

CÍNTIA NASI

**AS EXPECTATIVAS DOS USUÁRIOS E AS INTENÇÕES DOS
TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Porto Alegre

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Nasi, Cíntia

AS EXPECTATIVAS DOS USUÁRIOS E AS INTENÇÕES DOS
TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL /
Cíntia Nasi. -- 2011.

168 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Saúde Mental. 2. Reforma dos Serviços de Saúde.
3. Serviços de Saúde Mental. 4. Enfermagem
Psiquiátrica. I. Schneider, Jacó Fernando, orient.
II. Título.

CÍNTIA NASI**As expectativas dos usuários e as intenções dos trabalhadores de um 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 Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 11 de julho de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider:

Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Florence Romijn Tocantins:

Membro – UNIRIO

Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta:

Membro – UFCSPA

Profa. Dra. Agnes Olschowsky:

Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Christine Wetzel:

Membro – EENF/UFRGS

A vida não é um jogo onde só quem testa seus limites é que leva o prêmio. Não sejamos vítimas ingênuas desta tal competitividade. Se a meta está alta demais, reduza-a. Se você não está de acordo com as regras, demita-se. Invente seu próprio jogo. Faça o que for necessário para ser feliz. Mas não se esqueça que a felicidade é um sentimento simples, você pode encontrá-la e deixá-la ir embora por não perceber sua simplicidade.

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me iluminar todos os dias da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Gladis e Luiz, pela vida, pelo incentivo constante, por serem pessoas tão especiais em minha vida. Agradeço à irmã Lara pelo apoio e auxílio na construção deste trabalho.

Ao Alisson, companheiro de todas as horas, pelo incentivo, carinho e por compartilhar comigo desta trajetória acadêmica, tornando-a mais leve.

Ao meu orientador Jacó Fernando Schneider, pelos momentos de estudo, orientações, compartilhamento de vivências e trocas que foram fundamentais para a concretização desta etapa. Além disso, agradeço pela amizade e confiança.

À UFRGS, pelo ensino público, de qualidade. Ao programa de pós-graduação em enfermagem da UFRGS, em especial às coordenadoras Clarice Maria Dall'Agnol e Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha e à secretária Tatiane Santos. Às professoras da Escola de enfermagem, pelo aprendizado e troca de vivências, em especial às professoras Agnes Olschowsky e Christine Wetzel.

À professora Florence Romijn Tocantins pela disponibilidade em me receber e auxiliar de maneira tão enriquecedora na construção deste estudo.

Agradeço a todos do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), pelas trocas de vivências, pelas discussões e reflexões teóricas e práticas quanto à saúde mental e pela inserção em projetos de pesquisa ligados à esse.

Ao colega e amigo Marcio Wagner Camatta, pela amizade e pelas trocas de experiências, durante esta caminhada. Aos colegas do programa de pós-graduação da escola de enfermagem, especialmente a Gicelle Galvan Machineski e a Fernanda Barreto Mielke.

A todos os meus familiares e amigos, pelo incentivo, amizade e confiança durante esta caminhada.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina pelo apoio e incentivo nesta etapa da minha formação acadêmica.

Aos trabalhadores e usuários do CAPS de Chapecó, pelo compartilhamento de experiências e disponibilidade em participar da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de estudos durante o doutorado.

RESUMO

Com o processo da reforma psiquiátrica brasileira começam a ocorrer transformações do modelo assistencial em saúde mental, passando de uma abordagem voltada apenas para a doença, para outra que considera a existência de sujeitos com diversas necessidades e potencialidades. Nesse processo de mudanças faz-se importante a criação de uma rede de serviços que atuem conforme a lógica da atenção psicossocial aos usuários de forma singular, promovendo a autonomia e a reinserção social destes. Dentre esses serviços, é possível citar os Centros de Atenção Psicossocial. Este estudo possui o objetivo geral de discutir a relação social entre trabalhadores que atuam no CAPS e o usuário do serviço. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica, com a utilização do referencial de Alfred Schutz. Este estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial, localizado no município de Chapecó, no estado de Santa Catarina. Os sujeitos do estudo constituíram-se em 14 trabalhadores e 14 usuários deste CAPS. A coleta das informações foi realizada por meio de entrevista fenomenológica com os participantes do estudo, nos meses de janeiro e fevereiro de 2011. As categorias que expressam as expectativas dos usuários quanto às ações dos trabalhadores do serviço relacionam-se com a espera pela sua melhora, com a expectativa de melhorias no serviço e pela expectativa de atenção dos trabalhadores do CAPS. Quanto aos trabalhadores, estes expressam a intencionalidade das suas ações em promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários; e na intenção de que ocorram melhorias na administração pública, no sentido de melhorar a atenção aos usuários do serviço. A partir da análise das expectativas dos usuários e das intenções dos trabalhadores quanto às ações no CAPS identificou-se convergências especialmente quanto à melhora dos usuários e quanto a melhorias no serviço público. A relação social estabelecida entre usuários e trabalhadores demonstrou ser permeada pela atenção psicossocial que os trabalhadores desenvolvem no serviço, pela expressão de que os usuários podem obter ajuda dos trabalhadores, pela relação de confiança e vínculo que vai sendo construída no cotidiano do serviço. Assim, é preciso que nos serviços de saúde mental a relação social entre usuários e trabalhadores esteja voltada para as necessidades de saúde dos usuários e para maneiras de melhor intervir sobre elas.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental. Reforma dos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

With the process of psychiatric reform, it begins to happen changes in the mental health care model, from an approach focused only in the illness, to other one, that considers the existence of the subjects themselves, with its various needs and potentialities. In this process of changes, it is important to create a network of services capable to act according to the psychosocial logic of attention to the user in a singular form, promoting their autonomy and social reinsertion. Among these services, it is possible to quote the Psychosocial Care Center (CAPS). The present study aims to discuss the social relation between the workers that act in a CAPS and the users of the service. It is a qualitative research, with a phenomenological approach, according to Alfred Schutz's referential. The study was carried out in a CAPS in Chapecó City, Santa Catarina State, Brazil. Actors of the study were 14 workers and 14 users of the CAPS. Data collection was realized with phenomenological interview, between January and February 2011. The categories that express the expectations of the users regarding the actions of the service's workers are related to the wait for improving, to the expectation for improvements in the service and to the expectation of the worker's attention. As for the workers, they express the intentionality of their actions in promoting the users' autonomy and quality of life; as well as the intentionality that occur improvements in the public administration, in order to improve the attention to the users of the CAPS. From the analysis of the expectations of the users and the intentionality of the workers related to the actions in the CAPS, it were identified convergences especially regarding the improvement of the users and the public service. The social relation established between users and workers has shown to be permeated by psychosocial attention that the workers develop in the service, by the expression that users can obtain help from the workers, by the trust relation and the establishment of bonds that are constructed in the quotidian of the service. Thus, it is necessary that in the mental health services, the social relation between users and workers be focused on the health needs of the users and in the better manners of intervening upon them.

