de descentralizar a atenção para outros profissionais. Mas para além de oficinas é preciso pensar na construção do PTS do público infantil e de adolescentes e construir outros espaços de atenção na rede. Entendo ser importante não especializar uma demanda de saúde mental por se tratar de crianças e adolescentes, pois esses também sofrem pelos mesmos motivos de muitos adultos – a violência no contexto familiar e na sociedade, a perda de pessoas importantes, a pobreza entre outros fatores causadores de sofrimento psíquico.

Na pesquisa de Vechiatto e Alves (2019), realizada em um CAPS Infantojuvenil, os autores identificaram que o serviço ainda se encontrava em transição de um modelo médico-centrado para um cuidado integrado com diferentes atores – trabalhadores, famílias, comunidade e outros espaços sociais para a real reinserção social da criança e do adolescente.

A centralidade do cuidado da criança no psicólogo e no psiquiatra no CAPS Casa Vida também revela um processo em andamento, uma clínica do cuidado que deveria ser compartilhada com toda a equipe, família, comunidade, escola e outros setores. Desse modo, novamente, percebo a necessidade de rever o processo de trabalho da equipe e de criação de espaços de formação permanente.

No cuidado da criança e do adolescente os profissionais revelam, ainda, outro desafio com a rede escolar. Identificou-se que a rede escolar é frágil, falta educadores com formação para cuidar desse público dentro dos espaços escolares, e os profissionais

da área desconhecem os verdadeiros motivos de sofrimento psíquico de sua clientela e acabam encaminhando todos para os serviço de saúde mental.

O município não tem nada, nem sei se tem pediatra. Então acho que realmente, deveria ter mais profissionais, tem muito problema também na escola, que o pessoal diz que é hiperativo, querendo dar um diagnóstico, mas é só uma questão de aprendizagem, e também acho que não tem profissionais nos colégios, na secretaria de educação, uma psicopedagoga capaz de orientar e preencher um papel de profissional adequado (P7).

Mas também eu acho que isso é porque não tem uma atenção escolar adequada, a parte escolar tá terrível [...]. Mas assim como a parte ambulatorial adulta está difícil, a parte infantil ambulatorial também está difícil, são patentes iguais pelo mesmo aporte de atendimento, e a criança ainda tem essa dificuldade de precisar de uma atenção quando está no colégio e o colégio não conseguir (P8).

P7 e P8 revelam que muitas crianças e adolescentes não possuem acesso a cuidados, dentro das escolas, para questões relacionadas ao próprio aprendizado. A necessidade de espaços de cuidado em nível ambulatorial, no setor saúde, é reforçada. Atualmente, o município inaugurou um espaço ambulatorial de tratamento para crianças e adolescentes, de forma a tentar diminuir o distanciamento com uma clientela altamente específica. A criação desse novo serviço foi posterior à coleta de dados desta pesquisa.

Em seu estudo, Cruz et al., (2018) analisaram o perfil da demanda de crianças acompanhadas por psicólogas da Atenção Básica, NASF, CAPS, na faixa etária de oito a 12 anos, e os principais motivos de busca por atendimento giravam em torno das dificuldades de aprendizagem e agitação da criança.

Tãno e Matsukura (2019) avaliaram o trabalho intersetorial nos CAPS infantojuvenis da região Sudeste do país, e identificaram que os serviços mais envolvidos no cuidado de crianças e jovens, em tratamento no CAPSi eram a Atenção Básica, assistência social e educação. A pesquisa destacou a corresponsabilização como estratégia do cuidado ampliado, e como desafios, os discursos de medicação e patologização da vida no setor escolar, a falta de projetos de cuidado compartilhados entre os serviços, e a dificuldade na articulação das atividades que correspondem à Atenção Básica.

Desse modo, acredito que o apoio matricial nas escolas do município contribuiria para essa temática, com visitas do serviço especializado às escolas, de forma contínua, poderiam diminuir os encaminhamentos desnecessários ao setor da

saúde mental. O apoio matricial não deve se restringir aos serviços da saúde, como na Atenção Básica. Ademais, é preciso investir na criação de grupos condutores de saúde para garantir a construção do cuidado em rede e evitar a patologização e medicalização de crianças e jovens.

7.4 As atividades do Centro de Atenção Psicossocial no território

Organizar serviços de saúde implica pensar e agir a partir do território. Assim, o termo espaço não pode ser reduzido a uma área física dos serviços, negligenciando o potencial desse conceito para o reconhecimento de problemas de saúde e possíveis intervenções. O espaço apresenta o perfil demográfico, político, administrativo, social, cultural, a extensão geográfica, a realidade de vida de seus habitantes, o desenvolvimento social e econômico, a moradia, o trabalho, os serviços sociais, a espiritualidade, a sexualidade, o gênero, a participação social dos usuários. Nesse sentido, o território está em constante construção (MENDES, 2015).

Por isso, o território é o espaço de cuidado preconizado pelas políticas públicas de saúde, pelo SUS e pelo paradigma psicossocial. Os serviços são construídos em territórios, justamente para adentrar nestes e possibilitar práticas de cuidado reabilitadoras e efetivas, conforme as necessidades em saúde da população que vive naquele espaço.

A estratégia de atenção psicossocial é essencialmente territorial. É nos encontros no território, espaço de vida e subjetividade, que o cuidado deve acontecer. É onde o paradigma do novo modelo assume o seu papel emancipatório, libertador, integrando-se a outros dispositivos de atenção, considerando a cultura, a identidade e as histórias de vida que habitam o lugar (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Portanto, deve ser no território o principal espaço de cuidado dos CAPS e de todos os serviços da RAPS.

Os CAPS possuem um papel importantíssimo no cuidado em saúde mental, na promoção da integração do usuário em ambientes sociais e culturais no “território”, no espaço de encontro, de desenvolvimento da vida das pessoas (BRASIL, 2004).

As atividades do CAPS no território são realizadas com o objetivo de reabilitação psicossocial e reinserção social do usuário na sociedade, em seu território. O CAPS Casa Vida proporciona algumas atividades territoriais como: passeios, viagens, participação em eventos e palestras sobre saúde mental. Entretanto, para alguns

respondentes as atividades são muito importantes, sendo preciso ampliar o seu cardápio de possibilidades.

Olha, o que eu sinto muita falta era de atividades como passeios que ajudaram muito, assim, até a recuperação, que a gente não ficava tão dentro do CAPS. Nós saíamos muito pra fora do CAPS, participávamos muito de eventos, mentais... E diversões como praia e piquenique, que às vezes não ia em nenhum lugar que tinha água, mas era sombra, a gente fazia um churrasco. E nós passeávamos muito assim, se divertindo [...]. No país, geral, há dificuldade de verba, só que nós sentimos falta disso aí, do CAPS, pra praia, pra coisas assim. Mas ela tem se esforçado pra fazer a nossa inclusão nos eventos também, então é muito cedo pra ter um diagnóstico dessa nossa coordenadora nova (U1).

Anteriormente tinha bastante passeio [...] agora não tem passeio. Eu sinto. É bom viajar, a gente vai para as praias, descansa (U3).

Infelizmente, é nossa comunidade é complicada. Mas eu acho que com certeza, a saída deles de dentro do CAPS é importante, eles viajam, os passeios, ver os locais [...]. Nós estamos vivendo um momento assim de intolerância assim, grau altíssimo. A intolerância é total (F10).

É de suma importância a saída dos usuários “de dentro do CAPS”, isto é, estar, percorrer e pertencer a outros espaços sociais que não se limitem aos serviços de saúde mental. F10 destaca que se vive, hoje, momentos de “intolerância total” na sociedade, sendo necessário um fortalecimento das ações no território. Nesse sentido, propor projetos de cuidado que contemplem o território é fundamental.

Em um estudo realizado no município de Pelotas – RS, em relação às atividades territoriais, os autores identificaram que estas possuem o objetivo de reinserção social do indivíduo na sociedade. As atividades fornecem lazer, interação social e, algumas, aprendizado como forma de geração de renda. O estudo apontou algumas atividades ofertadas: Grupo Vocal Esperança, Invernada Artística e atividades esportivas. Anualmente, no município, acontecem as Olimpíadas, o Encontro de Saúde Mental e o Festival Farroupilha dos CAPS (CARVALHO et al., 2012).

Entretanto, as atividades no território se limitam a momentos de passeios, festas, viagens, e alguns eventos de saúde mental, todos muito importantes em um processo terapêutico de cuidado. Porém, usar o território como espaço de cuidado vai muito além, é preciso identificar atividades, entre as quais grupos de caminhada da Atenção Básica, grupos de fortalecimento de laços do CRAS, grupos de idosos, associações e clubes de moradores, praças, entre outros, que devem fazer parte do cardápio de atividades ofertadas para a construção do PTS do usuário inserido no CAPS. Desse modo, o

cuidado será compartilhado com outros atores sociais, o usuário não ficará restrito ao CAPS e maior será a sua reinserção social em seu território de vida.

Compreendo que usar o território como local de cuidado é avançar na construção de PTS que realmente contemple os recursos sociais disponíveis naquele espaço. Para tanto, é preciso andar e conhecer o território, identificar as pessoas que atuam naquele espaço e que possuem também um papel importante no cuidado: quem é a rede? Quem são as pessoas que formam a rede? Isso é fundamental em um processo que tem o território como espaço de cuidado e que objetiva uma verdadeira reinserção social de pessoas historicamente excluídas da sociedade.

No álbum fotográfico das atividades realizadas no território havia muitos registros de passeios, apresentações artísticas dos usuários e atividades esportivas, algumas com matéria em jornais locais. Desse modo, percebi a dedicação da equipe para garantir os momentos de passeios, inclusive com a divulgação dessas atividades nas redes sociais do município.

Uma dificuldade para a realização das atividades no território é a falta de veículo, apontada pelos usuários e profissionais. O serviço possuía um carro e uma van, mas com a troca de gestão, os veículos começaram a ser utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde para realizar o transporte da população para as consultas e procedimentos terapêuticos em outros municípios da região.

Então eu acho que fazia falta que tivesse de novo, uma van do CAPS de novo, como tinha antes, e o carro do CAPS com o motorista aqui dentro, que o motorista ficava aqui, qualquer coisa o motorista buscava e ele levava. Então eu acho que teria que ter novamente o carro do CAPS e a van. A van pra quando a gente vai pra cantar, ou pra se apresentar, e o carro é uma necessidade que é uma prioridade, eu acho, no CAPS, porque aí leva e traz, a pessoa tá ruim, não tem condições de vir, como aconteceu comigo, porque eu me levavam e me traziam, chegou uma época que me levavam e me traziam (U2).

A gente foi na câmara de vereadores, sabe, a gente falou bastante, que a gente queria e aí, então a gente conseguiu. Só que daí a gente não tem muito privilégio de usar, porque os outros usam mais que a gente? E nem precisaria ser a van, mas eu digo um carro da prefeitura que tivesse aqui, que o paciente passa mal, ou alguma coisa, não tem nada aqui na frente, e não foi isso que foi dito, foi dito que a partir daquele momento, todos os dias ia ficar o carro à disposição (U7).

Eu acho que é importante. Foram adquiridos esses carros, mas e a van, mas a van eles usam pra tudo que é serviço, pra levar pessoas assim, de outros setores, assim, pessoas que vão consultar, Piratini, outras cidades também, que levam naquele carro, assim na van. Não tá sempre à disposição da gente, não tem (U9).

Os usuários manifestam indignação pela ausência do transporte no serviço, sendo necessário para o cuidado em momentos de crise e transporte de pessoas com maior dificuldade. Em seu estudo, Barros, Jorge e Vasconcelos (2013) também identificaram a dificuldade de acesso ao transporte para os usuários com maior gravidade psiquiátrica. O serviço possuía automóvel à disposição, mas o mesmo era cedido pela Secretaria Municipal de Saúde ao Juizado da Infância e da Adolescência e para outras unidades de saúde, no período da noite e nos finais de semana, o que causava problemas mecânicos devido, talvez, ao uso excessivo do veículo, gerando a irregularidade do veículo no CAPS.

A equipe observava que a maior dificuldade enfrentada pela ausência do transporte no serviço era para realizar as visitas domiciliares.

Eu acho que a visita domiciliar faz tanta diferença no cuidado, e a gente não faz praticamente nada de visita domiciliar, as vezes se elenca essa dificuldade, pede a questão do carro, fica esperando, e nunca surge a oportunidade do carro estar disponível, as vezes em situações que vem a público aí sim, rapidinho surge carro. Então eu acho que é um dispositivo muito importante sim, não só do assistente social, mas de toda equipe, quando tu enxerga o paciente dentro da realidade dele, e não só nós aqui na salinha, no espaço do CAPS. As vezes tu chega lá e está a família, os vizinhos, qual o tipo de público? completa a visão do que a gente precisa ter, e eu acho isso bem importante, ainda mais a questão do vínculo “nossa ela veio na minha casa”, tinha uma época que tinha um motorista e era muito bom, porque a gente organizava as visitas e fazia, a gente sente falta sim (P6).

Primeiro que o município mal tem carro pra fazer, começa por aí, os meus deslocamentos é no meu próprio carro. De fato a gente tem uma qualidade remota, fica muito difícil fazer uma visita domiciliar, uma visita vai quase um turno de trabalho dependendo aonde for, mas eu já trabalhei em outros CAPS que a gente fazia mais saídas (P8).

Acho que se a gente tivesse um carro disponível pra fazer as visitas a gente faria, porque todas as vezes que a gente teve, foram feitas. Mas agora as dificuldades? se tivesse carro disponível não haveria problemas (P9).

A profissional P6 reflete sobre a importância da visita domiciliar no cuidado, da relevância de conhecer o contexto social do usuário, suas relações - família - vizinhos - público. Isso é fundamental no cuidado psicossocial para a construção de PTS que vão ao encontro das reais necessidades do usuário, do contexto social da pessoa, de suas diferentes formas de levar a vida.

A visita domiciliar é um instrumento de trabalho importantíssimo que contribui muito para o fortalecimento de vínculos, para a ampliação da compreensão dos sofrimentos psíquicos e para a elaboração de um plano de cuidado que contemple as

reais necessidades em saúde do sujeito e sua família. Desse modo, estudos apontam a importância das visitas domiciliares no cuidado em saúde mental (ESLABÃO et al., 2019; BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013; CAMATTA et al., 2016; 2011).

No estudo de Camatta et. al., (2011), a frequência das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de um serviço de saúde mental também eram prejudicadas pela precariedade dos recursos ou talvez pela não priorização desse método de cuidado. O espaço da visita domiciliar é fértil para o compartilhamento de conhecimentos e experiências, corresponsabilização entre todos os envolvidos no cuidado, e para a desmistificação de crenças e estigmas, enraizados na sociedade (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013).

Entretanto, o que se coloca aqui é não somente o papel das visitas domiciliares como uma atividade que complementa a vinculação do serviço com o território. O fato de não haver carro disponível para realizar a visita, muitas vezes é o argumento utilizado para que elas realmente não aconteçam.

Nos estudos de Wetzel (2005) e Pinho (2009), a necessidade de romper com os muros do CAPS, “desencapsular” os usuários através de um cuidado no território, perpassou uma discussão sobre a relevância da visita como atividade indutora dessas mudanças. A falta do veículo não justifica que o profissional não tenha ou não seja dele a competência para a realização do cuidado, devendo a equipe buscar meios e possibilidades para romper com esse funcionamento.

Entendo que é preciso “desencapsular” também o trabalhador, pois é ele quem dita “o modelo”, “as regras”, a forma de acessar e o que será ofertado em ternos de cuidado no CAPS e no território de vida. O caminho é tecer parcerias no território, na rede intersetorial, realizar visitas domiciliares com trabalhadores de outros pontos da rede, construir oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos de saúde mental, espaços de convivência em conjunto com outros atores, ofertando o cuidado para além do serviço.

Portanto, o território, a rua, é um espaço rico para a construção de saberes e ações de saúde mental, para fortalecer e criar vínculos, conhecer a história de vida, a identidade e a cultura do sujeito (SILVA, 2018). Desse modo, os profissionais não devem se limitar aos espaços de cuidado interno do serviço, pois o modo psicossocial é territorial, portanto, é preciso investir no potencial de cuidado do território com um trabalho em rede.

7.5 Atendimento à crise

Para os autores Dell'Aqua e Mezzina (1991) é muito difícil definir crise, sendo preciso considerar a organização psiquiátrica e histórica no momento de propor um possível conceito. Desse modo, a manifestação dos problemas psicológicos, emocionais, sociais, das relações e dos fatos de vida ganharam um nome — “crise” —, e o seu espaço de tratamento é o hospital psiquiátrico, no modelo hospitalocêntrico. Na proposta de cuidado territorial se pretende olhar para a crise como uma complexa situação existencial que exige muitos instrumentos e recursos para afrontá-la.

O atendimento à crise e aos transtornos psíquicos graves é o principal objetivo de um CAPS, serviço territorial e substitutivo ao manicômio. Para tanto, o serviço deve ofertar um ambiente acolhedor e terapêutico para atender as pessoas em crise e desestruturadas que não conseguem, naquele momento, participar das atividades organizadas no local (BRASIL, 2004).

Desse modo, o atendimento à crise foi muito problematizado pelos familiares como um desafio, pois a porta aberta para esse cuidado é do hospital psiquiátrico, mesmo a família não considerando esse espaço apropriado. F1 destaca que o hospital psiquiátrico é um espaço de clausura, fechado, com grades e muitas chaves.

Eu levei ele lá no plantão num momento assim, de desespero, vamos dizer assim, porque a gente fica fragilizado, e era a porta que estava aberta. Foi num domingo, e eu trouxe ele num sábado, chegamos aqui e num domingo, eu levei ele lá e era a porta que tinha naquele momento, pra medicar... Mas a sensação é muito ruim, é um espaço de clausura, extremamente fechado, a questão daquelas chaves todas, as grades (F1).

Eu não me lembro onde foi a primeira consulta dele. Se foi aqui, se foi num postinho, o que eu sei é que encaminharam ele pra lá. Até a ambulância foi chamada por alguém, eu não lembro se Pronto Socorro [...] pelo surto que ele estava. Ele não tinha como aqui ser tratado, tinha que ser assim (F3).

Uma vez só que eu liguei pra cá, porque as duas primeiras vezes que eu liguei elas mandaram eu ligar pro Sanatório, que aqui elas não podiam fazer nada. Só isso que eu achei errado, entendeu? Porque ele estava em surto lá em casa. Foi aí que eu chamei a SAMU e chamei a polícia. Eu liguei e disse que ele tá em surto e elas "não é com nós, vocês têm que chamar a SAMU e a polícia, é com vocês aí". E foi o que eu fiz, aí depois eu não chamava mais (F4).

Para F3, no momento de surto, quando mais precisava de ajuda, o CAPS não possuía recursos para garantir o tratamento, delegando ao hospital psiquiátrico o atendimento dessa crise, como destaca F4. A família precisa perceber o CAPS como um espaço de cuidado e intervenção nos momentos de crise. Para tanto, o serviço não deve

delegar ao hospital psiquiátrico essa intervenção, que acarretará isolamento social e maior sofrimento ao usuário, pois ele é separado de todas as suas redes afetivas, da sua casa e de tudo o que é importante para a pessoa, em uma intervenção em hospital psiquiátrico.

Assim, as idas e vindas, a porta do serviço que se fecha, a rigidez dos dispositivos que não resolvem, e, muitas vezes, determinam a emergência da crise e o não reconhecimento do ser humano como complexo, levam a um reducionismo que bloqueia o funcionamento em rede e também dificulta o acesso das pessoas ao cuidado (DELL'AQUA; MEZZINA, 1991).