KEYWORDS: Mental health. Health Care Reform. Mental Health Services. Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Con el proceso de la reforma psiquiátrica brasileña, transformaciones del modelo de atención en salud mental comenzaron a ocurrir, pasando de un abordaje basado únicamente para la enfermedad a otra que considera la existencia de sujetos con distintas necesidades y potenciales. En ese proceso de cambios, es importante la creación de una red de servicios que actúen de acuerdo con la lógica de la atención psicosocial a los usuarios de manera singular, con la promoción de su autonomía y de su reinserción social. Entre esos servicios, es posible mencionar los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Este estudio tiene por objetivo general la discusión de la relación social entre trabajadores que actúan en el CAPS y los usuarios del servicio. Se trata de una investigación de naturaleza cuantitativa, de abordaje fenomenológico, con el uso del referencial de Alfred Schutz. Se realizó este estudio en un CAPS ubicado en el Municipio de Chapecó, en el Estado de Santa Catarina. Los objetos del estudio son 14 trabajadores y 14 usuarios del CAPS. El recogido de las informaciones se realizó a través de entrevista fenomenológica con los participantes del estudio, en los meses de enero y febrero de 2011. Las categorías que expresan las expectativas de los usuarios en cuanto a las acciones de los trabajadores del servicio se relacionan con la espera por su mejora, con la expectativa de mejora en el servicio y por la expectativa de atención de los trabajadores del CAPS. En lo que se refiere a los trabajadores, éstos expresaron la intención de sus acciones en promover la autonomía y la calidad de vida de los usuarios; y en la intención de que haya mejoras en la administración pública, en el sentido de desarrollar la atención a los usuarios del servicio. A partir del análisis de las expectativas de los usuarios y de las intenciones de los trabajadores en relación a las acciones en el CAPS, se identificó convergencias especialmente en cuanto a la mejora de los usuarios y en el servicio público. La relación establecida entre usuarios y trabajadores demostró ser permeada por la atención psicosocial que los trabajadores desarrollan en el servicio, por la expresión de que los usuarios pueden obtener ayuda de los trabajadores, por la relación de confianza y vínculo que se construye en el cotidiano del servicio. Así, es necesario que en los servicios de salud mental la relación social entre usuarios y trabajadores esté dirigida a las necesidades de salud de los usuarios y a maneras de mejor intervenir sobre ellas.

Palabras-clave: Salud Mental. Reforma de la Atención de Salud. Servicios de Salud Mental. Enfermería Psiquiátrica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Mapa do Estado de Santa Catarina com destaque para o Município de Chapecó. Em mapa menor a localização do estado de Santa Catarina no Mapa do Brasil, 2011.....	67
Figura 2-	CAPS II do Município de Chapecó, SC, 2011	69
Figura 3-	Síntese dos atendimentos relatados pelos usuários e ações desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPS.....	143
Figura 4-	Síntese das expectativas dos usuários quanto aos trabalhadores do CAPS e às intenções dos trabalhadores....	145
Figura 5-	Convergências entre as expectativas dos usuários e intenções dos trabalhadores.....	146

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Artigos que tratam do significado dos CAPS para seus trabalhadores. Chapecó, SC, 2011.....	35
Quadro 2-	Artigos que tratam do significado dos CAPS para seus usuários. Chapecó, SC, 2011.....	42
Quadro 3-	Demonstrativo das características dos usuários do CAPS entrevistados, Chapecó, 2011.....	81
Quadro 4-	Atendimento dos usuários do CAPS.....	82
Quadro 5-	Categorias concretas do vivido dos usuários do CAPS.....	90
Quadro 6-	Demonstrativo das características dos trabalhadores do CAPS entrevistados, Chapecó, 2011.....	107
Quadro 7-	Ações dos trabalhadores do CAPS.....	109
Quadro 8-	Categorias concretas do vivido dos trabalhadores do CAPS.	121

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	13
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3 DELIMITAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	26
3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Paradigma da Atenção Psicossocial.....	26
3.2 O significado dos CAPS para seus trabalhadores e usuários.....	34
3.3 Necessidades assistenciais em saúde mental nos CAPS.....	49
4 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO.....	56
4.1 Opção pelo referencial.....	56
4.2 Fenomenologia Social de Alfred Schutz.....	57
5 TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....	65
5.1 Tipo de Estudo.....	65
5.2 Campo de Estudo.....	67
5.3 Sujeitos do Estudo.....	70
5.4 Coleta das Informações.....	71
5.5 Análise das Informações.....	73
5.6 Aspectos Éticos.....	73
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
6.1 Expectativas dos usuários quanto à assistência no CAPS.....	78
6.1.1 Caracterização dos usuários e descrição dos atendimentos que recebem da equipe do CAPS.....	78
6.1.2 Categorias concretas e o típico da ação dos usuários.....	89
6.1.3 Análise compreensiva do típico da ação dos usuários do CAPS.....	94
6.2 Intenções que orientam as ações dos trabalhadores no CAPS.....	103
6.2.1 Caracterização da Equipe e descrição das ações que desenvolvem no CAPS.....	103

6.2.2	Categorias concretas e o típico da ação dos trabalhadores do CAPS.....	120
6.2.3	Análise compreensiva do típico da ação dos trabalhadores do CAPS.....	129
6.3	Reciprocidade de perspectivas entre o típico da expectativa do usuário e o típico da intenção do trabalhador.....	143
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
	REFERÊNCIAS.....	155
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	163
	APÊNDICE B – Caracterização dos Usuários.....	164
	APÊNDICE C – Caracterização dos Trabalhadores.....	165
	APÊNDICE D –Questões orientadoras das entrevistas.....	166
	ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	167
	ANEXO II – Carta de Aprovação da COMPESQ.....	168

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Com as transformações do modelo assistencial em saúde mental, surgidas com o processo da reforma psiquiátrica, começa a ocorrer inversão na lógica de atenção nessa área, passando de uma abordagem voltada apenas para a doença, para outra que considera a existência de sujeitos com diversas necessidades e potencialidades.

Nesse processo de inversão faz-se importante a criação de serviços que atuem conforme a lógica da atenção aos usuários de forma singular, promovendo a autonomia e a reinserção social destes. Dentre esses serviços, é possível citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos elementos da rede de atenção à saúde mental, responsável pela demanda de usuários em determinado território.

Os CAPS, enquanto um dos elementos dessa rede de saúde mental, possuem potencial para fortalecer os princípios da reforma psiquiátrica, na medida em que priorizam as singularidades dos seus usuários e disponibilizam uma atenção integral, com relações dialógicas e humanizadas.

É nessa temática da saúde mental que esta pesquisa está inserida e versa sobre as relações sociais que são estabelecidas entre usuários e trabalhadores que atuam em um CAPS. Tal estudo surgiu pelo meu interesse na área da saúde mental, iniciado ainda durante a graduação em Enfermagem na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Durante o curso, estive vinculada à Iniciação Científica, em grupo de estudos e pesquisa e em atividades de extensão nessa área. Com essas atividades, tive contato com a pesquisa acadêmica, discussões teóricas sobre a saúde mental e aproximação com usuários de um CAPS.

Tais aproximações com a saúde mental ocorreram em uma perspectiva de saúde para além da doença mental, inserida em determinado contexto social, norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. O contato com esse referencial da reforma psiquiátrica, ainda incipiente na época, chamou a minha atenção pela possibilidade de haver um atendimento mais humanizado nos serviços de saúde, com a valorização dos seus usuários e uma inclusão social daquelas pessoas tidas como loucas, perigosas e inválidas.

A partir da minha inserção nessas atividades acadêmicas, comecei a ter contato com usuários de um CAPS, especialmente durante o desenvolvimento do Grupo de Socioterapia do bairro Glória. Essa atividade de extensão era desenvolvida semanalmente pelos acadêmicos e professores que faziam parte do Grupo de Estudos em Saúde Mental e Gerontologia, tendo como público alvo pessoas que eram atendidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município e residentes neste bairro.

Por meio dos encontros com esse grupo, em que realizávamos atividades artesanais, festivas, conversação, dentre outras, permitíamos que os participantes expressassem seus sentimentos por meio da arte ou da verbalização, além de obtermos entrosamento social com esses usuários. Com o desenvolvimento dessa atividade grupal, pude conhecer esses usuários, criar uma relação de vínculo com eles e estabelecer uma interação que não estava centrada apenas nos seus transtornos mentais, mas sim em me importar com aspectos do seu dia a dia como, por exemplo, quanto às suas relações com os familiares.

Ainda, neste período, com a participação na pesquisa “Recursos assistenciais em Saúde Mental e Gerontologia nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul”, pude conhecer a realidade de diversos serviços existentes naquela região que realizavam algum tipo de atendimento em saúde mental. Nesta, identificou-se que a maioria dos municípios possuía algum tipo de serviço ambulatorial para atender os usuários, quando estes estavam estabilizados, porém, com a agudização dos sintomas, os usuários eram encaminhados para hospitalização, geralmente em municípios da região, privando-os do contato social e familiar.

Devido ao meu envolvimento, interesse e desejo em trabalhar com a área da saúde mental, após a graduação cursei Residência em Saúde Mental Coletiva, na Escola de Saúde Pública, em Porto Alegre. Durante os dois anos desta residência, tive contato com as unidades de internação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, desenvolvendo atividades junto a usuários desta instituição. Ainda nesse período, realizei atividades em serviços substitutivos de saúde mental - em CAPS e em ambulatório especializado - e consultoria de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde.

Ao cursar a residência em saúde mental, tive contato com modelos assistenciais antagônicos em saúde mental, com o modo asilar, durante as atividades práticas em hospital psiquiátrico, e com o modo psicossocial nas atividades em serviços substitutivos ao manicômio, como os CAPS e a atenção à saúde mental na atenção básica. Pude identificar que no primeiro modelo, o asilar, tem-se a concepção de sujeito enquanto alguém que possui um transtorno psiquiátrico e é visto basicamente com um enfoque voltado para a sua doença.

Nesse modo asilar a atenção era disponibilizada por uma equipe multiprofissional, com atuação fragmentada dos saberes e as intervenções ocorrendo em uma perspectiva biomédica. O tratamento no hospital psiquiátrico era baseado na terapia medicamentosa, isolamento social na instituição, havendo cerceamento das necessidades e vontades dos usuários, com rotinas preestabelecidas, regras rígidas aplicadas a todos os sujeitos, dificultando a expressão das suas singularidades e potencialidades.

Já no segundo modelo, o psicossocial, havia a tentativa de disponibilizar um cuidado que privilegiasse não somente a patologia dos sujeitos, mas sim que considerasse os sujeitos como indivíduos inseridos em um contexto social, familiar e com respeito a sua subjetividade. Nesse modo buscava-se voltar a atenção para as diferentes necessidades que os usuários apresentam, as quais envolvem diversas dimensões da sua vida como, por exemplo, as relações familiares, o trabalho, o lazer e a educação.

Durante as atividades práticas da residência em um CAPS, tive a oportunidade de entrar em contato com o professor Jacó Fernando Schneider, que na ocasião estava nesse serviço em supervisão das atividades teórico-práticas da disciplina de enfermagem em saúde mental, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A partir desse contato fui convidada a participar de um projeto de pesquisa denominado Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), projeto interinstitucional com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), UFRGS e Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), com financiamento do Ministério da Ciência e Tecnologia através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)⁽¹⁾. A participação neste projeto de pesquisa contribuiu em minha trajetória especialmente por propiciar discussões

e reflexões acerca do atendimento nos CAPS, segundo a visão tanto de trabalhadores dos serviços, como dos usuários e seus familiares.

Além disso, a minha inserção no projeto contribuiu para o despertar do meu interesse pela pesquisa acadêmica na área dos serviços ambulatoriais em saúde mental e das vivências dos usuários desses serviços. A partir de então, busquei a inserção em uma pós-graduação *Scripto Sensu*, em nível de mestrado, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Para essa trajetória do mestrado, foi importante a minha participação no Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) da EEUFRGS.

Por meio desse grupo de estudos e pesquisa, pude aprofundar discussões e estudos na área da enfermagem em saúde mental, já que neste desenvolvemos leituras de artigos científicos; acompanhamos a construção de projetos de pesquisa de graduandos, de pós-graduandos e de professores e trabalhadores inseridos no grupo; estivemos envolvidos em eventos na área, dentre outras atividades acadêmicas.