Nesse sentido, é preciso repensar o papel das equipes dos CAPS no momento de crise, e desconstruir o imaginário social da crise como periculosidade e ameaça. O serviço substitutivo não deve delegar às instituições de enclausuramento a atenção à crise, em um momento tão complexo e subjetivo de sofrimento do ser humano, é no CAPS que deve ser realizado o cuidado.

P5 observa que no atendimento a crises “essa parte mais pesada” é realizada pela equipe de enfermagem e a medicina.

Eu não vejo muito problema, é que a enfermagem sempre pega essa parte mais pesada, essa parte da entrada. Mas geralmente é nós, enfermagem, medicina, que pega mais essa parte (P5).

No turno da tarde a enfermeira do Pronto Atendimento ligou para o CAPS Casa Vida solicitando ajuda para um usuário em crise que estava no serviço [...]. A enfermeira do Pronto Atendimento liga novamente e solicita a documentação para a internação do usuário no hospital psiquiátrico [...]. A psiquiatra do CAPS conversa com o clínico do Pronto Atendimento, por telefone, o clínico disse que o usuário faz uso de drogas e é agressivo. A psiquiatra pede para que o usuário seja encaminhado ao CAPS no outro dia, pois está sob efeito de calmantes. A psiquiatra orienta o clínico quanto à conduta farmacológica [...]. A médica psiquiatra comenta que é preciso fazer o acolhimento no serviço para evitar que o usuário seja internado sem a real necessidade (DC).

No trecho do diário de campo consta um momento de intervenção da crise de um usuário em atendimento no serviço de Pronto Atendimento do município, e a preocupação da equipe do serviço em resolver rapidamente o problema, solicitando a internação psiquiátrica. Esse trecho do diário de campo revela modos asilares de atenção à crise na RAPS, longe do que é preconizado pelo modo psicossocial de cuidado proposto pela reforma psiquiátrica brasileira.

Para Basaglia (2001), os profissionais da rede manifestam a sua própria crise quando não conseguem garantir o cuidado terapêutico à crise nos serviços substitutivos. O estudo de Silva Filho, Braga e Holanda (2018), realizado com os profissionais de um CAPS, identificou também a necessidade de maior investimento no potencial do cuidado terapêutico nos momentos de crise e eventos agudos dentro do serviço.

O estudo de Batistella (2019), realizado com uma equipe de um CAPS do município de Porto Alegre - RS, revelou que o cuidado terapêutico à crise assume concepções distintas. A pesquisa identificou uma concepção de crise baseada no modelo psiquiátrico e no controle, pois, a clínica tradicional é a que orienta a formação do trabalhador. Por esse motivo, ele está mais preparado para atuar nessa dimensão do que quando esse sofrimento extrapola a complexidade do processo, embora haja uma relação pendular, circulando entre o modo psicossocial e o modo asilar.

Nesse sentido, a profissional P5 revela que no momento de crise é a enfermagem e a medicina que realizam a intervenção, porém, é importante também compartilhar esse cuidado para os demais membros da equipe. Afinal, os processos sociais de luta e resistência na saúde mental convergem para a não utilização de espaços segregadores e fechados, como o manicômio, e também para que não se lance um olhar simplista sobre o sofrimento humano.

Portanto, com os retrocessos políticos no âmbito da saúde mental, por exemplo, a Portaria 3588/2017, que insere o hospital psiquiátrico como integrante da RAPS, os desafios se tornaram maiores. E isso exige muita força e comprometimento dos atores sociais envolvidos com o cuidado em liberdade e com a atenção à crise, momento de maior risco de isolamento devido às dificuldades dos trabalhadores em realizar a intervenção terapêutica nessas situações.

7.6 O tempo de permanência e o processo de alta do CAPS

“O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar”. Ser antimanicomial é fazer uma aposta em cuidados autopoiéticos (MERHY, 2007, p. 25).

Nos primórdios dos processos de reforma psiquiátrica acreditou-se muito que a cronificação produzida pelos muros do hospital psiquiátrico desapareceria com a criação de serviços substitutivos de cuidado territorial, mas errou-se. Os processos de reforma psiquiátrica, com o objetivo de desinstitucionalização, também demonstram a

persistência da cronificação e a insuficiência ou completa inadequação dos serviços sanitários e sociais (DESVIAT, 2015).

O doente psiquiátrico crônico é a pessoa que sofre de uma doença que perdura por muito tempo, atingindo a sua qualidade de vida, tornando-o dependente de recursos sanitários e sociais, embora seja complexo definir o termo crônico, a sua duração e os recursos assistenciais necessários para cuidar (DESVIAT, 2015).

A desinstitucionalização vai além da simples desospitalização, e serviços substitutivos também correm o risco de reproduzir pequenos manicômios e novos crônicos. Nesse sentido, é importante ampliar e construir outros espaços de cuidado para a pessoa com sofrimento psíquico e não tornar os CAPS únicos locais possíveis de atenção (BONGIOVANNI; SILVA, 2019; PANDE; AMARANTE, 2011).

Assim, para alguns familiares e usuários, o CAPS Casa Vida deve oferecer mais momentos e atividades dentro do serviço.

Mais um horário... Ficar mais uns dias aqui (U4).

Como eu moro sozinha, eu me sinto muito sozinha. E aqui é o meu aconchego, como eu digo. Eu me sinto acolhida, eu tenho com quem conversar, e eu venho só duas vezes na semana. E eu acho que seria uma boa, não digo todos, mas alguns, que tão ruim realmente quer. Porque tem gente que entra aí e não faz nada. E acaba complicando os outros que fazem e não podem vir (U7).

Eu acho assim, quanto mais ocuparem eles, não só o (nome do usuário) porque eles dão atividades, e mostrar como eles podem, e dar uma certa “deixar eu ver” uma importância ao trabalho, embora ele seja pequeno, valorizar aquela pequena coisa pra eles, eu acho que isso é de grande importância (F2).

É importante refletir sobre as falas de U4 e U7 que revelam o desejo de permanecer mais tempo no CAPS, pois é um espaço acolhedor onde há pessoas para conversar. Ferreira e Carvalho (2018) identificaram, em seu estudo, que o CAPS é definido como um lugar de apoio, amizade, luz e esperança, respeito em relação às dificuldades do outro e um espaço em que todos se ajudam.

Nesse sentido, compreendo o posicionamento dos usuários e familiares do presente estudo, de que estar em um espaço de cuidado, socialização e acolhimento faz bem para qualquer pessoa, principalmente para quem vivencia um sofrimento psíquico e que, em muitos momentos, se encontra fragilizado e sozinho, sem uma rede social e familiar para lhe prestar auxílio.

F2 reflete sobre a importância da valorização das pequenas coisas, das conquistas dos usuários e a necessidade de mantê-los ocupados. Concordo com a familiar: valorizar, dar importância, escutar, incentivar e cuidar é o papel do serviço enquanto reabilitador de uma pessoa em sofrimento psíquico. Ademais, penso que é preciso dialogar com esses usuários e familiares a respeito do verdadeiro papel do CAPS no tratamento em saúde mental e de levar ao conhecimento deles outros espaços de cuidado e lazer na comunidade. É necessário tecer uma rede de cuidado junto com o usuário, transitar em outros espaços de atenção e reinserção social. O CAPS não é apenas um lugar de ocupação para o usuário, mas de ressocialização e de expansão da vida em sociedade.

Desse modo, o CAPS é um espaço de cuidado, principalmente para os momentos de profundo sofrimento do ser humano, sendo preciso, em alguns momentos, limitar o acesso dos usuários que estão no espaço apenas para socialização em prol de outros, principalmente em momentos de crise, como descreve a profissional P2.

Acho importante que tenha uma certa barreira, pois quando eu iniciei aqui [...] todos os usuários tinham acesso a todo tempo ao interior do CAPS, e acho que isso é importante no momento de crise, mas muitos vêm não no momento de crise. Óbvio, quem sou eu pra julgar qual é o momento de crise ou não... Mas digo porque as oficinas estão acontecendo e quem não participa da oficina tá de certo modo atrapalhando aquele ali que está em tratamento na oficina, então isso melhorou [...] quem entra é quem está naquela oficina, não é aquele que simplesmente vem pro CAPS pra tomar mate, pra jogar pontinho (P2).

Uma melhoria do serviço, do CAPS, que a gente pode vir a tentar é fazer uma coisa pra um paciente que precise integrar, fazer alguma coisa pra manter eles mais integral, pra quem precisa mesmo. Acho que fora isso não tem grandes dificuldades para o acesso (P8).

A reflexão dos profissionais é em relação à garantia de espaços para os cuidados em momentos de crise para as pessoas com reais necessidades de cuidado no CAPS, para a não cronificação e o cuidado efetivo daquelas pessoas que realmente precisam do serviço. Portanto, é importante que o serviço esteja organizado para acolher a todos, não se limitando apenas a um espaço de socialização, cumprindo o seu verdadeiro papel na rede.

Desse modo, compreendo a necessidade de construir os Projetos Terapêuticos Singulares, e também a sua contínua avaliação. O PTS é um conjunto de instrumentos terapêuticos de trabalho de uma equipe interdisciplinar, utilizado em discussões de casos e construções de planos de cuidado. É utilizado em casos mais complexos e deve

envolver o usuário e a família na sua construção, e contemplar os serviços formais e informais do território (BRASIL, 2007).

Portanto, para evitar a cronificação dos usuários nos serviços substitutivos e garantir o acesso a quem realmente precisa do CAPS é fundamental o efetivo uso do PTS. Nesse sentido, um tema relacionado à cronificação e à importância do uso desse instrumento de trabalho é o processo de alta.

A alta dos serviços de saúde mental faz referência a processos de reabilitação psicossocial e articulação com a rede para a promoção do cuidado territorial, além da relação com a cronificação do usuário quando o processo de alta não é promovido pelo serviço (GUEDES et al., 2017). Assim, todos os serviços substitutivos devem garantir processos de cuidado que culminem em planos de alta e reinserção dos usuários em seus territórios de vida.

O processo de alta está diretamente ligado à temática do tempo de permanência do usuário no CAPS e ao processo de cronificação. Conforme o relato de alguns familiares, é preciso preparar o usuário para a alta do CAPS, inserindo-o no mercado de trabalho, em padarias, lavanderias, farmácias comunitárias. No entanto, é preciso construir essa alta de forma lenta e avaliar cada caso, pois, para alguns familiares, pensar em alta é regressão.

Outra coisa que eu acho que é muito importante assim, se conseguisse pegar essas pessoas, claro que... Preparar eles, e largar eles, tipo... Tivesse algum trabalho comunitário, largar eles, digamos numa padaria comunitária, numa lavanderia comunitária, uma farmácia comunitária... Entendesse, porque tem muitos profissionais ali, eu vejo muita gente formada que são dependentes, que tem esse problema. Ou seja, o álcool, ou problema psíquico, várias coisas, eu acho que seria bem importante (F7).

Eu acho a ideia uma ideia muito boa, mas eu, com o meu familiar, tu falar na hipótese de uma alta, a regressão é total, automática. Então no meu caso, não [...]. Porque é casos e casos. Cada um age de um jeito (F8).

É, tu sabe que isso a longo prazo é uma boa ideia, sim, mas eu penso assim, ó, cada caso é um caso. Tem aqueles que são... Como eu disse, o (nome do usuário) vem pra cá e senta ali na frente, observando a casa, sabendo que não tem expediente, que é interno. Tem que ver o caso, eu acho que é uma ótima ideia, sim, dar alta do paciente (F10).

O papel do CAPS é estimular a autonomia do usuário, o poder de decisão e de redescoberta de planos, desejos e sonhos de vida. Para tanto, é preciso que o usuário não se torne dependente do serviço e utilize o espaço apenas como um propulsor para o seu retorno como cidadão na sociedade (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Essa percepção do serviço deve ser um caminho a seguir pelos profissionais do CAPS Casa Vida.

É por isso que um dos papéis do CAPS é ser passagem na vida do usuário. Para P4 o tratamento no CAPS é transitório e a vida deve seguir em outros espaços no território. No entanto, P2 relata que alguns usuários criaram raízes no serviço e não conseguem seguir as suas atividades na sociedade.

O que eu entendo pelo CAPS, é que ele é uma passagem, no momento que as pessoas se estabilizarem, o correto seria, até pra própria pessoa seguir a sua vida lá fora, que altas fossem dadas. Mas existe da parte do próprio paciente, essa dificuldade de se desvincular do CAPS, existem pacientes que estão aqui desde que abriu o CAPS. Então de uma certa forma acho que nós deveríamos dar essa alta, nem que seja experimentar essa alta, até para a própria pessoa poder deslanchar, tocar a vida, seguir o barco. Então existem algumas pessoas que eu creio que já estão preparadas, já estão prontas, na minha opinião como profissional, mas quando a gente conversa com essas pessoas elas dizem que não, que não estão prontas, e não aceitam (P4).

Se a gente tivesse alguém nosso, enquanto equipe, sei lá... Mas que aprendesse como trabalhar esse processo de alta, eu tenho muita dificuldade com isso, eu entendo a importância do vínculo, e como que eu faço com esse vínculo no processo de alta? [...]. Porque às vezes tu percebe, pelo menos nas tuas oficinas, que tem pacientes que tão mais pelo social, porque não existe... Não consegue criar vínculo social em outros ambientes e criou muito aqui, enraizou. Então como trabalhar isso?! Porque eu encontro eles na rua, e sei que tão vivendo tranquilamente [...]. Eu acho que aqui o CAPS funciona muito como um ambiente social (P2).

No prontuário do jovem não há registro da construção de um PTS em conjunto com o usuário, não há maiores registros sobre a história de vida, evolução terapêutica e possível alta (AD).

A reflexão de P2 é relevante. O CAPS Casa Vida funciona muito como um ambiente social, com alguns usuários enraizados nesse espaço. O CAPS é um serviço de passagem e de cuidado territorial, e o desafio parece ser a transferência do cuidado para o território, para a rede, em outros espaços de socialização, trocas e encontros que possam assumir também um ambiente social para os usuários do serviço.

O fato de não haver uma proposta ou um projeto terapêutico sistematizado que evidencie articulações e retomada de vínculos sociais pode revelar que há processos de cronificação que estão em atividade no CAPS. Bongiovanni e Silva (2019) destacam o papel articulador e de reinserção social do CAPS, mas, ao mesmo tempo, o serviço tornou-se o principal e, em alguns momentos, o único lugar de inserção, o que é contraditório. O CAPS deve construir planos terapêuticos junto com o usuário, mas oferta, em sua estrutura, uma série de atividades: oficinas, grupos terapêuticos, atendimentos individuais, passeios e lazeres, ficando os usuários restritos ao serviço, construindo um projeto de vida dentro desse espaço.

No estudo de Wetzel et al., (2011), os autores identificaram a inexistência da construção de planos de alta, algo “para fora” do CAPS. O PTS do usuário se restringia às atividades internas do serviço, e o usuário era atendido por modalidades: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A pesquisa identificou, ainda, a inexistência de espaços na comunidade pela falta de investimento, pois uma cooperativa de trabalho e um centro de convivência haviam sido fechados no município.

Nessa perspectiva, é importante destacar que os profissionais possuem consciência dessa cronificação e desejam reverter esse processo. Para tanto, é preciso construir planos de alta, revisar o processo de trabalho, o cuidado psicossocial, construir e/ou ativar linhas de cuidado presentes no município para então compartilhar cuidados, preparar o usuário para a alta, e se preparar para realizar essa ação. Assim, será garantido melhor acesso ao cuidado em saúde mental no CAPS Casa Vida, pois estarão no serviço as pessoas que realmente precisam dessa equipe especializada

Cabe destacar que um desafio importante para o processo de alta são os “interesses secundários” dos usuários, entre os quais o auxílio-doença. O sofrimento psíquico é tão grande e tem uma profunda relação com a situação de vulnerabilidade social que o próprio usuário pede a internação no hospital psiquiátrico, como revela P1:

Porque ia ter uma perícia, mas como ela não tinha indicação ela queria internar, porque lá dentro é mais fácil conseguir o auxílio doença. Eu digo, mas o que é que esse povo tem na cabeça? [...] Para tentar desfazer isso, “tu tem condições de trabalhar, tu tem condições de ir pra frente...” porque essa é a função do CAPS é justamente tirar da instituição é tirar do antigo chamado hospício, do manicômio. E colocar a pessoa em vida de sociedade, que é o que todo mundo merece (P1).

Eles querem estar aqui dentro, porque aqui eles tem várias outras portas abertas, acesso a outros benefícios, que muitos acham que estando dentro do CAPS é garantido conseguir um benefício no INSS, então tem muito disso aqui, pela função econômica, uma que o país está vivendo e que o município vive (P4).

Tem outros também, que a gente percebe mas na verdade se tem dificuldade de dar alta muitas vezes, as vezes outras questões, o seu (nome do usuário), por exemplo, ele é apto pra dar alta, a equipe já avaliou, mas ele ainda não deu alta porque tudo ele se refere à política [...]. Nesse caso mesmo se optou por deixar mais um tempo, pra ele entender (P9).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001), a situação de desemprego atinge de 70 a 80% das pessoas com sofrimento mental. Na literatura científica sobre perfil de usuários em tratamento nos CAPS, identificam-se números consideráveis de pessoas desempregadas, beneficiários do INSS, assalariados e com baixa escolaridade

(TREVISAN; CASTRO, 2017; RIBEIRO; SANTOS E BARBOSA, 2018, LACERDA; ROJAS 2017).

Lacerda e Rojas (2017) buscaram compreender os significados e sentidos atribuídos a um CAPS Ad por seus usuários, e identificaram que o usuário percebia o local como acolhedor e provedor de acesso a direitos sociais. No entanto, a pesquisa revelou a necessidade de ponderar entre o acesso a direitos e benefícios e o fortalecimento de aspectos relacionados à autonomia, pois o CAPS não pode perder o seu papel de promover o empoderamento e a reinserção social e, ao mesmo tempo, atuar no âmbito social do sujeito.

O sofrimento psíquico gerado no usuário devido a uma perícia médica, e a angústia e o medo de perder o benefício social são muito grandes, sendo, realmente, maior o desafio da equipe para reinserir a pessoa na sociedade. Desse modo, é preciso considerar, no processo terapêutico, no PTS, a questão social e tecer parcerias setoriais para garantir cuidados ampliados, a autonomia e o empoderamento do usuário.

A inserção do usuário no mercado de trabalho pode ser muito terapêutica, pois fortalece a contratualidade e o resgate de relações sociais, possibilita a autonomia e a vivência de sentimentos de pertencimento na sociedade e as trocas materiais e imateriais. Além disso, diminui o estigma da identidade do sujeito como doente (LIMA, 2019). Nesse sentido, os serviços substitutivos devem investir em processos de geração de renda e reinserção no mercado de trabalho, evitando a dependência do usuário com os benefícios sociais.

Ademais, como outro desafio para o processo de alta, a profissional P9 destaca a força política dos usuários, a voz do usuário e a luta pelos seus direitos. Porém, é preciso construir com o sujeito o processo de alta e de lutas políticas por melhor condição de vida e não se restringir ao CAPS. A equipe precisa esclarecer o verdadeiro papel do CAPS no cuidado e não se deixar manipular por manobras políticas, pois o que está em jogo é a integralidade do cuidado das pessoas que acessam o serviço.

Por fim, são necessários avanços considerados importantes no processo de inclusão social, no que se refere à reinserção dos usuários no trabalho e a articulação e efetivação da RAPS (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018). Além disso, destacam-se os desafios e limitações da modernidade, uma sociedade cheia de excessos de consumo e vazios de laços comunitários, sendo preciso investir profundamente na capacitação dos cuidados e em espaços provedores de reflexão (SALLES; MIRANDA, 2016).

Novamente, é preciso construir PTS que contemplem as reais necessidades em saúde dos sujeitos, considerando-se os geradores de sofrimento psíquico e buscando-se meios de cuidados na rede intersetorial. Ampliar os cuidados, não se limitar ao setor saúde quando o impacto da pobreza e do desemprego na saúde mental das famílias pode ser enorme; ofertar a esses sujeitos atividades de geração de renda, realizar parcerias com os demais setores da sociedade, pois o eventual benefício pode torná-los mais dependentes dos sistemas sociais ao CAPS, um serviço substitutivo em saúde mental.

7.7 Reunião de equipe

A reunião de equipe é um instrumento organizador do processo de trabalho, sendo um espaço estratégico de encontros entre os profissionais para a construção coletiva e compartilhada do cuidado em saúde mental (SANTOS et al., 2017; MORAES et al., 2019). A reunião de equipe é um momento valioso de encontro e produção de conhecimento e cuidado dos trabalhadores.

No CAPS Casa Vida, o espaço da reunião de equipe não está sendo utilizado para o seu verdadeiro papel, e, além disso, os profissionais médicos não participam das reuniões.

Então o que que está faltando? Tem que ter reunião regular, a equipe tem que se encontrar, a gente tem que se vê a gente tem que conversa, já vi colegas pedirem (P1).

A anterior, foi uma que a gente conseguiu discutir os casos, mas acaba que muitas vezes parece que se perde. Se tem uma dificuldade de fazer, se marca visita domiciliar, marca matriciamento ou cada um fica na sua sala fazendo as coisas atrasadas e acaba que a reunião de equipe mesmo não é realizada (P3).

A falha, pra mim, ao meu ver, é a reunião. Não tem reunião de equipe. Os médicos não participam [...]. Teria que se perceber que a reunião é trabalho (P5).

Não há reunião de equipe, o serviço fica fechado no horário destinado para as reuniões e os profissionais ficam organizando as suas atividades, fazendo anotações em prontuários e planejando as suas atividades, mas de forma individual cada um em sua sala (DC).

A equipe percebe a importância do espaço de reunião e destaca que isso não tem ocorrido no CAPS. As reuniões poderiam organizar o processo de trabalho, pois, “tem que ter reunião regular, a equipe tem que se encontrar, a gente tem que se vê, a gente tem que conversa”, destaca P1.

A profissional P5, ao relatar que “reunião é trabalho”, está trazendo um ponto importantíssimo para problematizar o funcionamento e o processo de trabalho no CAPS. Como uma equipe vai compartilhar cuidados? Como decidir, coletivamente, mudanças necessárias para o bom funcionamento do serviço? Como vai usar o espaço da reunião de equipe para eventuais capacitações? Nas observações de campo foi possível perceber a necessidade de maior proatividade dos profissionais para a realização das reuniões de equipe, pois o serviço possui o horário protegido para essa finalidade.

Em seu estudo, Filizola, Milioni e Pavarini (2008) também identificaram que há profissionais que não participam ou pouco participam das atividades ofertadas pelo CAPS, ficando restritos aos afazeres de seu núcleo de conhecimento. Os motivos são a alta demanda de atendimento de pessoas que deveriam estar em outros locais da rede de saúde mental, o vínculo empregatício frágil e a reduzida carga horária no serviço.

No CAPS Casa Vida, os motivos para a não participação da equipe médica nas reuniões são os mesmos da pesquisa supracitada: o alto número de atendimentos de pessoas que deveriam estar em outros espaços de cuidado da RAPS, a carga horária limitada no serviço e o vínculo empregatício. Além disso, a falta de reuniões no CAPS como (relatado nesta pesquisa) pelos profissionais.

No entanto, os profissionais compreendem a necessidade de resgatar os momentos de reuniões de equipe e observam que, aos poucos, isso vem acontecendo.

Eu acredito que em alguns momentos, devido às festividades, não ocorreram. Mas isso em função dessas festividades, que a coordenação tem que correr atrás, tem que resolver outras questões, mas ela tá retomando, acredito que tá sendo retomada, a questão é bem essa, se perdeu alguma coisa, tentar retomar (P4).

Sim, realmente tem, geralmente quem acaba dando o tom é quem tá na ponta, na coordenação. Mas falta sim, um pouquinho de interesse dos próprios colegas, e realmente sentar. É uma questão, mas estamos meio engessados, cristalizou, a gente já foi melhor nisso, passa ano, muda isso, muda aquilo, e a gente meio que vai modificando nosso processo e às vezes encontra essas dificuldades. Acontece do expediente interno que um tempo foi extinto, e eu acho que é um pouco devido a isso, a gente não encontrou mais tempo pra fazer essas reuniões e quando retornou a gente já estava meio desapegado, e agora a gente não sabe como trazer de volta, como compromisso e tal (P6).

Logo que eu entrei se fazia reunião semanalmente, depois se perdeu, a gente acabava fazendo uma reunião mas não formal. Agora a gente retornou e estamos fazendo todas às terças de manhã (P9).

Como destaca P6, é importante que a equipe tenha uma atitude mais proativa de manter a reunião, de não aguardar o convite da coordenação, pois são os profissionais

que atuam diretamente no cuidado que precisam manter esse espaço coletivo de compartilhamento de ideias, discussão de casos, construções de PTS, organização de processos de trabalho entre outros. O profissional precisa vencer o engessamento dos processos de trabalho e garantir espaços efetivos de cuidado, sendo a reunião de equipe um desses lugares de ação.

Santos et al., (2017) destaca que encontros diários, em espaços de reunião de equipe, possibilitam melhor interação com os saberes e informações compartilhados no coletivo, possibilitam a democracia em grupo, decidindo os encaminhamentos necessários e o planejamento dos novos encontros com maior segurança e corresponsabilização de todos envolvidos.

Cabe destacar que a equipe compreende a importância das reuniões de equipe e vem agindo para fortalecer esses espaços de encontro entre os trabalhadores. Dessa forma, acredito que as reuniões de equipe, produtivas e com a organização para a participação de todos os trabalhadores do serviço, possibilitariam importantes avanços no cuidado interdisciplinar e de integralidade no CAPS Casa Vida.

Finalizar esse capítulo com a temática da reunião de equipe é valioso, pois esse é o espaço para organizar o processo de trabalho. No decorrer deste capítulo de organização do serviço foram descritas as características do serviço e o seu processo de acolhimento, as quais revelaram a importância do CAPS Casa Vida no cuidado em saúde mental, sendo um lugar de acolhimento, afeto e resolutividade. Também foi apresentada a necessidade de organizar o processo de acolhimento, pois há pessoas sendo cuidadas apenas por um profissional, principalmente o médico.

Neste capítulo, percebeu-se a necessidade de haver olhares ampliados, reflexões e maior proatividade da equipe para evitar os processos de cronificação em um serviço que objetiva a autonomia, a emancipação e a reinserção social. Desse modo, é preciso garantir, em sua estrutura, o cuidado nos momentos de crise, a construção de PTS que contemple o território e o processo de alta do serviço. Para tanto, aponta-se, aqui, a necessidade de mais encontros entre os profissionais, de fortalecimento do principal espaço coletivo de trabalho do CAPS — a reunião de equipe.

Esses temas são de grande importância em um processo de cuidado de um serviço substitutivo de saúde mental. O CAPS Casa Vida objetiva a reinserção social, a autonomia, a inclusão, o respeito, a emancipação de seus usuários. Para isso, precisa vencer os desafios do cotidiano do trabalho e utilizar os seus recursos territoriais com

maior força. Portanto, é preciso garantir o momento de reunião de equipe, que é um espaço do coletivo, é trabalho, é cuidado.

8 AMBIÊNCIA

A ambiência na Saúde é compreendida como o cuidado dado ao espaço físico, local profissional e social de encontros e relações interpessoais, o qual deve ser um ambiente acolhedor, humano e resolutivo. Assim, o conceito de ambiência vai além da organização e composição técnica dos espaços, considerando também os grupos que utilizam o ambiente, seus valores, relações sociais e culturais.

O conceito de ambiência é composto por três eixos que devem estar sempre juntos:

- Espaço confortável, com privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando informações do ambiente que interagem com a pessoa: som, cor, iluminação, organização entre outros elementos que possibilitem conforto aos usuários e trabalhadores.
- Espaço de produção de subjetividade, de encontros pela ação e reflexão dos processos de trabalho.
- Espaço enquanto instrumento facilitador do processo de trabalho, que favorece o cuidado humanizado, resolutivo, acolhedor e com otimização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, entendo que a ambiência é um indicador importante de avaliação no acesso ao cuidado em um serviço substitutivo de saúde mental. No presente capítulo serão debatidas as características da estrutura física e da composição e gestão da equipe, o que afeta o acesso ao cuidado.

8.1 Características da estrutura física

A reflexão dos espaços, da estrutura física do serviço, é abordado, por alguns entrevistados, como um detalhe, frente ao que é mais importante e singular no cuidado em saúde mental – o amor, o carinho e o bom atendimento, como exposto na fala da familiar F5.

Eu vendo aqui o prédio, não tem muito o que reclamar, tá bom. Eu acho que tá ótimo, pro atendimento deles tá ótimo. Tem a salinha, tudo certinho, a sala de espera, que é muito pequenininha (risos), mas tá ótimo, eu acho que não precisa muito (F3).

Vou ser bem sincera: não adianta nós ter, como a gente vê em outros lugares, não adianta a gente ter prédios finos, luxuosíssimos, tudo que é bom e estar fechado. O CAPS é um lugar que ele tendo... Estando arrumadinho, a coisa mais principal pra mim, pra uma pessoa que é doente, é ter amor e carinho [...]. É um bom atendimento. Tomara que dê pra melhorar mais coisas? [...] pra mim tá bom (F5).

Eu acho que estrutura tu sempre vai ter pra mexer em qualquer lugar, na tua casa, ah sei lá, eu acho o ambiente ótimo, aqui agora tão começando a arrumar, é a marcenaria que vai arrumar, eles tão cuidando da casa deles sabe [...]. É que eu já trabalhei em estruturas tão precárias que eu enxergo isso aqui colorido e ainda mais quando são eles que tão arrumando. Uma coisa que eu também já falei pra eles na assembleia, é de repente trazer a questão com eles de cidadão, acho que eles tem uma falta de deveres enquanto cidadão, não só como pacientes da casa, mas como cidadão em si, se eles jogam lixo aqui, eles jogam lixo na rua, é um dos exemplos. A gente vai fazer uma gincana que vai trazer isso, primeiro educadamente na gincana pra ver se cria aquela consciência, pra depois se não funcionar, falar (P2).

Assim, proporcionar espaços de escuta, de acolhimento, um serviço de portas abertas é importantíssimo e primordial no processo de ambiência. A escuta qualificada em um serviço de saúde mental possibilita a melhora do usuário, pois acessa um campo humano subjetivo que traz sentimentos de resolução, respeito, confiança e compreensão. O inverso, uma escuta deficiente, produz o agravamento do sofrimento e a dificuldade para a expressão do usuário (MAYNART et al., 2014).

O CAPS, um lugar que atende, não é um serviço “fechado”, como relata F5. Nesse sentido, Pinho (2009) destaca que o serviço que possibilita a porta aberta é resolutivo e afeta positivamente o usuário e acredita-se que serviços especializados como o CAPS devem garantir a porta aberta e, assim, possibilitar o acesso e acolhimento resolutivo de pessoas em sofrimento psíquico e com necessidade de cuidados nesse espaço.

Por sua vez, P2 observa que é preciso trabalhar com os usuários “os seus deveres enquanto cidadão, com o cuidado com a casa e o meio ambiente”. Acredito que trabalhar essas questões com os usuários é promover sentimentos positivos de pertencimento, cuidados consigo, com o próximo e o meio ambiente, e responsabilidades e direitos que refletem o conceito de ambiência proposto pelo Ministério da Saúde.

Alguns profissionais destacam que é possível melhorar o hall de entrada, pois para os usuários que precisam apenas estar “na presença do CAPS já faria esse papel”.

Eu acredito que o hall de entrada, a gente já conversou sobre isso, de fazer uma reforma ali. Acho que isso faria parte desse acolhimento, desse acesso, de se sentir, de não sentir essa barreira [...]. Então se tivesse um espaço, que nem essa salinha que tem televisão, que tem um rádio, em uma entrada, quem

tá precisando só tá na presença do CAPS já faria esse papel. Eu acho que só isso já melhoraria bastante (P2).

Concordo que a sala de espera possa ser mais acolhedora [...]. A disposição dela, trocar a disposição daquela sala de espera, ser em outro ambiente, poderia ter até uma musiquinha de fundo, aí a gente poderia pensar uma TV (P4).

A sala de espera é pequena, não tem muito recurso. Claro, acho que dá pra melhorar, de repente colocar um chazinho, uma água... (P9).

Neste sentido, tornar o hall de entrada mais acolhedor, com som no ambiente, chá, água, dar novas cores e luz é ampliar o cuidado, é tornar o espaço aconchegante e humanizado, conforme prevê o conceito de ambiência, a PNH e o modo psicossocial de cuidado. Para tanto, destaca-se a importância de fazer o que é possível para melhorar o ambiente, isso feito pelos próprios profissionais presentes no serviço, como destacam P2, P4 e P9.

Em contrapartida, alguns familiares e profissionais observaram a importância de garantir investimentos em infraestrutura, equipes e ações em rede. Para F1, o acesso ao cuidado inicia com os investimentos em infraestrutura, equipes e ações em rede.

Acho que é um serviço que precisa de um pouco mais de investimento, tanto em infraestrutura quanto em materiais de trabalho, quanto em equipe também. Mais investimentos nesse serviço, porque ele é um serviço de alta complexidade, e é um serviço essencial no município. E aí não só o investimento em infraestrutura e equipe, que obviamente são necessários, mas também na parte da intersetorialidade, do fortalecimento da rede, do diálogo com outros setores, de uma aproximação (F1).

Políticas públicas de saúde. Falta isso. Falta muito isso, e tem umas visões atrasadas em relação a isso aí, por exemplo, dizer que... Nada contra as religiões, mas a religião não vai resolver [...]. Eu acho que é físico, que é aquela coisa, que a substância tá fazendo (F2).

Acho que a primeira coisa seria a estrutura, precisaria do investimento do município, investimento em pessoal, qualificação de equipe, e maior número de colegas pra atender, talvez mais uma psicóloga, mais um médico, melhor estrutura como um todo, física e de equipe (P7).

O investimento em políticas públicas de saúde, infraestrutura, equipes de saúde são fundamentais para a garantia do acesso ao cuidado. O CAPS Casa Vida é classificado pelo Ministério da Saúde em tipo 1, dada a população local do município. Assim, atende todas as demandas de uso e abuso de álcool e outras drogas, e toda a população com outros tipos de sofrimentos psíquicos e de todas as idades. Desse modo, é preciso investir em políticas públicas de saúde em nível local e melhorar o acesso aos recursos estruturais do serviço.

No estudo de Pinho, Souza e Esperidião (2018), os autores também apontaram fragilidades quantitativas e qualitativas dos recursos humanos, materiais e físicos, além da necessidade de investir na rede em saúde mental, e a existência de dissonâncias no cuidado prestado aos usuários e familiares, impactando na qualidade do processo de trabalho.

Em um estudo avaliativo de um Centro de Atenção Psicossocial da região de Porto Alegre - RS, os autores identificaram que o serviço possuía uma série de inadequações em sua estrutura, afetando, em alguma medida, o cuidado devido ao ambiente físico que não era acolhedor e/ou no desconforto provocado pela falta de equipamentos e de mobiliário frágil (CAMATTA et al., 2011).

Desse modo, compreendo que é necessário investir sim em melhorias físicas e estruturais no serviço, em qualificação para a equipe multidisciplinar e, principalmente, no fortalecimento do trabalho em rede, possibilitando, assim, uma ambiência adequada para o cuidado dos usuários que acessam o CAPS Casa Vida.

8.2 Composição e gestão da equipe

A saúde mental sofre com um dilema estrutural em relação ao seu financiamento adequado, não apenas no Brasil. O sofrimento psíquico não é algo transmissível por bactérias ou vírus, não é detectado por exames de imagem ou de sangue, não afeta de modo claro a taxa de mortalidade da população, sendo, então, uma área de baixo investimento financeiro. Entretanto, a sua terapêutica é cara, pois depende fundamentalmente de recursos humanos, de pessoas que cuidam de pessoas (FONSECA, 2007).

Ademais, é importante destacar que, no cenário brasileiro, o movimento de reforma psiquiátrica propõe a desconstrução dos paradigmas da psiquiatria baseada no racionalismo científico moderno, que simplifica a vida humana a saúde e doença, normal e patologia. O ser humano é muito complexo e o seu cuidado não se limita a dicotomias (YASUI, 2010).

Assim, entendo que tensionar paradigmas predominantes é fundamental, e os serviços substitutivos, que buscam um cuidado interdisciplinar, de reinserção social e territorial, devem, constantemente, revisar seu processo de trabalho (GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016). Desse modo, existem desafios financeiros, de gestão e de processo

de trabalho, pois no cotidiano dos serviços de saúde mental corre-se o risco do cuidado ser capturado por dicotomias - centrado em um saber profissional.

Os usuários do serviço destacam a necessidade de mais profissionais médicos e especialistas, entre os quais ginecologista e dentistas, para atuar no CAPS.

Mais médicos (U4).

Teria que ter dentista aqui meu bem, uma dentista fazia falta. Mas eu não sei, têm psicólogo, psiquiatra, médico que é clínico geral, dentista fazia falta pra nós aqui também. Dentista. Médicos eu acho que já é suficiente, falta só um dentista [...]. Falta um dentista, porque quando a gente tem dor num dente ah... quem é que aguenta? (U6).

É, eu acho que mais médicos, eu acho que não precisava, tem até dois médicos, até, atenciosos assim, bons de conversar com a gente, eu acho que poderia botar assim, sei lá, dentista, ginecologista, era legal? Seria legal no CAPS. Mas mais médicos eu acho que não seria possível (U8).

Entendo que para os usuários é preciso trazer novos atores sociais, responsáveis pelo cuidado, para compor a equipe técnica do serviço (ginecologistas e dentistas). É compreensível que ter esses profissionais no CAPS pode facilitar o acesso dos usuários a esse cuidado, pois estariam inseridos num serviço no qual os usuários possuem livre acesso.

Entretanto, existe a necessidade de maior diálogo com os usuários no sentido de esclarecer qual é o papel do CAPS na RAPS, como a atenção deve percorrer outros serviços, e que o cuidado deve ser compartilhado. Assim, os usuários devem ter acesso aos cuidados odontológicos, ginecológicos, entre outros, nos demais componentes da RAPS, sendo necessário investir no potencial terapêutico da atenção em outros espaços de atenção.

O cuidado compartilhado, a articulação em rede, as trocas entre as equipes de saúde parecem precisar de maior investimento, pois as falas de U6 e U8 podem revelar uma dificuldade de acesso a outros dispositivos da RAPS. Nesse sentido, o CAPS é apenas um caminho, um meio, não um fim. É a partir do CAPS que as possibilidades de tecer redes, de construir novos caminhos e alianças com diferentes segmentos sociais, de serviços, espaços comunitários, com novos atores e cuidadores, tornam-se possíveis e necessários no cuidado psicossocial (YASUI, 2010).

U4 declara, de forma objetiva, a necessidade de “mais médicos”. Em que pese a importância do profissional na composição da equipe assistencial, é preciso desconstruir, na sociedade, uma cultura enraizada no modelo médico centrado, para além da oferta de tratamento por especialidades.

Nesse sentido, percebo a necessidade de ressignificar o cuidado em saúde mental no serviço e fazer uma clínica centrada em sujeitos, dando outros sentidos à atenção, deslocando-a do singular para o coletivo. A ação coletiva deve romper, transformar, mobilizar e combater vícios de uma sociedade que insiste em modos de atenção centralizados, pois, determinados fenômenos da vida são complexos e, muitas vezes, incompreensíveis (PINHO, 2009).