Durante o mestrado, cursei disciplinas que contribuíram para a minha trajetória enquanto pesquisadora na área de enfermagem e na temática da saúde mental. Além disso, por meio das orientações, obtive um contato inicial com os estudos da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, contato esse que foi se aprofundando por meio de estudos e de disciplinas desse referencial, o qual norteou a construção da minha dissertação de mestrado.

O objetivo da minha dissertação de mestrado foi compreender o Cotidiano de usuários de um CAPS⁽²⁾. Com esse estudo, pude desvelar a situação biográfica dos usuários, as relações sociais que estabelecem com seus familiares, amigos e vizinhos, as atividades ocupacionais que desenvolvem e a identificação do CAPS como uma dimensão do cotidiano desses sujeitos.

A utilização do referencial de Alfred Schutz para a construção da dissertação de mestrado não se fez de maneira fácil, já que até aquele momento eu ainda não havia tido aproximações com o método fenomenológico, tampouco com o referencial específico de Schutz. Porém, apesar das dificuldades enfrentadas, foi gratificante conhecer este referencial e estudá-lo juntamente com o professor orientador e com os colegas de pós-graduação.

Pela necessidade em continuar com o aprofundamento do conhecimento científico na área da enfermagem e da saúde mental, especialmente sobre a forma como ocorrem as ações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, é que busquei o curso de doutorado em enfermagem. Com este curso, também continuei me dedicando aos estudos do referencial da fenomenologia social^a de Alfred Schutz, voltado para a pesquisa em saúde mental.

A minha inserção no doutorado de enfermagem da EEUFRGS se fez na área de concentração de Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, a qual está relacionada a temáticas que envolvem políticas públicas e atenção a indivíduos e grupos. Ainda, estive vinculada à linha de pesquisa de Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem, a qual possui a saúde mental como um dos seus eixos temáticos. Durante o doutorado, também cursei disciplinas que contribuíram para a construção desta tese, na medida em que desenvolvemos estudos na área da própria construção do conhecimento, no aprofundamento sobre metodologia científica, na área de enfermagem e na temática da saúde mental e atenção psicossocial.

Por meio desta tese, tenho a intenção de contribuir com a trajetória de pesquisa da linha de pesquisa que estou inserida no programa de pós-graduação da EEUFRGS, tanto com os resultados desta pesquisa, quanto com a indicação de estudos futuros com esta temática. Nesta pesquisa continuei o desenvolvimento de estudos relacionados à área da saúde mental, especificamente sobre o atendimento realizado pelos trabalhadores do CAPS e se esses atendem às necessidades dos usuários do serviço.

Os CAPS são um dos serviços que representam a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, de um modo tradicional asilar, centrado na doença e no hospital psiquiátrico, para um modo psicossocial, com a atenção em saúde mental desenvolvida em serviços substitutivos, na comunidade⁽³⁾. Tais serviços surgem no Brasil em um contexto de questionamentos da psiquiatria tradicional asilar, com o movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

^a Em estudos anteriores, vínhamos utilizando o termo sociologia fenomenológica para designar o referencial de Alfred Schutz. A partir deste estudo optamos pela denominação fenomenologia social por compreendermos que o método refere-se à fenomenologia, com subsídios de elementos da sociologia. Além disso, esta é a designação que muitos pesquisadores brasileiros atribuem ao referencial de Schutz.

As experiências pioneiras para essa modalidade de serviço no Brasil ocorreram no final dos anos 1980, nos municípios de Santos (SP), com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, uma intervenção médico-legal em um asilo para desconstrução do aparato manicomial; em São Paulo (SP), com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira; e em São Lourenço do Sul (RS), com o Centro Comunitário de Saúde Mental conhecido como “Nossa Casa”^(4,5).

A partir do surgimento dessas experiências de construção de espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e com a luta pela reforma psiquiátrica, são aprovadas legislações preconizando o atendimento ambulatorial em saúde mental. Inicialmente a Portaria Nº. 224, de 29 de janeiro de 1992 estabelece normas sobre atendimentos ambulatorial e hospitalar, regulamentando o atendimento em saúde mental em Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e em CAPS, com cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.

Posteriormente, os CAPS foram regulamentados pela Portaria Nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002, para atendimento a sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes. Suas modalidades de serviço compreendem os CAPS I, CAPS II, CAPS III, em ordem crescente de complexidade e abrangência populacional; CAPSi II para atendimento a crianças e adolescentes; CAPS ad II para pacientes com transtornos por uso e dependência de substâncias psicoativas⁽⁶⁾.

Com essa regulamentação por meio da Portaria Nº. 336/2002, a oferta dos CAPS no país teve um crescimento significativo: no ano de 2002 havia 424 serviços no país, passando ao número de 1.513 no ano de 2010, apresentando um indicador de 0,62 CAPS por 100.000 habitantes. Destaca-se que, conforme parâmetros do Ministério da Saúde, indicadores de CAPS/100.000 habitantes acima de 0,70 indicam uma cobertura muito boa⁽⁷⁾.

Em virtude do crescimento rápido dessa modalidade de serviço, são necessárias investigações que priorizem a escuta das necessidades dos usuários, como forma de compreender se esses serviços vêm agindo em conformidade com as propostas do movimento da reforma psiquiátrica, voltando-se para a reinserção social e promoção da autonomia dos sujeitos perante suas vidas. Além disso, são necessárias investigações nessa modalidade de serviço para a reflexão sobre a

qualidade do atendimento destes, ou se somente estão sendo implantados pelos municípios devido aos incentivos financeiros que recebem do Ministério da Saúde.

A proposta dos CAPS é oferecer um atendimento que procura não isolar os usuários, mas que busca reinseri-los na família, na comunidade, na vida produtiva, por meio do resgate da auto-estima e reestruturação de vínculos⁽⁸⁾. Nos CAPS, o cuidado é proposto aos usuários por meio de atendimentos individuais e grupais; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atividades culturais, atividades de geração de renda, meios de inclusão social, dentre outras estratégias. Nestes, procura-se ter um olhar voltado para o sujeito em sofrimento, considerando-o como alguém que é pertencente a determinado grupo familiar e integrante de um contexto social.

Essa modalidade de serviço vem propiciando aos seus usuários o desenvolvimento de diversas possibilidades de trocas sociais, proporcionando o relacionamento para além do serviço, em diversos espaços na sociedade, o que pode contribuir para o processo de reabilitação psicossocial e inclusão social desses sujeitos⁽⁹⁾.