Para P8 e P9, os desafios em relação à composição da equipe e gestão orbitam em torno da grande rotatividade dos trabalhadores nos serviços da rede e da necessidade de um número maior de profissionais para atuar no CAPS Casa Vida.

Aqui no Capão do Leão acho que tá um fluxo tranquilo, porque é um município pequeno e não é tão difícil de organizar. Mas as vezes como é um município muito rotativo de pessoas que trabalham aqui, as vezes quando a gente consegue organizar alguma coisa ela se desorganiza rápido também, e aí a gente tem que ficar o tempo inteiro lembrando como funciona. Mas funciona, como é tudo muito acessível, e o município é pequeno, consegue funcionar sem dificuldades. Atende livre demanda sim, normalmente quando não tem o encaminhamento da UBS a gente orienta que procure a UBS primeiro, mas sim, atende livre demanda (P8).

Sim, com certeza, número de profissionais, porque acaba que a gente fica restrito em função disso, da grande demanda e do pouco número de profissionais, com essa escala mesmo que a gente fez, tem horário que não tem psicóloga, tem horário que não tem assistente social (P9).

P8 destaca que o cuidado em saúde mental, no município, funciona, porém, a rotatividade dos profissionais nos serviços que compõem a RAPS desorganiza rapidamente a rede, sendo preciso, constantemente, lembrar como funciona o fluxo de cuidado em saúde mental, principalmente nas atividades de matriciamento na atenção básica.

A rotatividade de profissionais na rede de saúde do município de Capão do Leão é devida à forma de contratação dos profissionais, muitos médicos e enfermeiros, atuando nas UBS e no serviço de pronto atendimento, não possuem vínculo empregatício formal com a prefeitura, sendo pagos com o Recibo Profissional Autônomo (RPA). No município não é possível abrir novos concursos e processos seletivos, pois o índice da folha de pagamento dos servidores ultrapassa os valores permitidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

No estudo de Medeiros et al., (2010), sobre a rotatividade de médicos e enfermeiros, considerada um impasse para a implantação da ESF, os autores identificaram como causas a precarização do vínculo de trabalho, as más condições de trabalho, uma gestão autoritária, frágil formação e ausência de vínculos com a

comunidade, revelando uma série de mudanças para atingir melhores processos de cuidado na perspectiva da integralidade.

A pesquisa avaliativa de Pinho, et al., (2014) revelou a necessidade de estabelecer um único vínculo empregatício como forma de valorização e melhor remuneração dos profissionais atuantes na saúde mental. Em Capão do Leão, essa realidade também está presente, pois múltiplas formas de contrato também tornam precárias as contratações dos profissionais. Muitos desses contratos, no entanto, continuam precários por causa de uma limitação legal, pois o município pode ser responsabilizado administrativa e criminalmente caso ultrapasse o limite estabelecido para contratações na Lei de Responsabilidade Fiscal.

De acordo com a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, um CAPS I, que é o caso de Capão do Leão, atende municípios com população entre 20.000 a 70.000 habitantes. A equipe é composta por um médico com formação em saúde mental e um enfermeiro, mais três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, pedagogo, conforme as necessidades locais, e mais quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico educacional, artesão e técnico administrativo.

Nessa perspectiva, segundo a normativa, a composição da equipe do CAPS Casa Vida está adequada, entretanto, na realidade local do serviço, P9 revela a necessidade de mais profissionais. Entendo que no eixo do espaço, enquanto facilitador do processo de trabalho, do conceito de ambiência, parece haver a necessidade de otimizar, tornar resolutivos os recursos disponíveis no serviço, e também compartilhar o cuidado entre os diferentes atores sociais.

Para tanto, é preciso, novamente, rever processos de trabalho, como abordado no capítulo sete, pois existe um número importante de pessoas em tratamento ambulatorial com o profissional médico do serviço, e um número importante de usuários com vínculo social no CAPS, “enraizados”, participando das oficinas terapêuticas.

9 GESTÃO DA REDE

Com o deslocamento do objeto de cuidado “da doença” para “a existência-sofrimento”, um novo campo de cuidado foi descoberto e exige-se que os serviços, as instituições ressignifiquem seus modos de fazer, e novas intervenções, saberes e estratégias devem ser recriadas, e isso é um processo prático-crítico da desinstitucionalização (ROTELLI, 2001).

A composição da rede de serviços que deve cuidar do novo objeto da saúde mental, o ser humano em sua totalidade, compreende dispositivos de diversos setores, como educação, saúde (acesso ao cuidado terapêutico de forma integral), assistência social (alimentação, moradia, entre outros), trabalho, justiça e segurança pública, meio ambiente, associações comunitárias e dispositivos informais da rede.

Desse modo, possibilitar acesso ao cuidado em saúde mental é transitar pelas redes de cuidado que não se limitam a um setor — saúde — e muito menos a um serviço, o CAPS. No presente capítulo discorre-se sobre o funcionamento e a gestão dessa rede ampla de cuidados em saúde mental do município de Capão do Leão, abordando o acesso à terapia medicamentosa, o processo de formação e educação permanente dos cuidadores e o funcionamento da rede.

9.1 A assistência farmacêutica no município

Para o Ministério da Saúde (2007; 2018), um desafio importante para os gestores e profissionais do SUS é a organização da estrutura farmacêutica, devido aos recursos envolvidos e à contínua necessidade de aperfeiçoamento em novas estratégias de gerenciamento. Além disso, as ações para a organização da assistência farmacêutica não devem se limitar à compra e distribuição desses insumos, mas a um conjunto de ações de promoção, cuidado e recuperação da saúde, através do acesso à terapia medicamentosa e do seu uso racional.

O bloco de financiamento para a aquisição dos insumos de medicamentos no SUS é organizado em três componentes – básico, estratégico e especializado, sendo o financiamento e a escolha de qual componente o fármaco fará parte de responsabilidade tripartite (Município, Estado e União). Além disso, existe o programa farmácia popular, que garante acesso gratuito a alguns medicamentos que compõem a Relação de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

No município de Capão do Leão o acesso à assistência farmacêutica foi avaliado pelos três grupos de interesse como um problema.

Na farmácia, de vez em quando, não tem, tem que aguardar. Agora mesmo segunda-feira pra retirar os meus remédios já ligamos pra lá, e disseram que o ácido valpróico não tem como vim, e as outras eu comprei as caixas (U10).

Não tem os remédios no posto. E é uma coisa horrível isso, porque tem dias que eu não tenho o dinheiro pra comprar. Eu não tenho mesmo. Eu faço uma faxina, uma coisa, mas "ah, é dezenove reais", mas às vezes eu não tenho [...]. Faz um monte de tempo que não tá tendo remédio pra ele, mas aí se não tem um, eles que ponham outro, eu acho que eles tem que botar outro tipo de remédio [...]. Não tinha diazepam. O outro amarelinho também não tem, agora não tem mais. Aí não tinha os dois. Que é que ele toma? Se ele não tomar ele vai pra rua (F4).

Tenho vários pacientes que tem a esquizofrenia e eles trabalham e tem uma vida normal [...] é só usar um remédio, pode ser as vezes um pouquinho melhor, uma das coisas que eu noto que falta também. Falta! Eu sei que é caro, tudo é caro [...]. Mas as vezes eu acho que falta, falta assim as vezes nem o hadol que é um dos mais antigos, tu sabe? Um dos mais antigos, ah está em falta, tá mais ele não pode ficar uma semana sem, um dia sem, e a família vive daquele salarinho miserável, mínimo, e como é que eles vão comer? "Ah mas só custa 10 reais a caixa", nem sei quanto custa eu estou jogando [...]. Eu acabo dando antipsicótico injetável. [...] é a flufenazina, você pode usar até, eu já vi paciente usar dois, duas ampolas por semana, é bastante, mas é porque assim, é uma das coisas que mantém o paciente estável, tu garante que ele está medicado, só que assim é cheio de efeito colateral, é uma pena, porque tu ajeita uma coisa e estraga outra, o metabolismo corporal, tudo, tudo [...]. E a questão da medicação ela é importante porque ela vai falar desse acesso ao cuidado. Porque vem daí também. Eu prefiro as vezes nem dá a medicação, eu prefiro encaminhar para a psicologia, eu acho que dá para segura com a psicologia, eu sempre acredito que dá, só que eu acho que fica muito sobrecarregado a menina que está aqui com a gente, então faz falta outra pessoa (P1).

P1 destaca uma questão importante que é o acesso aos outros profissionais, que não da formação "psi". Pelo fato de as agendas desses profissionais serem os instrumentos que direcionam o trabalho no serviço, muitas vezes sobra para o usuário a medicação como único recurso para alívio do sofrimento.

Ressignificar o papel de cada profissional que compõe a equipe é fundamental. O cuidado não deve centrar-se em um ou dois profissionais, pois a equipe de enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, artes, entre outros, também podem contribuir para a atenção, não sendo o psiquiatra/psicólogo e/ou a medicação as principais vias de tratamento.

O acesso à terapia medicamentosa é um direito do usuário, sendo muito importante, principalmente naqueles casos em que o usuário e/ou a família não podem subsidiar, como destacado na fala de F4. Entendo que o tratamento medicamentoso,

alinhado a outras terapias de cuidado e com uso racional, contribui para o alívio dos sentimentos de angústia, ansiedade, pânico, tristeza, insônia, entre outros, sendo necessário o seu uso em alguns casos.

No entanto, um ponto negativo do uso de psicofármacos são os efeitos colaterais agravados pela ausência de outras opções, sendo necessária a administração de “medicação injetável e com efeitos colaterais fortes”, como destacou P1. Corroborando esses achados, o estudo de Alcântara et al., (2018) destacou, como efeitos negativos do uso de medicamentos, os efeitos colaterais diários e o uso prolongado que podem causar importantes limitações às pessoas com transtorno mental, sendo outro ponto importante para se cuidar.

Nessa perspectiva, existe a necessidade de uma melhor gestão municipal na compra e manutenção dos psicofármacos, evitando maiores prejuízos para a saúde mental dos usuários. O município tentou inserir, em sua lista básica de medicamentos, alguns psicofármacos que não estão previstos na Relação de Medicamentos Essenciais, numa tentativa de diversificar a oferta de opções farmacológicas, mas se percebeu que havia um processo problemático em relação aos medicamentos de acesso básico, conforme destaca P4.

Existem essas questões dessas medicações que não são de ordem do município, e que o município tentava bancar. Eu creio que se colocar isso pra população que essas medicações que eles não estão conseguindo suprir, bancar, é de ordem do Estado, não cabe ao município comprar, que antes se comprava, mas que agora não tem mais verba para isso, acho que o pessoal vai entender, e aí quem não puder mesmo, abrir um processo e solicitar via judicial essa medicação. (P4).

Em seu estudo, Barros, Jorge e Vasconcelos (2013) relatam que o fornecimento das medicações era prejudicado pela falta de maior agilidade nos processos de licitação e compras do setor responsável da prefeitura municipal, e também devido à falta de matéria-prima nas empresas fabricantes, causando maiores atrasos.

No município do CAPS Casa Vida, os problemas com a falta de medicações também tinham ligação com os processos de licitação e compras que eram demorados, os gastos municipais para a compra de medicamentos ultrapassavam as verbas disponíveis para isso, havendo a necessidade de rever melhor a gestão da assistência farmacêutica.

P3 e P5 destacam a necessidade de ações que considerem o usuário como o principal protagonista no seu próprio cuidado e no seu gerenciamento financeiro para

que a medicação não falte, pois alguns usuários recebem benefícios sociais e outros podem trabalhar na geração de renda do CAPS, como no brechó.

O ideal era ter, mas a gente sabe que é impossível, pois essa medicação é cara, mas acho que também falta um pouco da gente trabalhar com o paciente a organização financeira dele, principalmente daqueles que tem o benefício. Porque acaba que a farmácia dá, tem que ter, e se não tem eu passo mal mas não compro. Eu acho que teria que ter uma forma da gente trabalhar essa divisão. Até se consegue, na do brechó eu consigo fazer com eles, porque aí tudo que é coisa a gente tá comprando material pra fazer o artesanato, e aí eu consigo. Agora a gente tá fazendo assim, quando são coisas que tem aqui no município eu consigo ir com eles e comprar, mas tem coisas que se torna mais difícil (P3)

Eles reclamam bastante, mas não está sendo dado uma resposta pra eles. Acho que tem algumas que não vão vir mais, mas quem sabe a gente começar a preparar, começar a trabalhar como equipe, começar a trocar essas medicações [...]. A gente poderia começar a conversar, como equipe, ter uma conversa frente com a farmácia, o que se espera? pra começar a mudar, senão vai ser só desgaste [...]. É, alguns eu vejo que tem benefício, mas tão endividados, e às vezes a piora é por essa parte financeira do que pelo remédio. Que nem o (nome do usuário) “ah eu vou me suicidar”, e eu “ué por que”? E ele “ah to endividado”, nem era pelo remédio, estou endividado, então eles gastam todo o dinheiro e não se organizam para comprar aquela medicação, porque eles vão ganhar o remédio (P5).

O principal papel do CAPS é justamente estimular a autonomia e o agir dos usuários para a busca de seus sonhos de vida, e, para tanto, é preciso vencer uma das principais preocupações dos tratamentos em saúde mental – “o diagnóstico, a doença e a prescrição de psicofármacos” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

A organização, oferta e distribuição do acesso aos dispositivos de cuidado contêm as marcas culturais da construção das políticas públicas permeadas pela lógica capitalista globalizada que altera relações e cria modos conformados e consumistas de viver. “E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência – subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo” (LIMA; YASUI, 2014 p. 6).

A gestão municipal deve estar organizada para possibilitar o acesso à assistência farmacêutica. Muitas famílias não possuem condições financeiras, mas alguns usuários têm salário e precisam estar mais implicados com o seu cuidado e o gerenciamento financeiro para que isso não se torne a principal causa do sofrimento psíquico.

Ao ouvir o relato de P6, a seguir, concordo que há uma grande medicalização do social, do lazer, da saúde, o que leva as pessoas a se vincularem, de forma prejudicial, à terapêutica medicamentosa, dando ênfase a essa intervenção e esquecendo-se de outros meios de cuidado.

Atrapalha muito no sentido de que se tornou um foco tão grande na medicação, tu medicaliza tudo e mais um pouco, e acaba que a gente sofre com esse problema. Estão todos medicalizados, portanto a falta de medicação, não importa se tu está no CAPS ou não, todas as questões, sejam elas sociais, lazer, de saúde, tudo está medicalizado, e aí a gente enfrenta essa problemática. Uma vez medicalizado, se cria um certo vínculo do paciente com esse tipo de abordagem. Não vou dizer que acho medicação ruim, acho ótimo, acho que auxilia e muito, acaba que realmente dificulta o acesso ao cuidado, pois aquele paciente que vinha fazendo o tratamento medicamentoso e com sucesso, se ele se vê em falta daquela medicação, isso sem dúvidas vai ter um impacto na evolução e no cuidado dele. E realmente isso se tornou uma dificuldade muito grande nos últimos meses pra nós, e a gente tem tentado de outros jeitos, pensado em como cuidar de outras formas durante isso, e tentar não alimentar essa questão pra que não pareça que sem a medicação não sou capaz de enfrentar. Claro que a gente sabe que em alguns casos é extremamente necessário para conseguir fazer outras intervenções (P6).

A menina retornou ao serviço para consulta médica, ela é realmente uma jovem muito comunicativa e carinhosa, me beijo e veio sozinha para a consulta com a psiquiatra, disse que a mãe estava numa consulta clínica e não pode vir com ela. Ela disse que a médica vai trocar seus nove medicamentos por uma única medicação injetável, a jovem está contente com essa troca (DC).

A fala de P6 também reflete a necessidade de maior atenção para a organização do serviço: em que o cuidado no CAPS está realmente focado? O que é ofertado ao usuário como possibilidade de cuidado?

No trecho do diário de campo, acima transcrito, há o relato de uma breve conversa com uma menina jovem, muito comunicativa e alegre, e chamou-me a atenção a quantidade de psicofármacos que ela usava, uma usuária que frequentava o serviço principalmente para as avaliações médicas. A temática da medicação surgiu em outros tópicos deste estudo, pois há um número grande de pessoas vinculadas apenas à terapia medicamentosa; outras vinculadas apenas ao profissional médico; e existe um número altíssimo de produção de receitas no serviço, e, desse modo, faltam medicações no município, e há uma grande medicalização da vida.

Nesse sentido, é preciso refletir sobre o poder da disciplina, a mesma usada para organizar as instituições hospitalares, centradas nas ações do médico, e que possibilitou a medicalização. Nessas instituições, o esquadrinhamento, a disciplinarização e a vigilância da existência confusa do sujeito em sofrimento será a sua função (FOUCAULT, 2004). Assim, uma reflexão profunda do papel do serviço, enquanto substitutivo de um modelo segregador e disciplinador, deve ganhar pauta no CAPS Casa Vida.

Silva, Pinto e Jorge (2011), em sua pesquisa, destacaram como maior desafio a reflexão da sociedade em relação à medicalização do ser humano, do sofrimento e do afeto; a prescrição de normas e psicofármacos para se abster de sentimentos, medos, sensações ruins e o mascaramento das dificuldades econômicas e sociais. No entanto, compreende-se que a medicalização não resolverá os reais problemas sociais, econômicos e de saúde.

Portanto, para não repetir condutas terapêuticas centradas na medicação e escuta psicológica é preciso investir em outras instâncias sociais. Isso é guiar o cuidado de forma coerente com o modo psicossocial, afirmando a sua desmedicalização, desospitalização e inclusão subjetiva e sociocultural (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Por fim, o grupo de interesse dos usuários citaram a necessidade e a importância do CAPS Casa Vida realizar a distribuição das medicações no próprio serviço, como já foi realizado em outros momentos.

Eu gostaria que tivesse, como tinha antes, porque diz que tem que ter a farmacêutica aqui, mas, antigamente, a medicação saía direto daqui todas as semanas pra nós, era dada por semana, e isso eu gostaria que voltasse de novo [...]. Aí na segunda-feira eu pegava, na outra segunda eu pegava (U2).

Ah, seria melhor do que ir pra lá. Eu penso assim, que eu vou pegar aqui, porque lá as vezes a gente não está bem e tem que ir sozinha (U3).

Ah, eu acho que aí é melhor mesmo, melhor, que aí a gente vai saber daí, as medicações, o que não tem mesmo, porque no CAPS tem um trabalho dos profissionais lá. Eu acho que seria melhor se conseguisse lá. Até estavam falando que já tá faltando remédio, eu acho que tem remédios que nem tem mais (U9).

Os usuários dizem que é importante que o próprio CAPS realize a distribuição das medicações no serviço, e revelam que já foi organizado dessa forma em outros momentos. A distribuição da medicação no próprio CAPS facilitaria o acesso dos usuários a essa terapêutica, além da possibilidade de orientações quanto ao adequado uso e adesão ao tratamento, e a reflexão sobre a prescrição dos medicamentos pelos profissionais, pois alguns já percebem essa questão como um problema. Segundo informações da equipe, a coordenação da farmácia municipal retirou as medicações do serviço alegando a necessidade de um profissional farmacêutico no estabelecimento para cuidar dos psicofármacos.

No caderno “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”, (caderno publicado pelo MS? sim) do Ministério da Saúde, o serviço pode ser um local central de regulação e distribuição de psicofármacos. Desse modo, pode ser uma

referência para a distribuição de medicamentos básica¹⁶ e excepcionais¹⁷, de acordo com a decisão da gestão local (BRASIL, 2004).

Para tanto, é necessária uma postura ativa dos profissionais envolvidos no cuidado para construir os protocolos municipais que garantam a regulação e distribuição dos medicamentos dentro do serviço, e também maior diálogo com a gestão farmacêutica do município para organizar um melhor acesso à terapia medicamentosa dos usuários em acompanhamento no CAPS Casa Vida.

9.2 Formação e educação permanente

A temática da educação permanente é muito importante para a consolidação dos princípios do SUS, tanto que, em 2004, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A política é definida como a aprendizagem no trabalho, ou seja, no cotidiano do trabalho o aprender e ensinar são incorporados, baseados na aprendizagem significativa e na transformação das práticas dos trabalhadores nos serviços do SUS (BRASIL, 2007; 2018).

A educação permanente possibilita avanços importantes para a reflexão sobre o processo de trabalho, mudanças institucionais, autogestão e transformação das atividades em serviços de saúde, através do trabalho em equipe, do aprender a aprender, das ações cotidianas que são objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018).

Para o grupo de interesse dos profissionais é importante investir em processos de formação permanente, como se pode observar no excerto a seguir.

Eu acho que treinamento é válido sempre. Acho que a gente sempre tem que se atualizar. A gente não é dono da verdade, e cada dia as demandas vão se modificando, o que as pessoas trazem hoje é uma coisa, amanhã é outra, acho que a gente tem que entender de tudo um pouco. Da criança, do idoso, como tu falou, a questão das violências, contra mulher, tantas coisas. Capacitações, na minha opinião, estou sempre disposta (P4).

Até para sair quando tem curso, é serviço, tu está trabalhando, as vezes tu fica até além do horário que tu ficaria no expediente. Sempre foi assim, por exemplo, foi eu e tu, mas não trouxemos retorno daquilo, teve muitos da terceira que o pessoal ia e ninguém ficava sabendo de nada [...]. Ah mudou alguma coisa no preenchimento da RAS, a terceira chamou, só que a gente não ficava sabendo. Nunca se parou pra repassar, e isso é importante (P5).

¹⁶ Portaria GM/MS 1.077, de agosto de 1999.

¹⁷ A Portaria SAS/MS nº 345, de 15/5/2002, estabelece Protocolo Único e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da esquizofrenia refratária.

Acho que seria ótimo, acho que a equipe do CAPS está bem unida faz bastante tempo, já tem uma certa “cancha”, mas sempre é bom se capacitar, sempre que tiver oportunidade, é legal (P8).

Os profissionais do CAPS Casa Vida revelam a importância de momentos de educação permanente, do valor desse instrumento de trabalho para a qualificação da equipe. Entretanto, existe a necessidade de fortalecer os espaços de trocas e compartilhamento do conhecimento dentro do serviço, como expôs P5.

A literatura científica, na área da saúde mental, identificou a importante necessidade de capacitações e formações profissionais, e de maior investimento nessa temática (ESLABÃO et al., 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019; OLIVEIRA; CALDANA, 2014; KANTORSKI et al., 2011). A necessidade de formação permanente para as equipes de saúde da Atenção Básica prestarem o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico foi um destaque em um estudo de revisão integrativa (ESLABÃO et al., 2019).

No estudo de Kantorski et al., (2011), os autores identificaram a necessidade de maior formação para os profissionais realizarem intervenções eficazes nos momentos de crise, para realizar as oficinas terapêuticas e melhorar a relação com os usuários. No estudo de Oliveira e Caldana (2014), o desafio maior encontrado foi para a construção e manutenção de um espaço permanente de discussão sobre as práticas e o papel do psicólogo e outros profissionais das equipes de três CAPS.

No contexto desta pesquisa, na equipe do CAPS Casa Vida, o espaço de educação permanente também não era uma realidade, e o próprio momento de reunião de equipe que poderia possibilitar encontros e trocas de conhecimento não era utilizado adequadamente. Nesse sentido, percebo que a formação permanente deve fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, da gestão, sendo necessária uma postura proativa dos profissionais no sentido de fazer e manter os espaços de educação permanente.

Para tanto, é necessário olhar e adaptar a política para a realidade local dos serviços de saúde, dada a sua importância como instrumento de análise e viabilizador de transformações críticas do conhecimento (BRASIL, 2018). Nesse sentido, o tema é de imensa importância para garantir um acesso qualificado ao cuidado em saúde mental.

Outro tema destacado pelo grupo de interesse dos usuários foi a presença dos alunos da universidade nos espaços de cuidado do CAPS, sendo muito valiosa a presença desses alunos, os quais possibilitaram maior atenção ao usuário e trocas de sentimentos positivos entre todos, como destacam U1 e U2.

Acho que sim, deve ter, essas meninas que tão fazendo estágio, que elas trazem coisas boas pra nós e elas dizem que nós passamos coisas boas pra elas. O (nome do estagiário), ele entrou aqui também, fazendo estágio como professor de música, nós amamos ele até hoje (U1).

Acho muito legal estagiários. Acho muito legal porque assim, até eles procuram mais a gente do que os próprios médicos. Eu senti isso e o amor deles pela gente. Tanto que no dia, no último dia que eles foram embora, todos eles choraram. Os quatro que estavam aqui choraram. As gurias choravam desesperadas, se abraçavam na gente, choravam desesperadas. Choravam, choravam, aí eu dizia "não chora, porque amanhã é a tua formatura, vai ficar feia se tu chorar, não chora porque amanhã é a tua formatura, aqui tu pode vir a hora que tu quiser". Mas elas choraram muito, foi muito legal (U2).

A presença da universidade na instituição pode facilitar os processos de trocas, conhecimento, reflexão e formação permanente, e também de cuidados para todos os envolvidos. Os alunos em estágio no serviço eram do curso de Terapia Ocupacional da UFPeI.

Para superar modelos enraizados de cuidados fragmentados e voltados para a doença, mudar paradigmas, é preciso investir em mudanças profundas nos espaços de formação. Desse modo, é possível formar profissionais críticos, reflexivos, capazes de aprender a aprender, agir em equipe, considerando a realidade social dos usuários para possibilitar cuidados ampliados em saúde (FEUERWERKER,2003).

Nessa perspectiva, destaco a importância da presença desses alunos no serviço, pois, além de produzirem cuidados, como exposto por U1, estão obtendo uma formação diferenciada que vai impactar em seus futuros processos de trabalho, na condição de profissionais dos serviços de saúde do SUS. O CAPS Casa Vida potencializa o acesso a um cuidado acolhedor ao abrir um espaço de aprendizagem e também de trocas de conhecimentos entre os profissionais e a academia.

Portanto, o agir e atuar em serviços de saúde mental expõe os trabalhadores a muitas tensões em seu cotidiano. Assim, criar e garantir momentos de capacitações e educação permanente é fundamental para evitar a burocratização do cuidado e a ineficácia das ações. Ademais, nos países com experiências bem-sucedidas, o que realmente promove o bom funcionamento é a existência de uma política de qualificação e avaliação da RAPS com o mínimo de transparência em seu contexto (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Cabe destacar que as mudanças impostas pela sociedade moderna, como o seu consumismo e o fracasso dos laços comunitários, gerou desafios importantes para o cuidado em saúde. Nesse sentido, é preciso investir muito em contínuas capacitações,

espaços de reflexão e de arranjos catalizadores (SALLES; MIRANDA, 2016); é preciso valorizar, garantir e potencializar os espaços de discussões, capacitações continuadas e de trocas entre os profissionais do CAPS Casa Vida, e os demais trabalhadores da rede, usuários e a academia.

9.3 Funcionamento da rede

A reforma psiquiátrica brasileira propõe uma reversão do modelo de cuidado, da gestão em saúde mental, com a construção de serviços e estratégias de atenção no território, compondo uma rede de saúde que possibilite modos emancipatórios e de cidadania dos indivíduos e famílias. Desse modo, o processo de reforma psiquiátrica brasileira vai além das denúncias de violência institucional e da (des)hospitalização (GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

A organização de serviços substitutivos em saúde mental exige uma avaliação profunda do território, identificando recursos, potencialidades e linhas de captura do cuidado na perspectiva do modo psicossocial (LIMA; YASUI, 2014). Portanto, compreender o funcionamento da rede de atenção, identificar pontos importantes de cuidados, além das fragilidades e potencialidades da rede é fundamental para uma atenção integral.

Em relação ao acesso à rede e a atenção primária, observou-se mudanças importantes e que contribuem para o melhor acesso ao cuidado dos usuários no CAPS Casa Vida e nas UBS do município.

Uma coisa que eu gostei bastante foi que tipo, não precisa ir para os postos, já vai ali direto, porque geralmente o paciente ele não, como é que eu vou te dizer, ele tem bastante dificuldade de aceitação, então quando ele precisa ir pra um posto, é muito mais complicado, então isso é uma coisa que eu gostei bastante ali também. Achei bem interessante, tem um trabalho bem vinculado com os postos. Divulgar mais isso, que o paciente não precisa ir pra um posto pra ir pra ali, que o paciente vai. Ele não tem essa divulgação, eu só fiquei sabendo quando eu fui lá, entendeu? Que pra mim, porque antigamente os parâmetros eram bem diferentes, você tinha que ir no médico, o médico tinha que diagnosticar, você tinha que fazer um encaminhamento, e o povo não sabe, eu não sabia, então, é uma coisa que podia melhorar (F7).

Eu acho que é um lugar que tem bastante acesso. Acredito que essa questão da rede se estruturar foi melhor, está sendo. Aos pouquinhos está ganhando força, porque geralmente chegam aqui os casos que realmente são para a saúde mental, antes tinha muito a situação de chegar casos que não eram pra nós [...]. Eu acho que tem as enfermeiras preparadas para fazer esse acolhimento, geralmente elas entram em contato com a gente quando vão mandar, e eu acho que isso é importante porque tu já vê o que está chegando pra ti, tu já tem um olhar ali (P3).

Tem vindo bastante. Mas tem livre demanda também, mas melhorou, com o matriciamento tá bem melhor, porque antes vinha tudo (P5).

A rede preparada e atuando junto aos demais serviços possibilita melhor acesso das pessoas que realmente precisam do cuidado especializado da equipe técnica do CAPS, como exposto por P3. As falas de P3 e P5 descrevem um movimento importante de fortalecimento do cuidado na atenção básica pelo matriciamento, conforme preconizado pelo modo psicossocial.

O apoio matricial surge com a constatação de que o processo de reforma psiquiátrica não avançará se o cuidado não for expandido para todos os níveis da rede, em especial para a atenção primária. Assim, o apoio matricial visa dar suporte técnico às equipes da Atenção Básica, e compartilhar a corresponsabilização no cuidado em saúde mental (DIMENSTEIN et al., 2009).

Na atenção primária do município, há mais de um ano é realizado o acolhimento em saúde mental pelo profissional de enfermagem, dando os encaminhamentos necessários para cada caso, entre os quais: retornos para ações de escuta e orientações com a enfermeira e/ou médico generalista; interconsulta com o psiquiatra; discussão de casos em reuniões de matriciamento; grupos de atividades esportivas da UBS; grupos de fortalecimento de laços do CRAS, CAPS, entre outros dispositivo do território.

O fortalecimento do trabalho na Atenção Básica deve-se ao trabalho de matriciamento realizado pela visita técnica do médico psiquiatra nas UBS, pelas reuniões mensais com a equipe do CAPS e pelo comprometimento dos profissionais da Atenção Básica. Gazignato e Silva (2014) observaram que as práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica é um trabalho de regionalização e redirecionamento da atenção, possibilitando melhor acesso no território, atenção ampliada e humanizada aos usuários do sistema.

No estudo de Gryscek e Pinho (2015), a importância maior de a Atenção Básica receber o apoio matricial é devido à constatação de práticas de atenção centradas no encaminhamento para os serviços especializados e a medicalização do sofrimento humano como algo simples. Desse modo, são de grande relevância os cuidados em saúde mental na Atenção Básica, mas é preciso qualificar as equipes e possibilitar o apoio matricial.

Entretanto, alguns trabalhadores relatam que há um despreparo dos profissionais da Atenção Básica para cuidar dos casos de saúde mental.

Pelas patologias, eu acho que a rede básica fica falha, fica faltando, as vezes eu estabilizei o paciente e é só dá a medicação, só da medicação, eu sei que isso é complicado para o clinico também, mas assim se ele só faz as receitas o problema é dele que fique na consciência dele. Se eu fosse a clínica eu chamaria esse paciente do meu posto [...]. Então chagaria no posto e antes de eu dá a receita “esperai deixa eu chamar a pessoa”, “perguntar e ai como é que tá”? [...]. Às vezes você pode dizer, olha não estou aqui para fazer o trabalho da psicologia, nem da psiquiatria, mas só para ver se a medicação está funcionando ou não, com jeitinho, com um pouquinho de manejo e boa vontade funcionaria bem [...]. Muitos já deveria estar nas UBS, nos postinhos, mas sendo cuidados, de ter o grupo (P1).

O que eu percebo é uma demanda enorme pra uma equipe limitada, então além de, acho que um desinteresse dos colegas dos postos de saúde, acabam encaminhando de forma demasiada (P7).

Nessa perspectiva, parece haver ruídos na divulgação das informações entre todos os profissionais do serviço, o que dificulta planos de alta, cuidado compartilhado, discussões de casos, entre outros temas já debatidos. O profissional P8, supracitado na temática da rotatividade dos profissionais na rede, relatou que, por ser um município pequeno, é fácil de organizar e funciona bem. Os usuários são acolhidos, mas alguns profissionais não percebem isso, como destacaram P1 e P7.

Os estudos apontam que as limitações e os desafios no cuidado em saúde mental na atenção básica são devidos à falta de processos de formação (ESLABÃO et al., 2019; OLIVEIRA; CALDANA, 2014). Logo, concordo que os processos de formação são importantes para todos os profissionais da rede, pois a rotatividade dos trabalhadores no município é grande.

Conforme o grupo de interesse dos familiares, há uma articulação do CAPS com outros serviços da rede, considerada importante.

Eu vejo que os postos, pelo menos os postos de saúde, interagem bastante com eles aqui, eu vejo isso. Tanto que pra ti chegar aqui tu tem que passar pelo posto de saúde. Mas... E vejo que eles buscam também fazer várias atividades diferentes, eles visitam muito as comunidades aqui do Capão mesmo, interagem bastante (F3).

É, o trabalho em rede é importantíssimo, porque aí tu distribui e compartilha os conhecimentos, como nessa reunião que nós tivemos agora nada mais é do que um compartilhamento de ideias, não serve o que eu digo pra A ou B, mas serve pro C. Que cada caso é um caso, até aquele dia eu esqueci de dizer, cada caso é um caso, eu estou falando do que eu vivencio, que eu tenho o meu filho (F10).

Os familiares relatam a importância das atividades compartilhadas em grupo e no território do CAPS que podem contribuir para o fortalecimento de redes sociais, outro ponto importantíssimo do cuidado ampliado em saúde mental. As redes não se

limitam a serviços e profissionais, mas a pessoas que circulam por todos os espaços do território, e que no encontro com outras pessoas tornam-se fontes de cuidado a partir da própria experiência de vida mesmo que “cada caso é [seja] um caso”, como destaca F10.

Identificar essa articulação entre o CAPS Casa Vida e a rede de Atenção Básica é valioso, pois um dos maiores desafios para a efetivação do cuidado na RAPS é a sua articulação com todos os tipos de serviços que compõem a atenção integral (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018). Para possibilitar cuidados ampliados e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, do modelo psicossocial, a articulação em rede com os demais membros de outros serviços se faz necessária e obrigatória.

As redes sociais fortalecem o crescimento humano, geram sentimentos de pertencimento, autoestima, conforto e amor, preenchendo uma necessidade importante da vida do ser humano de se relacionar com o outro física e emocionalmente (BRUSAMARELLO et al., 2011). Nesse sentido, compreendo que são de imensa importância os encontros possibilitados pela equipe técnica do CAPS Casa Vida, internos e externamente ao serviço.

Outro tema importante e debatido pelos grupos de interesse é a falta de articulação com equipamentos sociais, como um grupo de alcoólicos anônimos, e a falta de dispositivos de atenção, entre os quais o ambulatório de saúde mental e a associação de usuários da saúde mental.

Por isso que eu tô te dizendo, dessa parte deles, os alcoólicos anônimos, eu acho que tinha que ter mais essa função, que não tem. Pra levar ele, uma comparação, eu posso não levar, eu venho aqui. Mas eu queria que ele assistisse alguma coisa, que mostrassem pra ele, entendeu? Ó, é tal dia, duas vezes na semana, como tem lá na São José, me disseram que tem, a psicóloga me deu pra mim, mas tinha que ter mais perto pra eles. Ou aqui ou lá no Jardim América, uma sala que falasse sobre a droga, o que acontece, que não seja dentro, como eu fui uma vez nos AA lá na igreja da luz (F4).

A maior dificuldade é pelo acesso das pessoas que não teriam indicação de frequentar o CAPS, mas que tem indicação de algum acompanhamento ambulatorial, que aí o posto não consegue fazer, mas que o CAPS também não é o certo [...]. Mas são soluções que a gente sabe que não são tão fáceis, na maioria das vezes é interessante sim ter um serviço intermediário de ambulatório, que atualmente a gente encaminha pra Pelotas os casos ambulatoriais, ou seja, tem um ambulatório no meio do caminho que também precisa de demanda a ser acolhida. Acho que essa é a principal dificuldade na área (P8).

Uma coisa que eu tenho visto e organizar, que até hoje não deu certo assim, é que eu tentei, e depois eu tive alta, duas vezes [...]. Eu queria fazer a associação dos usuários e dos familiares do CAPS. Que assinassem abaixo-assinado, todos os profissionais assim, então eu tenho vontade de fazer, de organizar, que a gente pode reivindicar, construir com os familiares, construir alguma coisa, eu acho que é melhor. Uma que é só um CAPS, é mais difícil

da gente organizar, mesmo que tá vendo que não tem o conhecimento, até eu falei com os profissionais, assim, e lá com a coordenadora, e outros da oficina, e eles concordaram em fazer (U9).

A reflexão de U9 é muito relevante: construir uma Associação de Usuários da Saúde Mental no município contribuiria para os processos de lutas e reivindicações de cuidados ampliados e em espaços territoriais, pois em um coletivo de usuários e familiares é possível o fortalecimento de uma política local de saúde.

Macedo et al., (2017) descrevem, em seu estudo, um crescimento importante de serviços de saúde mental desde a criação da Lei 10.216/2001, entretanto, identificaram “vazios assistenciais” em muitos pontos da rede, dificultando e fragilizando o cuidado. No município de Capão de Leão, os vazios assistenciais também existem, pois não há NASF, espaços de convivência, serviços de geração de renda, associação de usuários e familiares da saúde mental entre outros.

Para ampliar e fortalecer a coordenação do cuidado entre a Atenção Básica e os serviços especializados faz-se necessária a criação e a abertura de NASF e com processos de educação permanente vinculados (ONOCKO-CAMPOS, 2019). O NASF, no município do CAPS Casa Vida, fortaleceria muito o cuidado em saúde mental na comunidade.

No entanto, as mudanças nas formas de financiamento desses serviços e para a abertura de equipes de ESF estão em processo de mudanças. Assim, municípios como o de Capão do Leão, que já não tinham essas equipes, podem ficar ainda mais prejudicados. Essas mudanças na política geraram preocupações para alguns usuários.

Me falaram que esse governo novo quer terminar com os profissionais do CAPS, querem terminar com os CAPS e internar as pessoas. Não sei se vai terminar totalmente, mas eles disseram que querem levar as pessoas para os hospitais. Eu acho que é muito mais, complicado pra nós, assim. Que no dia, no CAPS a gente tem uma recaída, os médicos já estão ali, os profissionais todos nos orientando pra gente fazer. E no hospital a gente vai passar só quando tiver ruim mesmo que vai baixar, e se tiver vaga (U9).