A reabilitação psicossocial compreende um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos dos sujeitos. Ela envolve espaços de negociação para os usuários dos serviços de saúde mental, sua família, comunidade e para os serviços que se ocupam desses sujeitos. O ponto fundamental da reabilitação psicossocial é a construção da plena cidadania dos usuários, a qual não envolve apenas a simples restituição de seus direitos formais, mas as construções de direitos afetivos, relacionais, materiais, habitacionais e produtivos⁽¹⁰⁾.

O processo da reabilitação psicossocial não envolve somente a mudança de um sujeito de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, ou de um estado de incapacidade para outro de capacidade. A reabilitação psicossocial implica sim em uma mudança de toda política dos serviços de saúde mental e envolve os trabalhadores, os usuários, os familiares dos usuários e a comunidade em geral. A reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de plena contratualidade em três cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social⁽¹¹⁾.

Para tanto, considero que para que se efetive a reabilitação psicossocial é preciso intervir nesses três cenários da vida dos usuários, ou seja, pensar ações que extrapolem as necessidades de cuidado clínico psiquiátrico para desenvolver ações que promovam a cidadania dos usuários. Além disso, para a efetivação desse processo da reabilitação psicossocial, é necessário promover a autonomia dos sujeitos para que eles próprios também vão em busca da sua inserção social.

Os CAPS são serviços que possuem potencial para a promoção dessa reabilitação psicossocial e, por isso, a importância que esta modalidade de serviço possui. Esses serviços são estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e devem estar articulados com os demais serviços de saúde mental, como com as emergências psiquiátricas, a internação psiquiátrica em hospital geral, os serviços residenciais terapêuticos, os ambulatórios de saúde mental, além de estarem em articulação com os serviços de saúde em geral, setores como a habitação, o serviço social, a cultura, o lazer, a educação, dentre outros. Tal articulação de serviços se faz necessária para dar conta da complexidade e diversidade de necessidades que os usuários apresentam, já que, muitas vezes, além desses sujeitos estarem em situação de sofrimento, também apresentam dificuldades sociais, econômicas, de inserção no mercado de trabalho e de moradia.

Entretanto, a noção de território implicada na organização da rede de saúde mental não deve restringir-se ao conceito de uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. Para além da geografia, o território é constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, sua família, instituições, cenários, como as igrejas, escolas, trabalho e locais de lazer, ou seja, é o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares⁽¹²⁾.

Refletir sobre a produção de cuidado em saúde mental, na lógica do território, é estar atento à diversidade histórica e cultural do local onde está inserido. Cada cidade possui um território distinto, com sua história social, política e econômica de ocupação e usos dos espaços. Pensar os CAPS enquanto um dos serviços da rede de saúde mental é aprender a olhar para o território buscando identificar e usar os recursos existentes, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o meio⁽¹³⁾.

A minha inserção em CAPS, iniciada nos estágios da graduação de enfermagem, na residência em saúde mental, nas atividades de extensão e de estágio de docência do mestrado e especialmente com os resultados da minha dissertação, propiciou o despertar de questionamentos quanto ao atendimento prestado pelos trabalhadores aos usuários nessa modalidade de serviço. Esses questionamentos relacionam-se com a maneira que vêm sendo realizados os atendimentos em saúde mental e se esses vão ao encontro das necessidades expressadas pelos usuários.

Com relação a essas necessidades de saúde, elas podem ser entendidas utilizando-se uma Taxonomia das Necessidades de Saúde, que envolve: as necessidades de boas condições de vida; as necessidades de acesso ao consumo de tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida; as necessidades de vínculos afetivos entre usuários e trabalhadores de saúde; e a necessidade de autonomia que cada sujeito necessita no seu modo de lidar a vida⁽¹⁴⁾.

Destaca-se que essa taxonomia dialoga com os princípios do modo psicossocial à medida que, ao se trabalhar com o conceito de necessidade, pode-se buscar reorientar as prioridades de ação nos serviços de saúde mental e a ajudar os trabalhadores a fazer uma melhor escuta dos sujeitos que buscam cuidados em saúde^(14,15). No modo psicossocial as necessidades devem ser ampliadas para além de necessidades de assistência. Tais necessidades devem sim ser ampliadas para as dimensões da vida dos sujeitos.

Especificamente neste estudo, essas necessidades estão relacionadas com as ações prestadas pelos trabalhadores que atuam nos CAPS para os usuários desse serviço. Pode-se questionar em que dimensões os CAPS vêm dialogando com essas necessidades, se dialoga apenas nas necessidades relacionadas com a clínica, com a doença, com a medicação; ou se possui uma “concepção ampliada de necessidades de saúde mental”, avançando para as dimensões da vida das pessoas.

A partir da minha vivência em CAPS, despertaram-me muitos questionamentos acerca da assistência realizada nesse tipo de serviço, que me motivaram à realização deste estudo. Como os usuários estão sendo assistidos nos CAPS? Quais são as expectativas dos usuários em relação à assistência recebida dos trabalhadores do CAPS? Como os trabalhadores do CAPS vêm desenvolvendo

suas ações? Quais as intenções destes trabalhadores quanto à assistência prestada aos usuários do CAPS? Qual a relação entre as expectativas da assistência aos usuários e a assistência efetivamente prestada pelos trabalhadores do CAPS? Quais as necessidades assistenciais que os usuários expressam? E que necessidades de assistência orientam as ações dos trabalhadores?

Diante da importância que os CAPS possuem enquanto um dos serviços para atendimento em saúde mental, de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica, este projeto de pesquisa possui o seguinte problema de estudo: **as expectativas e necessidades dos usuários quanto à assistência no CAPS são convergentes com as intenções dos trabalhadores desse serviço?**

A intenção transforma a simples previsão de uma ação num objetivo e o projeto em propósito. Quando falta uma intenção de realização, a ação projetada permanece uma fantasia, um devaneio; se ela existe, pode-se falar de ação proposital ⁽¹⁶⁾.

Destaca-se que as intenções dos trabalhadores dizem respeito às suas motivações, o que eles têm em vista quando desenvolvem determinadas ações, quais são seus objetivos com essas ações. Já as expectativas dizem respeito ao que os usuários esperam, seus interesses em relação aos profissionais dos CAPS.