Isso é coisa de internação. Por isso não pode terminar com o CAPS. Vai lá fica internado e não fica bem e vai sair pior do que estava lá dentro? Eu vejo muita pessoa que foi pra lá, pra dentro, pra se tratar por causa da bebida, e sair pior do que entraram lá dentro. Bebendo nas ruas, e dormindo nas ruas. Tem um tio meu, que quando ele saiu de lá, foi o pior. Ele mora sozinho, só que a gente tem que tá toda hora lá na casa dele, botando ele pra dentro. Ele dorme nas praças. Fica dia e noite, se deixar. Sim. E disseram que era pra ficar lá dentro. Saiu pior. Ao invés de sair melhor de fora, não, sai pior. E ele... Quer a pessoa saia pior? Tem muita gente que foge de lá de dentro. E um outro tio meu já fugiu de lá (U10).

As falas dos usuários U9 e U10 revelam questões importantes: a angústia em perder um espaço rico de cuidado territorial e a clareza de que apenas as internações em hospitais psiquiátricos não resolvem a complexidade do cuidado em saúde mental. Esses questionamentos, incertezas e os retrocessos quanto aos novos financiamentos da saúde mental foi o que impulsionou os usuários e a equipe a realizar a intervenção artística descrita no item seis, um ato em defesa da luta antimanicomial.

Nos últimos anos, no cenário brasileiro, os investimentos em políticas públicas de saúde mental vêm favorecendo a abertura de novos leitos psiquiátricos, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas ao invés de incentivos aos serviços territoriais, conforme descrito na Nota Técnica 11/2019.

Essas mudanças na política brasileira podem acarretar o aumento da exclusão social de pessoas com transtornos mentais, violação dos direitos humanos e diminuição no acesso à atenção de qualidade. Os grandes esforços para uma redistribuição dos recursos financeiros e de investimentos em serviços comunitários serão cada vez mais enfraquecidos e escassos (ALMEIDA, 2019).

Em seu estudo sobre os desafios da saúde mental, Onocko-Campos (2019) destaca como fundamental a expansão do cuidado no território de abrir novos centros de convivência, de espaços de geração de renda, de estratégias que inibam o preconceito, entre outros. Isso é um desafio importante frente a atual conjuntura de financiamento dos novos serviços no país.

É um momento delicado e também ameaçador, pois se inverte a lógica de cuidado no território ao aumentar o financiamento de instituições fechadas, enclausuradas. Nesse sentido, existe a necessidade e a importância do cuidado no território, de amparo às reais necessidades de saúde que são fruto desse capitalismo devastador, da pobreza, da morte de um filho que se envolveu com o tráfico, da carência de políticas públicas eficazes e que não chegam à maioria das famílias brasileiras.

Na atual configuração das políticas públicas brasileiras, em que vive momentos delicados e de medo que ocorra o desmonte dos serviços substitutivos em saúde mental, pensar em mecanismos de articulação com os equipamentos comunitários pode resgatar o potencial indutor de novas práticas e novos saberes no campo. Por fim, o funcionamento da rede, a gestão dos seus recursos e a articulação com a comunidade têm fundamental importância para o acesso ao cuidado integral em saúde mental.

Assim, transitar pelos recursos sociais, nas diversas redes que se criam e recriam conforme a necessidade do usuário e sua família, ativar recursos possíveis que o

território pode ofertar é o verdadeiro trabalho que deve ser realizado por todos os atores sociais responsáveis pelo cuidado em liberdade e em consonância com o modo psicossocial. Portanto, não limitar-se a um serviço, e/ou apenas a alguns dispositivos, como o CAPS e a atenção primária, deve ser o real papel da atenção em saúde mental.

10. RELACIONAMENTO DO SERVIÇO COM A SOCIEDADE

As relações estabelecidas com a loucura, em seus diferentes momentos históricos, levaram, por mais de duzentos anos, a um tratamento excludente da pessoa com sofrimento psíquico, com internações, longas internações em hospitais psiquiátricos, caracterizadas por abandono, violência e segregação. O conceito de alienação mental e seus derivados marcados por pontos negativos, como o medo e a rejeição, levaram a sociedade a olhar para o sofrimento psíquico como sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade, atributos sempre estigmatizantes e discriminatórios (AMARANTE, 2007).

A luta para a reinserção social dos usuários da saúde mental é constante, pois, historicamente, foram excluídos, o que criou, no imaginário social da sociedade, a figura do “louco” como perigoso e irracional. Desse modo, a realidade é complexa, abstrata, a priori indefinida (BASAGLIA, 2001). Com os processos de reforma psiquiátrica no mundo e no cenário brasileiro, novos modos de olhar para os sofrimentos humanos foram sendo incorporados, novas críticas a modelos fragmentados e excludentes nasceram e buscam, em um processo constante, prosperar com cuidados em liberdade, preservando as relações sociais do usuário com a família e a sociedade.

Neste capítulo, abordo as temáticas estigma e preconceito e a divulgação do CAPS na sociedade, e como essas questões influenciam ou podem influenciar o acesso ao CAPS Casa Vida na avaliação dos usuários, familiares e profissionais.

10.1 Estigma e preconceito

Para Goffman (2015), as regras, os modos de caracterizar os sujeitos, seus atributos, aquilo que é comum e natural a cada grupo, são estabelecidas pela sociedade, pelo ambiente social. Nesse sentido, o termo estigma está diretamente relacionado a um atributo profundamente depreciativo, entretanto, o estigma torna-se realidade pela relação estabelecida entre atributo e estereótipo, embora haja importantes atributos que sozinhos levam a um grande descrédito.

Um dos maiores desafios no campo da reforma psiquiátrica, conforme Amarante (2007), reside justamente na dimensão sociocultural do movimento. Isso porque, talvez, um dos desdobramentos menos sensíveis à mudança seja o imaginário social da loucura, de alguém em quem se deposita a desesperança, a periculosidade e a incapacidade

social. Para o autor, a sociedade conviveu durante longos anos com a necessidade de separação dos diferentes, sendo, por isso, um longo processo de desconstrução que não ocorre rapidamente.

Familiares foram os atores que mais se posicionaram e avaliaram os impactos do estigma, como dimensão social na sua vida.

Talvez pra colocar, pra documentar, como eu te falei antes, relacionado à questão cultural do município, que se refere muito ao preconceito da comunidade. Eu acho que esse é um aspecto que vem melhorando significativamente, graças às ações desenvolvidas pelo município, por profissionais, não necessariamente pela gestão do município, por profissionais pontualmente; não necessariamente por uma gestão, mas sim por pessoas que tomam essa frente. Eu penso que esse investimento também é importante. Porque no momento que as pessoas rompem com essa barreira do preconceito e começam a ver aquela pessoa que é diferente, que tem uma singularidade, como todos (F1).

Eu acho que as pessoas tem preconceito, eu não ia falar mas vou dizer, aliás, as pessoas não tem preconceito só com a doença mental [...]. Existe preconceito sim. Existe preconceito da doença mental, existe preconceito das pessoas, que chegam a virar as costas, porque os outros tão rindo, porque tu tem HIV. Meu Deus, ninguém sabe, mas existe preconceito (F5).

Tem muito preconceito [...]. Ele não falava mas eu via. Porque eu andava sempre com ele. Então a gente percebe. As pessoas têm muito preconceito [...]. Porque a própria família não aceita. A própria família acha que é bobagem [...]. A filha dela acha que é bobagem, que isso aí é bobagem dela, e não é (F6).

O preconceito e o estigma residem no imaginário social das pessoas, como um construto que impede, muitas vezes, a família de ir além e proporcionar conforto, cuidado e circulação pela cidade. Outra questão interessante é que se deposita o estigma no “outro”, mas nem sempre ele “vem de fora”, ou seja, a própria família também reproduz essa questão, como afirma F6.

Em seu estudo, Oliveira, Andrade e Goya (2012) identificaram que preconceito e estigma existem na família, nos serviços e na comunidade, revelando a necessidade de maiores ações que diminuam os seus impactos negativos. No estudo de Vicente et al., (2013), realizado com familiares de pessoas com transtorno mental, foi observada a necessidade de romper com um muro gigante construído de preconceito e estigma.

No entanto, se, para as famílias, esses atributos depreciativos afastam o sujeito da vida social, para o grupo de interesse dos profissionais, o estigma e o preconceito geram dificuldades de acesso aos cuidados em saúde mental, conforme relatam P6 e P8.

E principalmente por ter esse estigma “lá vão as pessoas doentes, os loucos”, então não é pra mim e aí acabam que procuram o hospital, um caminho sem lógica (P6).

Dificulta, mas o pessoal na verdade acha que o CAPS é lugar de louco, mas é uma coisa que não dificulta em relação a pessoa chegar, mas dificulta em termo da pessoa ir atrás e procurar, não só do CAPS em si, mas consultar com psicólogo, psiquiatra, é uma coisa meio assustadora pra eles (P8).

As pessoas com sofrimento psíquico que foram negligenciadas por séculos, atualmente, com o processo de desinstitucionalização encontram importantes desafios para a sua reinserção social devido ao estigma social fomentado pela ignorância da sociedade e pela mídia oficial. O estigma social acarreta importantes prejuízos para a pessoa, entre os quais a dificuldade para procurar tratamento, de permanecer em locais públicos, trabalho, escolas, e nas relações com outros. E o estigma internalizado atrapalha o processo de ajustamento (NASCIMENTO; LEÃO, 2019), mas também aquela necessária aproximação da loucura com a própria sociedade da qual faz parte, ou seja, nos incapacita pensar sobre as diferenças e os diferentes e em como é possível promover justiça social.

O estigma vivenciado por pessoas em sofrimento psíquico na sociedade gera barreiras de acesso importante para atingir níveis maiores de autonomia e gerenciamento da vida (CAMATTA et al., 2011). Em relação às pessoas que fazem uso e/ou abuso de drogas, o estigma e preconceito podem ser ainda maiores, pois essas pessoas são taxadas, na sociedade, de marginais e criminosas, sendo excluídas do convívio social (BARD et al., 2016).

Nesse sentido, criar estratégias ativas de combate ao estigma é fundamental. Na Inglaterra, por exemplo, propagandas oficiais para esse fim têm sido exitosas. Além disso, o combate ao estigma pode reduzir o *gap* de mortalidade das pessoas com sofrimento psíquico, pois muitos serviços de saúde o negligenciam, causando uma assistência inadequada para muitas pessoas (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Nessa perspectiva, ações intersetoriais, como apresentações artísticas, caminhadas no bairro, passeios em pontos turísticos da cidade, nos serviços — escolas, orfanatos, CRAS, igrejas, CTG — entre outros pontos da comunidade podem contribuir muito para minimizar os efeitos negativos causados pelo estigma e preconceito e também contribuir para um melhor acesso dos usuários aos serviços substitutivos de saúde mental.

10.2 A divulgação do CAPS na sociedade

A divulgação dos serviços substitutivos em saúde mental é fundamental para garantir o acesso dos usuários ao cuidado, para a rede intrasetorial e intersetorial funcionar de forma resolutiva, realizando os encaminhamentos corretamente, e para evitar um caminho de tratamento inverso ao modo psicossocial, no manicômio.

A divulgação do cuidado no CAPS é também para minimizar os efeitos negativos causados pelo estigma e preconceito, os quais impedem muitas pessoas de procurar ajuda no serviço, como observa a familiar F7.

Uma coisa que eu acho que seria bem importante assim, seria trabalhar com a conscientização fora dali, um pouco maior, porque as pessoas tem o CAPS como um monstro, assim, de "não vou pra lá porque lá só vai quem é assim, quem é assado". A divulgação do que é que é, do acolhimento que é, que não é uma punição, um lugar taxativo, que é um lugar pra acolher (F7).

A reforma psiquiátrica é um processo intenso, uma transição de modelos de tratamento, e se antes os ditos “loucos” eram excluídos da sociedade e encerrados em celas para serem “cuidados”, hoje os “loucos” estão soltos e devem ser cuidados em liberdade, em serviços substitutivos do modelo manicomial, como o CAPS, e no seu território de vida (AMARANTE, 2007).

No entanto, durante séculos “os loucos” foram excluídos e isso criou na sociedade uma ideia de loucura como perigo, punição, algo taxativo, como relata F7. Daí decorre uma implicação necessária para ampliar as ações de cuidado que tenham como foco a divulgação, a conscientização social de que a loucura é da vida, e possam promover a desconstrução da ideia de que a loucura é algo que só gera incapacidade e desconfiança. A linha do sofrimento é muito complexa para se restringir à limitação de todo o potencial do ser humano em fazer coisas na sua vida, de interagir, de circular, de ter afeto.

Em relação à divulgação do CAPS na sociedade, os profissionais relatam outra dificuldade, que é o desconhecimento dos profissionais da rede em relação ao serviço e ao seu papel.

Acho até que o pessoal faz encaminhamentos bem adequados, e a gente acaba conseguindo acolher, mas sem dúvidas ainda tem muita gente que não acessa, então talvez seja uma questão de uma preocupação maior nesse sentido, dos serviços poderem acolher bem essa pessoa e fazer o encaminhamento correto, as vezes chegam alguns encaminhamentos que não seriam pra cá e outras pessoas circulando sem serviço que deveriam estar

aqui. Então talvez esse entendimento melhor do que é o serviço fosse melhorar o acesso, também talvez a divulgação da informação de o que é o CAPS, envolver mais a comunidade, a cidade, a sociedade do Capão do Leão como comunidade, tentar informar (P6).

Sim, acho que até na própria rede, agora mesmo eu recebi um memorando do conselho me exigindo uma consulta pra um usuário de drogas, sendo que é só encaminhar. Acho então que da própria rede falta. Acho que se a gente fizer reuniões, onde cada um coloque como funciona o seu serviço, já vai está informando (P9).

O CAPS é um serviço importante que deve minimizar as dificuldades em relação ao convívio social, atuar no protagonismo do usuário, possibilitando maior autonomia e inserção comunitária. Para tanto, a divulgação do CAPS como equipamento público e de cuidado em saúde mental é fundamental (CAMATTA et al., 2011).

Ademais, a rede é formada por pessoas e, neste sentido, é preciso ter uma postura mais ativa dos profissionais, e ao entrar em um território novo, desconhecido, é função do profissional caminhar pelos serviços, conhecer e compreender o papel de cada um no cuidado, a dinâmica do lugar. Infelizmente, percebem-se pessoas atuando, profissionais, sem identificar pontos importantes de cuidado na rede, e logo realizando encaminhamentos desconexos (ESLABÃO et al., 2017).

Por fim, durante o período de observação participante foi possível identificar atividades no território, como passeios, caminhadas, apresentações na praça, entre outros movimentos que contribuem para o combate ao estigma, ao preconceito e o melhor acesso ao CAPS Casa Vida. Porém, é preciso tornar essas atividades uma rotina e ampliá-las para outros espaços da rede intersetorial.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Fernando Galeano.

Ao chegar ao final desta pesquisa, desta escrita e da intensa caminhada de conhecimento do funcionamento e acesso ao cuidado no CAPS Casa Vida, me vêm à mente três sentimentos: de “gratidão”, “corresponsabilidade” e de “recomeço”. A gratidão porque fui acolhida de modo singular, respeitoso e com muito afeto pelos usuários, familiares e trabalhadores. A gratidão por conhecer pessoas tão inspiradoras e dispostas a fazer diferente, a cuidar de modo libertador e emancipatório. Essa experiência foi um “presente”.

A corresponsabilidade porque nada terminou, considerando que sou parte da rede, do sistema, das regras, e, em alguns momentos, da própria crise — eu sou uma trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial de Capão do Leão-RS. E isso foi muito conflitante em alguns momentos, pois também sou pesquisadora em saúde mental do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Esse conflito de identidades, entre trabalhadora da rede e pesquisadora, causou, em alguns momentos, medos, angústias e incertezas sobre o modo de agir, sobre como me relacionar, como me posicionar. Para longe de uma caminhada participativa, às vezes eu era tensionada a voltar às raízes positivistas, de neutralidade, de isenção. Descobri, a duras penas, que isso era impossível.

O recomeço porque, junto com os grupos de interesse deste estudo, visa lutar pelo processo de reforma psiquiátrica, em nível local, pois esta pesquisa apontou as riquezas, o potencial e a inovação de atividades ofertadas pelo serviço. O recomeço, nesse sentido, é para não perder o que há de melhor no serviço e lutar pelo seu fortalecimento e expansão para a RAPS e no território. E são muitas as coisas boas reveladas nesta pesquisa: o acolhimento, o cuidado através das oficinas terapêuticas, os atendimentos individuais, as atividades territoriais, o trabalho de matriciamento com a Atenção Básica, entre outras.

O recomeço para unir forças e agir nos pontos de maior fragilidade, como a necessidade de criação de novos serviços, o cuidado no território, a atenção com a

família e as crianças e adolescentes, os processos de alta e atendimento à crise. A pesquisa não apontou apenas fragilidades locais, mas sistêmicas, que muitos serviços substitutivos apresentam. Assim, nesse sentido, com esta pesquisa, há a possibilidade de fazer diferente a partir do olhar da academia e da força dos trabalhadores implicados nesse processo de atenção psicossocial.

Entendo que esses sentimentos de gratidão, corresponsabilidade e recomeço são muito fortes porque desde outubro de 2017 me tornei integrante do quadro de profissionais da RAPS do município. No mesmo ano fui corresponsável pelo processo de implementação do matriciamento no município, que gerou resultados importantíssimos no cuidado em saúde mental na Atenção Básica e para os processos de alta do CAPS. Em 2018 foi criado o primeiro grupo de atividades físicas na Atenção Básica, sob minha responsabilidade e de outra enfermeira e de uma técnica de enfermagem. Esse grupo tornou-se um espaço de convivência, fortalecimento de laços e trocas afetivas, sendo um dispositivo importante de cuidado em saúde mental na Atenção Básica e, atualmente, todas as UBS possuem grupos de atividades físicas.

Atualmente, na condição de coordenadora da Atenção Básica, sinto-me com maiores responsabilidades pela atenção, pelas mudanças necessárias para um cuidado ampliado e diferenciado em saúde e em saúde mental. Por isso, também estive mais presente com a equipe e coordenação do CAPS Casa Vida no decorrer desse ano. Em 2019 realizamos o primeiro Encontro Municipal da Saúde Mental da Criança e Adolescentes, direcionado aos professores da rede escolar do município. Essa atividade foi um sucesso, e contou com profissionais importantes e com conhecimento na área. As visitas de matriciamento começaram, de forma mansa, a ganhar espaço nas escolas do município. Em breve o projeto de lei para a implantação da Estratégia de Saúde da Família e o projeto de lei para a criação do cargo de agente comunitário de saúde serão aprovados pela Câmara Municipal, e com isso um novo cuidado territorial ganhará forças.

É por isso que nada acabou, apenas recomeçou, e agora com maior intensidade, com novas forças de atores que estavam ali, inseridos no CAPS Casa Vida. A equipe é madura, exerce a crítica no sentido de perceber a necessidade de mudanças e querer mudar o cenário. Nesse sentido, é preciso descrever alguns desdobramentos desta pesquisa, a partir do grupo de interesse dos trabalhadores. Cabe lembrar que a pesquisa avaliativa hermenêutica-dialética que abriu espaço para uma proposta de metodologia

inovadora, dando voz a todos os envolvidos – usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores – possibilitou belíssimos resultados, a seguir descritos.