Com os pressupostos da reforma psiquiátrica, preconiza-se o exercício de cidadania e autonomia dos usuários dos CAPS e, para que essas sejam efetivadas, é necessário voltar-se para as necessidades envolvidas na vida desses sujeitos por meio de escuta atenta e interessada, estabelecimento de vínculo e comprometimento dos trabalhadores. A partir do conhecimento das expectativas dos usuários quanto à assistência em saúde mental, os trabalhadores de saúde podem direcionar suas ações em relação a essas expectativas, olhando para além da doença dos usuários, tendo como foco principal a reabilitação psicossocial. Assim, a questão deste estudo é a relação social estabelecida entre trabalhadores que atuam no CAPS e os usuários do serviço.

Este estudo torna-se relevante, pois poderá permitir a visualização das relações sociais estabelecidas entre usuários e trabalhadores do CAPS, por meio das expectativas e necessidades dos usuários e das intenções dos trabalhadores.

Desse modo, esta pesquisa pode contribuir para repensar e, se necessário, redirecionar a assistência que vem sendo prestada pelos trabalhadores dos CAPS.

Além disso, tenho a intenção de contribuir com a área de conhecimento da enfermagem em saúde mental, já que os profissionais da enfermagem encontram-se inseridos nessa modalidade de serviço e podem se beneficiar das discussões obtidas com este trabalho.

Neste capítulo das considerações preliminares, procurei elucidar sobre a minha trajetória acadêmica e profissional na área da enfermagem em saúde mental e a minha motivação acerca do objeto de estudo. Fiz uma breve problematização acerca da temática do estudo, envolvendo o atendimento em saúde mental, especialmente nos CAPS, além de apresentar a justificativa e relevância do estudo.

No segundo capítulo, faço uma contextualização do objeto de estudo, trazendo reflexões sobre o movimento da reforma psiquiátrica brasileira e o paradigma da atenção psicossocial. Discuto sobre os CAPS, como dispositivos fundamentais para o atendimento em saúde mental, além de trazer estudos que demonstram o significado dos CAPS para os trabalhadores e para os usuários. Realizo também uma contextualização teórica sobre as necessidades assistenciais em saúde mental nos CAPS.

No terceiro capítulo, descrevo sobre a opção pelo referencial teórico metodológico e faço discussão de alguns conceitos da fenomenologia social de Alfred Schutz que subsidiaram a construção da tese. Faço uma discussão de alguns conceitos de Schutz, especialmente sobre questões quanto ao relacionamento social, ação familiar e anônima, situação biográfica, estoque de conhecimento à mão, ação social, motivações e reciprocidade de perspectiva.

No quarto capítulo, apresento a trajetória metodológica que percorri no estudo. O campo de estudo é um dos CAPS do estado de Santa Catarina, localizado no município de Chapecó, e os sujeitos do estudo constituíram-se em 14 trabalhadores e 14 usuários do serviço. Ainda apresento a coleta de dados, a análise das falas e os aspectos éticos da pesquisa.

No quinto capítulo, apresento os resultados, a construção do *típico da ação* dos usuários e trabalhadores e a discussão desses resultados. Apresento as categorias concretas que emergiram do agrupamento de convergências das falas dos participantes da pesquisa. Apresento as categorias concretas que emergiram, com as respectivas falas que constituem cada uma e a síntese das informações. Realizei a interpretação compreensiva de cada categoria com o suporte do

referencial da fenomenologia social e de literaturas referentes à saúde mental. Apresento também as convergências entre as motivações de usuários e trabalhadores, ou seja, as reciprocidades de perspectivas.

No último capítulo, teço considerações relacionadas ao estudo, retomando o objetivo inicial e destaco aspectos importantes que emergiram da interpretação compreensiva. Além disso, faço proposições para estudos com a utilização desse referencial.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Discutir a relação social entre trabalhadores que atuam no CAPS e o usuário do serviço.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as expectativas e as necessidades dos usuários quanto à assistência no CAPS.

- Identificar as intenções que orientam as ações dos trabalhadores no CAPS.

- Analisar as convergências entre as ações dos usuários e as ações dos trabalhadores que atuam no CAPS.

3 DELIMITAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Considerando que objeto deste estudo constitui-se na relação social estabelecida entre trabalhadores que atuam no CAPS e os usuários do serviço e que busquei conhecer as expectativas dos usuários quanto à assistência no CAPS e conhecer as intenções que orientam as ações dos trabalhadores no CAPS, faz-se necessário uma descrição acerca da própria transformação do modelo assistencial em que o surgimento dos CAPS está inserido.

Além disso, apresento estudos já realizados que discutem os CAPS tanto sob a ótica dos trabalhadores, quanto sob a ótica dos usuários, destacando que estes estão focados, na maioria das vezes, em questões organizacionais. Para a contextualização do objeto deste estudo, debruço-me nos estudos já construídos, porém, destaco a relevância desta investigação na medida em que o foco está justamente nas relações entre os sujeitos, nas suas vivências e experiências.

Por fim, discuto sobre as necessidades dos usuários, sejam elas necessidades assistenciais, necessidades de saúde ou necessidades de cuidado.

3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Paradigma da Atenção Psicossocial

A reforma psiquiátrica é um processo que trata de repensar o modelo assistencial, o fazer dos trabalhadores em saúde mental, as instituições jurídicas e as relações da sociedade com os indivíduos em sofrimento e suas demandas⁽⁵⁾. Ela pode ser considerada como um processo histórico de formulação crítica e prática que possui como objetivos o questionamento e a elaboração de pressupostos de transformação do paradigma da psiquiatria⁽¹⁷⁾.

A reforma é entendida como um processo, pelo seu caráter de movimento, de mudanças, com o surgimento de novos elementos, novos atores, novas concepções. Constitui-se em um conjunto de ações teóricas, práticas, políticas, ideológicas e éticas que visam a substituição do modo asilar e do paradigma da psiquiatria; é um processo em que há entrelaçamento de algumas dimensões

simultâneas, como as dimensões teórico-assistencial, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural⁽¹⁷⁾.

Sobre essas concepções, a teórico-conceitual diz respeito à reflexão dos conceitos fundamentais da psiquiatria, já que tradicionalmente a psiquiatria ocupava-se das doenças e esquecia os sujeitos, remetendo a loucura aos conceitos de periculosidade, irracionalidade e incapacidade. Propõe-se, então, a adotar conceitos como os de existência-sofrimento dos sujeitos, noções de acolhimento na atenção, emancipação e contratualidade social. Tratando-se da dimensão técnico-assistencial, os novos serviços, de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica, devem ser locais em que se lida com as pessoas e não com as doenças, lugares de sociabilidade e de produção de subjetividades. Um exemplo desses novos serviços são os CAPS. A dimensão jurídico-política trata da extinção dos manicômios e propõe-se à revisão de toda a legislação que representava obstáculos ao exercício da cidadania, com a luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para sujeitos em sofrimento mental. E, por fim, mas não menos importante, na dimensão sociocultural, busca-se o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica, ou seja, trata-se de práticas para transformar o imaginário social relacionado com a loucura⁽¹⁷⁾.