Inicialmente, o espaço de reunião de equipe começou a ser usado com maior frequência para discussões mais aprofundadas de casos e revisão do processo de trabalho. No serviço foi implantado um grupo terapêutico de mulheres e, atualmente, esse grupo é bastante procurado pelos usuários do serviço, sendo realizado pela assistente social e a enfermeira.

Outra questão positiva, inovadora, valiosa em um processo de cuidado territorial foi a oferta de oficinas terapêuticas na comunidade — yoga, musicoterapia e grupo terapêutico comunitário. Essas oficinas estão sendo realizadas pela terapeuta ocupacional, a professora de dança e a professora de música do CAPS Casa Vida, e o espaço é referência para o cuidado dos usuários do CAPS e da Atenção Básica. Com esses movimentos dos profissionais, muitos usuários do CAPS Casa Vida começaram a participar dos grupos na comunidade e das atividades físicas ofertadas na Atenção Básica de forma mais presente, diminuindo a sua dependência do CAPS.

O território começou a se encher de vida com a presença dos trabalhadores e dos usuários, num coletivo de pessoas, em espaços sociais da comunidade, entre os quais: igrejas, associações de moradores e atenção primária. Esses acontecimentos estão impactando positivamente a reinserção social dos usuários, com planos de alta do CAPS e com o cuidado territorial preconizado pelo processo de reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, com um processo hermenêutico-dialético que empoderou os grupos de interesse, foi possível perceber avanços para a consolidação de cuidados territoriais como importantes movimentos dos trabalhadores para um “desencapsulamento” necessário nas ações territoriais. Para finalizar as atividades de 2019, e comemorar os avanços no processo de consolidação de um cuidado territorial, foi realizada uma grande confraternização com a presença dos grupos de atividades físicas, yoga e grupo terapêutico comunitário, usuários e trabalhadores do CAPS Casa Vida e representantes da atenção primária (enfermeiros, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), e gestores da saúde.

Portanto, avançar no acesso ao cuidado territorial exige que todos os atores que transitam no CAPS (profissionais, familiares, coordenadores e usuários) saiam de dentro dos muros do serviço para adentrar em espaços novos de vida e socialização e, principalmente, na moradia dos usuários e famílias. Isso é o preconizado pelo modelo psicossocial de cuidado em saúde mental, romper com os muros das instituições para

usar os espaços de vida do território; e os profissionais do CAPS Casa Vida, com os desdobramentos desta pesquisa, revelaram as possibilidades de concretização e potência desses espaços no cuidado em saúde mental.

Por fim, é importante relatar um pouco da experiência com o uso de uma metodologia de abordagem participativa, proposta pela avaliação de quarta geração de Egon G. Guba e Yvonna S. Lincoln. Essa metodologia é realmente inovadora, potente e capaz de trazer todos os grupos de interesse para dialogar de forma hermenêutica e dialética sobre os processos em avaliação, considerando a percepção de todos envolvidos.

Ademais, não considero uma metodologia de fácil aplicação. Esse método exige muita dedicação, e nas entrevistas é preciso muito cuidado e revisões constantes para apreender o que é realmente importante para os objetivos do estudo, levando-o para os próximos entrevistados. Outro momento desafiador do método é a condução dos grupos de validação, o ato de garantir o espaço de voz de todos os envolvidos, manejar os momentos conflitantes e apreender as questões importantes na visão dos participantes. Desse modo, mesmo sendo uma metodologia desafiadora, considero-a muito potente para as pesquisas de avaliação de serviços de saúde, dado o seu caráter hermenêutico-dialético.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, C.B.; CAPISTRANO, F.C.; CZARNOBAY, J.; FERREIRA, A.C.Z.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M.A. A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.22, n.2, p. 1-7, 2018.
- ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.11, p. 1-6, 2019.
- ALMEIDA, R.S.; CRISPIM, M.S.S.; BRAZ, M.L.; SILVA, D.S.; ACÁCIO, K.P.H.; NOBREGA, N.K.B. O uso dos grupos terapêuticos o tratamento dos transtornos de ansiedade sob o olhar da terapia cognitivo-comportamental. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v.3, n.3, p.101-18, 2016.
- ALVES, A.A.M.; RODRIGUES, N.F.R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.28, n.2, p.127-31, 2010.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 20.ed. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 2000.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, C.M. **O impacto do uso abusivo do álcool em idosos e suas repercussões no contexto familiar**. 2018. 19f. Trabalho de Conclusão de curso (TCC em enfermagem). Curso de Enfermagem, Universidade Católica de Salvador-BA.
- ANJOS, M.A.; CARVALHO, P.A.L.; SENA, E.L.S. RIBEIRO, R.M.C. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.7, n.16, p.27-40, 2015.
- ANJOS FILHO, N.C.; SOUZA, A.M.P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação (Botucatu)**, v.21, n.60, p.63-76, 2017.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-75, 2012.
- AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Oficinas terapêuticas como instrumentos para recuperação Psicossocial. **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p.339-345, 2011.

BARD, N.D.; ANTUNES, B.; ROOS, C.M.; OLSCHOWSKY, A.; PINHO, L.B. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, 2016.

BARROS, M.M.M.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, v.23, n.3, p.821-41, 2013.

BARROS, F.P.C.; LOPES, J.S.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde Debate**, v.40, n.110, p.264-71, 2016.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3.ed. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001.

BATISTELLA, F.S. **Práticas em movimento**: contradições no processo de atenção à pessoa em crise no campo psicossocial. 2019. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BISPO, J.C.; MOLESINI, J.A.O.; PITTA, A.M.F. Centros de Atenção Psicossocial da Bahia: vínculos empregatícios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.40, n.3, p.772-84, 2016.

BONGIOVANNI, J.; SILVA, R.A.N. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Psicologia & Sociedade**, v.31, p.1-14, 2019.

BOSÍ, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.3, p.66-70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n 8.069, de 13 de junho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Lei nº 9.716 de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Palácio Piratini, Porto Alegre, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. _____. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, 2006.

_____. _____. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

_____. _____. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, 2007.

_____. _____. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, 2007.

_____. _____. **Ambiência**. Brasília, 2010.

_____. _____. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. _____. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2015.

_____. _____. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2017.

_____. _____. **Portaria n 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

_____. _____. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2017.

_____. _____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, 2018.

_____. _____. Nota Técnica nº 11/2019-GMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

_____. _____. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, 2018.

BRUSAMARELLO, T.; NOEREMBERG, G.A.; LABRONICI, L.M.; AZEVEDO, M.V.; ALVES, M.M. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.20, n.1, p.33-40, 2011.

CABRAL, M.P.G.; NETO, M.; PEREIRA, J.; COSTA, J.P.; JORGE, M.S.B.; CAMINHA, E.C.C.R.; PAULA, M.L. Humanização e Acolhimento em Saúde Mental: Percepção dos Usuários. **In: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde**. São Paulo: Blucher, 2014. p.358.

CALDAS, C.C.; GUEDES, M.M.C.; SOUZA, H.B.F.; OLIVEIRA, I.N.; FELISBERTO, M.A.; MAGALHAES, N.M.W.; ALBINO, S.D.M. A importância da equipe multidisciplinar nas oficinas terapêuticas em saúde mental. **Revista Científica da FAMINAS**, v.14, n.1, p.53-60, 2019.

CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.3, p.477-84, 2009.

CAMATTA, M.W.; NASI, C.; ADAMOLI, A.N.; KANTORSKI, L.P.; SCHNEIDER, J.F. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4405-14, 2011.

CAMATTA, M.W.; NASI, C.; SCHNEIDER, J.F.; RIBEIRO, D.B.; OLIVEIRA, G.C. Intenções de agentes comunitários de saúde sobre as ações de saúde mental. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, v.10, n.7, p.2436-44, 2016.

CARDANO, C. **Manual de pesquisa qualitativa**: A contribuição da teoria da argumentação. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

CARVALHO, R.C.; ÁVILA, G.B.; MEIRELES, A.T.; COIMBRA, V.C.C. A reabilitação psicossocial através das atividades Extra-Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **J Nurs Health**, v.2. Supl.S284-90. 2012.

CARVALHO JUNIOR, A.C.N.; AMPARO, D.M.; NOGUEIRA, R.N. O grupo de escuta como um dispositivo clínico em um centro de atenção psicossocial (CAPS II). **Psicologia Clínica**, v.31, n.1, p.123-43, 2019.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social**: Problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro e São Paulo: Atheneu, 1984.

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA. Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo. Madrid: CSME, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNER, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Unesp, 2013.

COSTA, N.R.; CORRÊA, S.G.P.; SILVA, P.R.F.S. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3139-150, 2015.

CRISTO, D.A. Grupo terapêutico no CAPS: cuidado a homens com sofrimento mental e histórico de violência. **Rev. NUFEN (online)**, v.4, n.2, p.61-70, 2012.

CRUZ, J.F.; SILVA, T.L.; SILVA, L.B.M.G.; ALVES, A.S. A demanda de saúde mental em crianças em tratamento psicológico. **Revista Científica Univiçosa**, v. 10, n.1, p.730-35, 2018

DAVIS, M.M.; SPURLOCK, M.; DULACKI, K.; MEATH T, L.; MCCARTY, D.; WARNE, D. et al. Disparities in Alcohol, Drug Use, and Mental Health Condition Prevalence and Access to Care in Rural, Isolated, and Reservation Areas: Findings From the South Dakota Health Survey. **J Rural Health**, n.32, v.3, p.287-302, 2016.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

DELGADO, P.G.G. Saúde Mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.63, n.2, p.114-21, 2011.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.1, p.103-7, 1997.

DESVIAT, M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos histórico da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, p.60-79, 2007.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K.; BRITO, M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. 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.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

ESLABAO, A.D.; COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.B.; SANTOS, E.O. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.1, p.1-8, 2017a.

ESLABAO, A.D.; COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P.; CRUZ, A.G.; NUNES, C.K.; DEMARCO, D.A. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental (Online)**, v.9, n.1, p.85-91, 2017b.

ESLABAO, A.D.; SANTOS, E.O.; SANTOS, V.C.F.; RIGATTI, R.; MELLO, R.M.; SCHNEIDER, J.F. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. Nurs. Health**, v.9, n.1, p.1-23, 2019.

FARIA, C.A.P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.20, n.59, p. 1-14, 2005.

FERREIRA, M.S.; CARVALHO, M.C.A. Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas consequências. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v.6, n.2, p.192-201, 2017.

FERREIRA, K.F.; CARVALHO, V.C.S. Oficinas terapêuticas: caminhos de saberes. **Ver. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.20, n.2, p.82-5, 2018.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.24-7, 2003.

FILIZOLA, C.L.A.; MILIONI, D.B.; PAVARINI, S.C.L. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p.491-503, 2008.

FONSECA, A.L.C. Entre a ficção e a realidade: financiamento versus capacidade de atendimento dos CAPS. In: MEHRY, E.E.; AMARAL, E. **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. Editora Hucitec, 2007. p.38-54.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 19.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica México**, v.27, p.438-53, 1985.

FUKUDA, C.C.; PENSO, M.A.; AMPARO, D.M.; ALMEIDA, B.C.; MORAIS, C.A. Mental health of young Brazilians: Barriers to professional help-seeking. **Estudos de Psicologia**, v.33, n.2, p.355-65, 2016.

FURTADO, J.P. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p.871.

FURTADO, J.P.; SILVA, L.M.V. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.12, p.2643-55, 2014.

_____. Entre os campos científicos e burocráticos – a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: Akerman, M.; Furtado, J.P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p.374.

GAZIGNATO, E.C.S.; CASTRO-SILVA, C.R. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, v.38, n.101, p.296-304, 2014.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-98.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. Acessibilidade na atenção a crise nas redes substitutivas de cuidado em saúde mental no estado do rio de janeiro. **Relatório Final da Pesquisa**. p. 242, 2012. Disponível em:
<<file:///C:/Users/916574/Downloads/Relatorio%20finalSMIPPSUSRIO%20-1.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A.A.M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3255-62, 2015.

GUBA, E.G.; LINCOLN, YS. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

GUEDES, A.C.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P.; ANTONACCI, M.H. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, p.1-9, 2017.

GUIMARÃES, J.M.X.; SAMPAIO, J.J.C. **Inovação na gestão em saúde mental: incorporação de tecnologias e (re) invenção nos centros de atenção psicossocial** [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2016.

HENRIQUES, B.D.; SANTOS, R.A.M.; FERNANDES, A.A.L.; MOREIRA, T.R.; LUCCA, M.S.; LUNARDI, R.R. O uso de crack e outras drogas por crianças e adolescentes e suas repercussões no ambiente familiar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.20, n.4, p.1-8, 2016.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações gerais sobre a cidade de Capão do Leão-RS**. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/capaodoleoa/panorama>> Acesso em: 18 nov. 2018.

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.161-70, 2010.

KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; SILVA, E.N.F.; GUEDES, A.C.; CORTES, J.M.; SANTOS, F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p.2059-66, 2011.

LACERDA, C.B.; FUENTES-ROJAS, M. Meanings attributed to Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) by its users: a case study. **Interface** (Botucatu), v.21, n.61, p.363-72, 2017.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3.ed.São Paulo: Hucitec, 2008.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, v.38, n.102, p.593-606, 2014.

LIMA, C.M.A. **Saúde mental e trabalho**: reconstrução de identidade e emancipação social. 2019. 210f. Dissertação (mestrado profissional). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

LISBOA, G.L.P.; BRENDA, M.Z.; ALBUQUERQUE, M.C.S. Concepções e práticas de acolhimento aos familiares na atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Rev. Rene**, v.15, n.2, p.264-72, 2014.

MACEDO, J.P.; Mariana Marinho de Abreu; Mayara Gomes Fontenele; Magda Dimenstein. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.155-70, 2017.

MAGLUTA, C. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.2, p.414-16, 2013.

MARCHESAN, R.Q.; FERRER, A.L. A terapêutica em um centro de atenção psicossocial à luz do dispositivo “projeto terapêutico singular”. **Saúde** (Santa Maria), v.42, n.2, p.137-148, 2016.

MARTINS, B.F.; BERVALDO, B.R.; SILVA, L.F.F.; ALVES, B.D.; OLIVEIRA, M. L.F. Olhar de Trabalhadores da Construção Civil Sobre as Drogas na Vida de Sua Família. **J Health Sci**, v.20, n.1, p. 68-72, 2018.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento**: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. 1998. 240f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MAYNART, W.H.C.; ALBUQUERQUE, M.C.S.; BRÊDA, M.Z.; JORGE, J.S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.4, p.300-3, 2014.

THIEDE, M.; MCINTYRE D. **Access:** unlocking the potential of health systems Town. Health Economics Unit. 2006.

MEDEIROS, C.R.G.; JUNQUEIRA, A.G.W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L.A.P.; SALDANHA, O.M.F.L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl.1, p.1521-31, 2010.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2 ed. São Paulo: Escrituras Editoras, 2006.

MELO, A.S.E.; MAIA FILHO, O.N.; CHAVES, H.V. Conceitos básicos em intervenção grupal. **Encontro Revista de Psicologia**, v.17, n.26, p.1-14, 2014.

MELLO, R.; FUREGATO, A.R.F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.3, p.457-64, 2008.

MENDES, E.V. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília, 2015.193 p.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.77-92, 2014.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. (Org). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no Cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro – RJ, n.65, p. 316-23, 2003.

MIGUEL, F.V.C. A entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da linguística aplicada. **Revista Disseia - PPGEL/UFRN**, n.5, p.1-14, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONNERAT, J.L.: SOUZA, R.G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katalysis**, v.14, n.1, p.41-9, 2011.

MONTEIRO, C.N.; BEENACKERS, M.A.; GOLDBAUM, M.; BARROS, M.B.A.; GIANINI, R.J.; CESAR, C.L.G; MACKENBACH, J.P. Use, access, and equity in health care services in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.1-13, 2017.

MORAES FILHO, M.; MOURA, L.M.; SOUZA, A.M.; PEREIRA, L.S.; SANTOS, L.C.N; ARANTES, A.A.; CARVALHO FILHA, F.S.S.; ALSTEEN, G.I.; SOUSA, T.V.S.S.; PEREIRA, M.C. A atuação da enfermagem na oficina terapêutica no contexto de um centro de atenção psicossocial. **REAEnf/EJNC**. v.1, p.1-7, 2019.

MORAIS, R.R.; COUTO, M.C.V.; FARIA, D.L.S.; MODENA, C.M.O. Atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.14, n.1, p.1-15, 2019.

NASCIMENTO, T.M.; GALINDO, W.C.M. Grupo Operativo em Centros de Atenção Psicossocial na opinião de psicólogas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.12, n.2, p.422-38, 2017.

NASCIMENTO, L.A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde**, v.26, n.1, p.103-121, 2019.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. **Superando o manicômio: desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Curitiba: EdUFMT, 2005. 209p.

OLIVEIRA, R.F.; ANDRADE, L.O.M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3069-78, 2012.

OLIVEIRA, T.T.S.S; CALDANA, R.H.L. Práticas psicossociais em psicologia: um convite para o trabalho em rede. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.9, n.2, p.184-92, 2014.

OLSCHOWSKY, A.; GLANZNER, C.H.; MIELKE, F.B.; KANTORSKI, I.P.; WETZEL, C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade de Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.4, p.781-7, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocesos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.11, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A.L.; SANTOS, D.V.D.; STEFANELLO, S.; GONÇALVES, L.L.M.; ANDRADE, P.M.; BORGES, L.R. A. Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.2889-98, 2013.

Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Ginebra: Biblioteca de la OMS, 2001.

_____. **Salud mental y desarrollo:** poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra: Biblioteca de la OMS; 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries Saúde no Brasil**. p.1-21, 2011.

PAIM, B.R.; PORTA, D.D.; SARZI, D.M.; CARDINAL, M.F.; SIQUEIRA, D.F.; MELO, A.L.; TERRA, M.G. Atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas: papel do centro de atenção psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.1, p.1-7, 2017.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p.2067-76, 2011.

PEIXOTO, C.; PRADO, C.H.O.; RODRIGUES, C.P.; CHEDA, J.N.D.; MOTA, L.B.T.; VERAS, A.B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.4, p.317-21, 2010.

PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept of access– definition and relationship to consumer satisfaction. **MedCare**, v.19, n.2, p.127-40, 1981.

PINHO, L.B. Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica. 2009. 344f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PINHO, E.S.; SOUZA, A.C.S.; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1, 141-51, 2018.

PINHO, L. B. et al. **Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack:** relatório de pesquisa. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2014.

PITTA-HOISEL, A.M. **Sobre uma política de Saúde Mental**. 1984. 161f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 1984.

POLIGNANO, M.V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. P. 1-35, S/D Disponível em:
http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf
Acesso em: 20/01/2018.

PREFEITURA, Municipal de Capão do Leão. **Dados Gerais**.
<http://www.prefeitura.capaodoleao.com.br/dados-gerais/>. Acessado em 19/03/2018

RAMMINGER, T.; BRITO, J.C. "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.23, p.150-60, 2011.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1, p.27-34, 2003.

RIBEIRO, E.A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, v.4, p.129-148, 2008.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R.; BASTOS, F.; DIAS, A.I.; FERNANDES, F.M.B. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas– o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p.71-81, 2016.

RIBEIRO, D.M.N.F.; SANTOS, H.L.; BARBOSA, C.P. Caracterização socioeconômica e demográfica de usuários com transtornos mentais em um Centro de Atenção Psicossocial. **HumanÆ**. Questões controversas do mundo contemporâneo, v.12, n.1, p.1-24, 2018.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.6089-100.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

SALLES, A.C.R.R.; MIRANDA, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v.28, n.2, p.369-79, 2016.

SALLES, D.B.; SILVA, M.L. Percepção de profissionais da área de saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.25, n.2, p.341-49, 2017.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.31, n.3, p.260–8, 2012.