Concordo com autores que consideram que o pilar central para a sustentação desse processo está na proposta de projetos terapêuticos ancorados na ideia de reinserção social, na busca da afirmação da autonomia e cidadania dos usuários⁽¹⁸⁾. A reforma deve buscar uma emancipação política, pessoal, social e cultural, que permita o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social; que passe a considerar todas as esferas e espaços sociais e que busque a convivência tolerante com os diferentes. Destaca-se que viabilizar tal perspectiva ainda representa um desafio no cotidiano das práticas dos serviços e da sociedade em geral, já que processos contraditórios, manicomiais, são postos em movimento simultaneamente⁽¹⁸⁾.

Com a reforma passou-se a questionar o modelo psiquiátrico tradicional, centrado no manicômio e marcado quase que exclusivamente pelo papel de um profissional da saúde, o psiquiatra. No Brasil esse movimento teve início no final da década de 1970, em um contexto da redemocratização do país e do movimento

social da Reforma Sanitária, com influência de movimentos de reforma de vários países, em especial, com influência da psiquiatria democrática italiana^b.

O principal ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). É a partir desse movimento que emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico⁽¹⁹⁾.

Com o movimento da reforma psiquiátrica, busca-se operar uma transformação do modelo de atenção em saúde mental, de um modo asilar, centrado na doença e no hospital psiquiátrico, para o psicossocial. O modo asilar enfatiza as determinações orgânicas dos problemas, a base do tratamento está centrada na medicação e há pouca consideração pela existência do sujeito como alguém que possui desejos. Nesse modo, o sujeito é visto como doente e as intervenções centradas somente nele, com poucas aproximações com a família e seu grupo social. O tratamento é disponibilizado por equipe multiprofissional, porém, de maneira fragmentada⁽³⁾.

Nesse modo asilar, o cotidiano dos usuários está restrito a uma instituição total, com suas regras, privações e limitações, em que os sujeitos institucionalizados têm o seu cotidiano marcado pela presença da doença, do sofrimento, com anulação de seus direitos de cidadão, perda da autonomia, restrição em atividades de trabalho, de lazer e nas trocas sociais⁽²⁰⁾.

Nesse modo asilar, as trocas sociais e a comunicação interpessoal entre trabalhadores e usuários são “contaminadas” pela estrutura doentia presente na lógica manicomial. A atenção da enfermagem nesse modo também é caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento punitivo, voltado para a contenção física e química dos usuários⁽²¹⁾.

^b O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, que teve Franco Basaglia como o principal representante, criou diferentes formas de trabalhar com os sujeitos em sofrimento psíquico. O que se buscava na Psiquiatria Democrática Italiana era estabelecer uma relação com um indivíduo, considerando-o independente do rótulo que o definia, colocando entre parênteses a sua doença, para poder considerar o indivíduo, a realidade social em que ele vive e o seu relacionamento com essa realidade (Basaglia F. A instituição negada. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 326 p.). Pretendia-se, com esse movimento, a busca pela desinstitucionalização, que visava transformar as relações entre os pacientes e as instituições, com a pretensão de produzir estruturas de saúde mental que substituíssem por completo a internação em hospitais psiquiátricos (Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: _____. Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.17-59.).

Em oposição ao modo manicomial, a reforma psiquiátrica brasileira busca fazer a reorientação do modelo assistencial, voltando-se para um modo psicossocial, em que as ações assistenciais buscam a valorização da subjetividade do usuário e a sua escuta.

No modo psicossocial, o atendimento deve ser realizado em serviços substitutivos, na comunidade, com práticas pautadas na escuta, no acolhimento e vínculo, visando à reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários. No modo psicossocial, o sujeito em sofrimento passa a ser visto como participante principal do tratamento, agente de mudanças, devendo-se incluir a família e o grupo social do sujeito no atendimento⁽³⁾.

O modo psicossocial procura levar em consideração a dimensão subjetiva e sociocultural dos sujeitos no tratamento. Propõe que os serviços se organizem de maneira territorializada, com equipamentos pautados pela integralidade da atenção e com o atendimento caracterizado pela equipe interprofissional, superando a fragmentação do cuidado⁽³⁾. Neste modo há mudança do foco, da doença para o sofrimento psíquico do sujeito, com a agregação de outros saberes e práticas ao campo da psiquiatria e saúde mental, de outros e de novos cenários para o cuidado, “criando um tensionamento que desestrutura, desapropria e desinstitucionaliza a hegemonia do modelo manicomial”⁽²²⁾.

O modo psicossocial não se refere somente à organização de novos serviços, mas sim à construção de novas relações sociais entre os agentes que promovem a saúde mental e os sujeitos desse cuidado. O trabalho nesse modo psicossocial deve focar relações que promovam a autonomia dos seus usuários, que possibilitem a eles o exercício da sua cidadania e a sua inserção na comunidade. Com esse modo deve-se também ter novas formas de enxergar os trabalhadores de saúde, passando de sujeitos que exerciam o controle das instituições para agentes que promovem ações humanizadas e estão implicados com esse cuidado.

No campo psicossocial, os trabalhadores de saúde mental têm buscado formas de cuidado que ultrapassem as formas de assistência de exclusão e desvalia, herdadas do manicômio, objetivando a reabilitação psicossocial dos usuários por meio do processo de restituição do poder contratual dos sujeitos e a ampliação da sua autonomia⁽²³⁾. Com a luta pela implantação da Reforma

Psiquiátrica, busca-se construir espaços de produção de encontro, solidariedade, afetividade. Para isso há a necessidade de que os trabalhadores revejam seus conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico, o que os caracteriza como agentes de mudanças para novos hábitos e atitudes dentro do contexto psicossocial⁽²¹⁾.

Diferentemente do modo manicomial, no qual os papéis profissionais são mais rígidos, preestabelecidos, dirigidos ao controle e supressão dos sintomas da doença, as ações terapêuticas desenvolvidas no campo psicossocial são mais flexíveis e possibilitam a construção de um projeto coletivo, não mais determinado por uma única prática profissional, mas pela articulação entre todas, em um projeto terapêutico único⁽²¹⁾.