SANCHO, L.G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.765-74, 2012.

SANTOS, E.O.; COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P. et al. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. **Rev. Fund Care Online**, v.9, n.3, p.606-13, 2017.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v.1, n.1, p. 1-15, 2009.

SCHENKEL, M.A. O papel da política de saúde sobre as desigualdades nas regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Territorial Sustentável**, v.3, n.2, p.104-21, 2017.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**. v.31, p.59-80, 2016.

SEVERO, A.K.; DIMENSTEIN, M. **Rede e Intersectorialidade na Atenção Psicossocial**: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e profissão*, v.31, n.3, p.640-55, 2011.

SILVA, D.R.; PINTO, D.M.; JORGE, M.S.B. A prática médica no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, n.2, p.374-86, 2011.

SILVA FILHO, J.A.; BRAGA, V.M.; HOLANDA, M.L.A. Saberes e Práticas de uma Equipe Multiprofissional: atendimento à crise no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Mult. Psic.** v.12, n.42, p.862-74, 2018.

SILVA, A.B. **Narrativas de cuidado de “usuários de drogas”**: um estudo etnográfico na rua e suas territorialidades. 2018. 216f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STOPA, S.R.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, C.N.; SZWARCOWALD, C.L.; GOLDBAUM, M.; GALVÃO, C.C.L. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**. v.51, supl.1, p.1-11, 2017.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, Supl.1, 2008.

SOUZA, V.R. **Contrarreforma psiquiátrica**: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. 2012. 166f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SOUZA, T.H.; ZEFERINO, M.T.; FERMO, V.C. Recepção: Ponto estratégico para o acesso do usuário ao sistema único de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.25, n.3, p.1-8, 2016.

SURJUS, L.T.L.S.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Indicadores de avaliação da inserção de pessoas com deficiência intelectual na Rede de Atenção Psicossocial. **Saúde Debate**, v.41, p.60-70, 2017.

TAKAHARA, A.H.; FURINO, V.; MARQUES, A.C.; ZERBETTO, S.; FURINO, F. Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. **Revista APS**, v.20, n.3, 434 – 43, 2017.

TÃNO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSi da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.1-27, 2019.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador (online). 2011.

TEIXEIRA, M.R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.6, p.1933-42, 2017.

THIEDE, M.; MCLNTYRE, D. Informação, comunicação e acesso aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.5, p.1168-73, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, Supl.2, p.190-198, 2004.

TREVISAN, E.R.; CASTRO, S.S. Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.994-1012, 2017.

VECHIATTO, L.; ALVES, A.M.P. **A saúde mental infanto-juvenil e o Caps-I: uma revisão integrativa**. Emancipação, Ponta Grossa, v.19, n.1, p.1-12, 2019.

VICENTE, J.B.; MARIANO, P.P.; BURIOLA, A.A.; PAIANO, M.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.2, p54-61, 2013.

WANDEKOKEN, K.D.; DELBELLO-ARAUJO, M.; BORGES, L.H. Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Saúde em Debate**. v.41, n.112, p.285-97, 2017.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J.F.; CAMATTA, M.W. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p.2133-43, 2011.

XAVIER, S.; KLUT, C.; NETO, A.; PONTE, G.; MELO, J.C. O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos? **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE**, v.11, n.2, p.10-21, 2013.

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

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICE A- ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Roteiro de observação

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO:

Como funciona o CAPS (características gerais, a porta de entrada elegida, o fluxo de atendimento, o tempo de espera para ser acolhido, o sistema de referência e contrarreferência, horários, instalações entre outros);

Oferta de atendimentos (tipo de atividades, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, plano terapêutico singular, entre outros);

Formas de acesso (como chegou ao serviço/ qual foi a necessidade/ para onde foi encaminhado?).

Observar os momentos em que ocorre o planejamento das ações no serviço (periodicidade, reuniões de equipe, o número de profissionais que compõe as equipes, as discussões de casos entre outros aspectos pertinentes ao tema em estudo).

REGISTROS

Como são feitos e usados os registros?

Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários);

Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas;

Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados;

Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares;

Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe;

Observar demais documentos da política de saúde mental, da qual os CAPS fazem parte.

AS REUNIÕES DE EQUIPE

Profissionais que participam da reunião,

Discussões de casos (Identificação do problema que levou o usuário ao serviço, relação usuário e trabalhador, escuta, intervenções realizadas);

Identificar os instrumentos de trabalho usados pela equipe que possibilitam o acesso ao cuidado do usuário;

São discutidas questões relacionadas ao acesso;
Uso de normas da equipe (rígida ou não);
Condutado profissional frente ao caso;
Quem agenda os atendimentos, tempo médio entre a marcação e a consulta;

USUÁRIOS

Como o usuário é recebido no serviço;
Tempo de espera para o atendimento;
Como é realizado o acolhimento dos usuários;
O acesso ao cuidado e as atividades ofertados são disponibilizadas aos usuários;

FAMILIARES:

Como os familiares são recebidos no serviço;
Tempo de espera para o atendimento;
Como é realizado o acolhimento dos familiares;
O acesso ao cuidado dos familiares é garantido no serviço;
Existe grupo de familiares;

TRABALHADORES:

Quais atividades executadas pelos trabalhadores que colaboram com o acesso dos usuários e familiares no serviço;
Distribuição dos trabalhadores durante os turnos de trabalho;
Há profissionais disponíveis no serviço para fazer o acolhimento e garantir o acesso.

APÊNDICE B- ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Questões norteadoras gerais – TRABALHADORES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação da entrevista

Idade: _____

Sexo: _____

Gênero: _____

Profissão: _____

Tempo de atuação no CAPS: _____

Tempo de atuação no campo da saúde mental: _____

Questões disparadoras:

a) Fale como é realizado o acesso ao cuidado e o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial.

b) Existem dificuldades no acesso ao cuidado do usuário no Centro de Atenção Psicossocial?

c) Comente sobre as melhorias que podem ser realizadas para garantir o acesso ao cuidado do usuário ao Centro de Atenção Psicossocial?

Questões norteadoras – USUÁRIOS/FAMILIARES

Identificação da entrevista

Idade: _____

Sexo: _____

Gênero: _____

Tempo de acompanhamento no CAPS: _____

Tempo acompanhamento em saúde mental: _____

Questões disparadoras:

a) Fale como foi acessar o cuidado e o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial.

b) Houve alguma dificuldade para acessar o cuidado no Centro de Atenção Psicossocial?

c) Comente sobre as melhorias que podem ser realizadas para garantir o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial?

**APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
DO CAPÃO DO LEÃO PARA A EXECUÇÃO DA PESQUISA**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

Para: Sr. Wolke Luiz Aliandro Rodrigues
Secretário Municipal de Saúde –Capão do Leão/RS

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a intenção de desenvolver uma pesquisa junto ao Centro de Atenção Psicossocial deste município. O projeto de pesquisa denominado “**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**”. Tem como objetivo avaliar o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial do município de Capão do Leão, Rio Grande do Sul. A pesquisa está ligada à tese de doutorado de Adriane Domingues Eslabão, CPF 001.339.130-58, matrícula 0241490, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujo orientador é o Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

Vale ressaltar que a Escola de Enfermagem e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS vêm desenvolvendo uma parceria junto aos municípios como Pelotas e Viamão. Neste sentido, temos interesse em fortalecer os laços agora com o município de Capão do Leão e, a partir de nossa responsabilidade social enquanto academia, contribuir para a qualificação das políticas públicas em saúde mental, apresentamos nosso interesse atual de pesquisa.

Deste modo, é preciso solicitar, respeitosamente, ao senhor Secretário de Saúde a autorização para a realização da presente pesquisa em nível municipal. Salieta-se que o tema é relevante e trará contribuições para qualificar o atendimento e as políticas de saúde mental no município de Capão do Leão. Além disso, garantimos que o projeto respeitará todos os princípios éticos da pesquisa e que terá início somente após a sua autorização e aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocamo-nos ao seu dispor para quaisquer esclarecimentos.

Ciente. De acordo:

Wolke Luiz A. Rodrigues
Secretário Municipal de Saúde
Capão do Leão - RS

Wolke Luiz Aliandro Rodrigues
Secretário de Saúde de Capão do Leão-RS

Responsáveis:

Adriane Domingues Eslabão

Leandro Barbosa de Pinho

E-mail: adrianeeslabao@hotmail.com E-mail: ibpinho@hotmail.com

Fone: (53) 98104-1135

Fone: (051) 98221-0103

**APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL
PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO
CAPÃO DO LEÃO – RS**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

Para: Sra. Richele Zurchimitten Matheus
Coordenadora de Saúde Mental–Capão do Leão/RS

Nós, pesquisadores responsáveis pela pesquisa **“AVALIAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”**, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do município, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconiza a resolução 466/2012, do Ministério da Saúde.

Informamos que a referida pesquisa tem por objetivo avaliar qualitativamente o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial do município. Acreditamos que o estudo contribua na construção do conhecimento no campo da saúde mental, além de fortalecer estratégias inovadoras no município em relação ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

A análise documental prevê acesso a documentos que embasam a política de saúde mental do município (protocolos, notas técnicas, prontuários, Projeto Terapêutico Singular entre outros) atas de reuniões, relatórios de gestão e indicadores de saúde. Para isso, solicitamos sua autorização para acesso a esses documentos.

Adriane Domingues Eslabão
Doutoranda – PPGENE/UFRGS

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Orientador

Escola de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco.
CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS.

Ciente e de acordo:



Richele Z. Matheus
Mat.: 5485
Diretor(a) • Saúde Mental

APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**” que será realizada como parte da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo será desenvolvido pela doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Adriane Domingues Eslabão, sob a orientação do Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho. Trata-se de um estudo que tem por objetivo avaliar qualitativamente as o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial do município de Capão do Leão-RS.

A coleta de dados será realizada por meio da observação participante, entrevista semiestruturada e a análise documental. A observação participante objetiva ganhar o direito de entrada no local de estudo, conhecer as rotinas, acesso e fluxos com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa etapa não será utilizada para levantar particularidades dos usuários, mas para identificar informações sobre a forma como o serviço se organiza para garantir o acesso.

A entrevista semiestruturada será realizada com os usuários, familiares e trabalhadores do CAPS, será realizada conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido.

Na análise documental serão verificado dados provenientes de documentos e arquivos existentes no serviço, como: prontuários, fluxogramas, atas de reuniões de equipe, protocolos internos e documentos cuja a pertinência esteja atrelada ao objetivo do estudo. Essas informações serão pertinentes para o levantamento de informações importantes referente a organização do serviço na garantia do acesso dos usuários a estes espaços de atenção.

Deste modo, todas as informações coletadas e transcritas serão mantidas em sigilo, em nenhum momento da pesquisa você será identificado e, além disso, terá acesso livre aos dados coletados.

Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres Humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esperamos que a pesquisa contribua com as práticas de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico e com o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, respeitando as orientações da política nacional de saúde mental em vigência no Brasil.

Cabe destacar que a pesquisa poderá acarretar alguns riscos aos participantes como: constrangimento durante o processo de observação participante, pois haverá

interações e questionamentos relacionados aos objetivos do processo avaliativo. E riscos de desconfortos durante a aplicação da entrevista, visto que alguns questionamentos realizados durante a entrevista pode mobilizar sentimentos delicados ao participante.

Para minimizar estes riscos serão garantidos aos participantes do estudo que os mesmos possam desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa do estudo e/ou continuar num outro momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Caso o participante vivencie algum sofrimento será possibilitado a este auxílio por meio dos serviços da RAPS do município e pela escuta qualificada da pesquisadora.

E como benefícios da pesquisa, destaca-se, a contribuição do estudo para repensar as estratégias de cuidado local que facilitem o acesso dos usuários da saúde mental nos serviços especializados da RAPS, e para repensar novas políticas públicas em saúde e saúde mental.

Caso você tenha interesse em participar, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios, e dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e que estou de acordo que não haverá pagamento de despesas, por parte dos pesquisadores, pela participação na pesquisa. Autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, e da segurança que não serei identificado

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO COORDENADOR DA
PESQUISA: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Orientador da pesquisa- Leandro Barbosa de Pinho. Cel (051) 8137-1860 ou 8221-0103.
E mail: lbpinho@ufrgs.br

Pesquisadora- Adriane Domingues Eslabão. Cel (053) 98104-1135. Email:
adrianeeslabao@hotmail.com

Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco. CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS. Comitê
de Ética em Pesquisa – UFRGS: Tel: 051-33083629

ANEXO A – PARECER DO CEP DA UFRGS



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO ACESSO AO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO

Pesquisador: Leandro Barbosa de Pinho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 04070818.0.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.115.068

Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese de Doutorado de Adriane Domingues Esclabão, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob orientação do Prof. Leandro Barbosa de Pinho.

Tem como objeto de estudo a avaliação do acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial.

Pretende responder aos seguintes questionamentos:

Quais os fatores que envolvem o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)? Que barreiras de acesso são identificadas por usuários, familiares e trabalhadores no acesso ao cuidado no CAPS? Que propostas podem ser implementadas, na avaliação dos usuários, familiares e trabalhadores, para qualificar o acesso ao cuidado no Centro de Atenção Psicossocial?

A hipótese do estudo é que a avaliação do acesso ao cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial constitui-se como indicador que demonstra as aproximações e os distanciamentos com processos de trabalho em rede, gerando subsídios para problematizar o processo de consolidação da reforma psiquiátrica no contexto do município.

O campo do estudo será o Centro de Atenção Psicossocial localizado no município de Capão do Leão, na região sul do estado do Rio Grande do Sul (RS). A escolha do município como local de estudo ocorreu de forma intencional, devido à inserção da pesquisadora na rede de saúde.

Os participantes serão em número de 30, sendo dez usuários, dez familiares e os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial do município de Capão do Leão/RS. O interesse por estes participantes deve-se à escolha do método avaliativo e pelo importante papel de cada um destes

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.115.068

atores como corresponsável pelo acesso ao cuidado no CAPS.

Critérios de Inclusão:

- grupo de usuários: usuários que frequentam o CAPS, com boa capacidade de comunicação e que se propuserem voluntariamente a participar da pesquisa, permitindo a publicação dos dados com o total sigilo e anonimato, com boa saúde clínica, sem prejuízo do processo avaliativo no momento da entrevista;
- grupo de familiares: familiares que acompanham ou já acompanharam algum parente no CAPS, familiares que voluntariamente aceitarem participar do estudo e que permitirem a divulgação dos resultados da pesquisa, sem nenhuma publicação de seus dados pessoais;
- grupo de trabalhadores: serão convidados a participar os profissionais que possuem vínculo de, no mínimo, três meses com o CAPS e permitirem a divulgação dos dados obtidos em suas entrevistas com o resguardo ético.

Critérios de Exclusão:

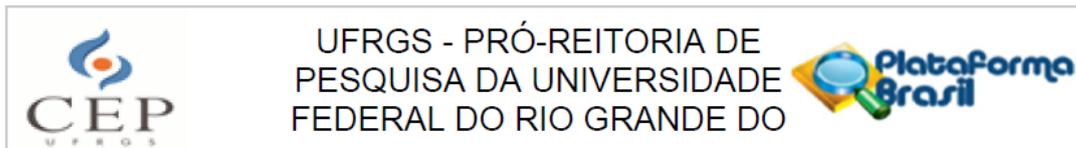
Serão excluídos usuários em estado psicótico, sob efeito de substâncias psicoativas; familiares com dificuldade de comunicação que os impeça de participar da pesquisa; profissionais que estiverem em gozo de licença e/ou férias.

A coleta de dados será realizada com a utilização de três técnicas: observação participante, entrevista individual e análise documental.

A observação participante será realizada no CAPS de Capão do Leão, com a imersão da pesquisadora nas atividades ofertadas no serviço, na sala de espera, nas reuniões de equipe, nas oficinas terapêuticas, nos grupos terapêuticos, entre outros espaços importantes. Será utilizado um roteiro de observação, que está detalhado no APÊNDICE A do projeto de pesquisa. Os aspectos que serão observados foram apresentados nos seguintes tópicos: informações gerais sobre o funcionamento do serviço, registros, reuniões de equipe, usuários, familiares e trabalhadores. Dessa forma, serão observadas situações que envolvem fluxo de atendimento, o tempo de espera para ser acolhido, o sistema de referência e contrarreferência, atividades ofertadas pelo CAPS, número de profissionais que compõem as equipes, as discussões de casos, como os usuários e familiares são recebidos no serviço, quais as atividades executadas pelos trabalhadores que colaboram com o acesso dos usuários e familiares no serviço, entre outros aspectos pertinentes ao tema em estudo.

A entrevista seguirá as orientações do método de Avaliação de Quarta Geração, com a utilização do Círculo Hermenêutico-Dialético. Será utilizado um roteiro para usuários e familiares e um roteiro para profissionais, contendo questões norteadoras que envolvem aspectos referentes ao

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.115.068

tema da pesquisa. A coleta de dados inicia por um respondente R1 (escolhido pelo investigador por algum motivo conveniente ou proveniente). Este irá participar de uma entrevista aberta que objetiva originar uma construção inicial e êmica do processo avaliativo – dando o enfoque da investigação. No final da entrevista é solicitado a R1 que indique outro respondente, R2, alguém que o respondente inicial identifique com visões diferentes das suas.

Os temas centrais com os valores, ideias e as preocupações oriundas da entrevista de R1 são analisados pelo investigador, surgindo daí a construção de R1, denominada como C1.

Dando continuidade às entrevistas, R2 terá o mesmo nível de liberdade que teve R1 para discutir e falar do enfoque da investigação. Ao final de sua entrevista são introduzidas as análises (C1 realizadas) da entrevista de R1, deste modo o segundo respondente irá comentar também esses temas. Assim, na entrevista de R2 teremos as suas informações e mais as considerações em relação aos dados e construções de R1. Do mesmo modo, ao final da segunda entrevista é solicitado ao respondente que indique R3. O investigador também irá construir uma segunda análise referente à entrevista de R2, C2, sendo que esta estará mais fundamentada, pois contém informações de duas entrevistas R1 e R2. E segue o processo avaliativo, pois esse é o princípio da construção conjunta proposta.

Na análise documental serão incluídos documentos como: atas de reuniões, atas de assembleias, documentos oficiais da política municipal e outros que possam ser pertinentes.

O projeto de pesquisa será apresentado em uma reunião de equipe aos profissionais, conforme a disponibilidade do grupo de interesse, evitando interferência nas atividades do serviço. A apresentação formal do projeto servirá para expor a pesquisa, os objetivos, os métodos envolvidos e o cronograma das atividades.

A entrevista será realizada de forma individual com cada participante, conforme a sua disponibilidade e em local que garanta a sua privacidade, podendo ser no próprio serviço (CAPS). Antes de iniciar a entrevista, a pesquisa será novamente apresentada ao participante de forma individual abrindo espaço para questionamentos e, após o aceite em participar do estudo será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE será lido juntamente com o participante, e após entregue em duas vias para ser assinado. Uma cópia ficará com o participante e a outra será anexada aos documentos da pesquisa de forma segura e sigilosa.

Será garantido o anonimato dos participantes do estudo com a utilização de letras e números, conforme a ordem em que aparecem nas entrevistas.

A análise de dados ocorrerá concomitantemente ao processo de aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético, o que Guba e Lincoln (2011) chamam de Método Comparativo Constante.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.115.068

/ Brochura Investigador	Projeto.docx	14:34:33	Pinho	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPOSTA.docx	10/01/2019 14:33:06	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER.docx	08/01/2019 12:45:32	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/01/2019 12:30:27	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	31/12/2018 13:32:57	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao2.pdf	04/11/2018 20:42:11	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	04/11/2018 20:39:52	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Janeiro de 2019

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador(a))