Nesse processo de modificação do modo asilar para o psicossocial, também a enfermagem vem procurando alterar seu papel, passando de uma atuação em cargos de cunho administrativos e com ações de controle, como acontece no modo asilar, para desempenhar uma função terapêutica com os usuários nos serviços de saúde mental. A prática assistencial da enfermagem começa a ser agregada ao movimento da Reforma Psiquiátrica, em espaços de reinvenção da saúde, com a sua atuação baseada no desenvolvimento de relações interpessoais com os usuários, mantendo as necessidades desses no centro do seu cuidado^(21, 24).

Com as mudanças na saúde mental, impulsionadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, ampliou-se o campo de ação para a enfermagem psiquiátrica. Um novo objeto de conhecimento foi dado à saúde mental, e o novo local das ações se constituiu na comunidade. Conhecimentos e possibilidades de intervenção com famílias de usuários da saúde mental foram incorporadas à prática de enfermagem, além da valorização das relações interpessoais e da comunicação entre os sujeitos. Além disso, novos espaços de ação da saúde mental foram constituídos, como família, escola, bairro e comunidade⁽²⁵⁾.

A transformação do modelo de atenção em saúde mental, de um modo asilar para o psicossocial, de acordo com o movimento da reforma psiquiátrica, é impulsionada com a promulgação da Lei Federal Nº 10.216, de abril de 2001, conhecida como lei da reforma psiquiátrica brasileira e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. É no contexto da promulgação dessa lei e da

realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, neste mesmo ano, que a política de saúde mental do governo federal começa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade⁽²⁶⁾.

Considero a criação de legislações que busquem a desinstitucionalização e a regulamentação de serviços substitutivos à lógica asilar de grande importância para a concretização da reforma psiquiátrica. Entretanto, deve-se considerar que somente a criação de leis não é capaz de modificar a estrutura psiquiátrica existente, o que remete para questões de poder implicadas nessa luta e nas divergências de interesses econômicos e políticos envolvidos⁽⁵⁾. Tais interesses podem remeter à indústria farmacêutica, por exemplo, e aos interesses em se manter o aparato psiquiátrico existente. Para a efetivação da reforma, têm grande importância as mobilizações populares, a construção de serviços substitutivos em saúde mental e um trabalho cultural necessário junto à população, no sentido de desmistificar os preconceitos associados à loucura⁽⁵⁾.

Com a aprovação da política nacional de saúde mental, está previsto que o atendimento em saúde mental ocorra por meio de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, sob forma de uma rede articulada e comunitária de cuidados para os sujeitos⁽²⁷⁾. Essa rede de atenção à saúde mental deve ser formada por CAPS, ambulatórios, internação em hospital geral, atendimento na rede básica, residenciais terapêuticos, dentre outros.

Além dessa organização em rede dos serviços de saúde, para uma atenção efetiva em saúde mental, que promova a reinserção social dos usuários, é necessário que ocorra a articulação de recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, para potencializar as equipes de saúde na promoção do cuidado e da reabilitação psicossocial⁽¹²⁾. Somente com tal articulação intersetorial é que se consegue atingir uma atenção integral, já que, para lidar com problemas complexos, como o da saúde mental, há que se diversificar ofertas de serviços, de maneira articulada e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece⁽²⁸⁾.

Um dos dispositivos preconizados para o atendimento na rede de atenção em saúde mental são os CAPS, serviços substitutivos ao modo asilar, que buscam operar com outra conotação teórica e técnica que não a da psiquiatria tradicional. Seus pressupostos destacam o atendimento aos sujeitos, assim como a

reabilitação psicossocial, visando promover o exercício da cidadania, maior grau de autonomia possível e a inserção dos usuários em diversos espaços sociais, como espaços de educação, de saúde, de trabalho, de lazer.

Os CAPS são dispositivos estratégicos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Esse serviço pode produzir efeitos positivos no tratamento dos usuários, na medida em que coloca em ação a chamada “clínica do encontro”, a qual é pautada pelo diálogo, escuta interessada, produção de intersubjetividades, trocas e partilhas. Além disso, nos CAPS é fundamental a humanização das relações entre os sujeitos e das ações que englobam o acolhimento, espaços de interlocução, estratégias de promover a autonomia dos usuários e a integralidade do cuidado⁽²⁹⁾.

A integralidade da atenção está permeada pelo entendimento de que o sujeito é um ser de amplas e diversas necessidades que não podem ser abordadas de forma isolada e descontínua. Na saúde mental, pode-se entender a integralidade como uma ação compromissada para romper barreiras, desmontando o ideal de hospitalização, medicalização e isolamento do modo asilar. A noção de integralidade da atenção ocorre pelo reconhecimento no cotidiano dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e social, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser fragmentadas. Além disso, para promover a integralidade nas ações de saúde mental aos usuários, é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção em saúde, desde os serviços da rede básica de saúde, como os serviços especializados, como os CAPS, até a internação em hospital geral⁽³⁰⁾.

Um estudo⁽³¹⁾ aponta que com a inserção dos usuários nos CAPS houve diminuição do tempo e da frequência das internações demonstrando que o serviço prescinde gradativamente do recurso manicomial. Além disso, aponta-se para relações menos hierarquizadas entre os trabalhadores e os usuários e familiares, indicando transformação do modelo assistencial em relação à psiquiatria tradicional. Porém, é preciso estar atento para que os CAPS não promovam somente a desospitalização e deixem de buscar um processo complexo de desinstitucionalização da doença mental, mantendo uma lógica manicomial baseada na tutela e na dependência do serviço⁽³¹⁾.

Além disso, apesar de os CAPS estarem pautados no paradigma psicossocial, as práticas cotidianas dos trabalhadores desses serviços, em alguns momentos, ainda estão voltadas para a doença mental. Para superar essas práticas, alguns conceitos fundamentais do modo psicossocial, entre os quais o resgate da identidade e o cuidado personalizado, precisam envolver um olhar que não privilegie apenas a supressão do sintoma, mas a realização de ações que visem o crescimento e o desenvolvimento dos usuários⁽²²⁾.

Ainda, os CAPS devem utilizar estratégias e recursos existentes no território, procurando não exercer uma centralidade exclusivamente nas próprias atividades ou ações do serviço. Tal abertura para o território favorecerá o exercício da autonomia dos usuários, indo contra o risco da produção de uma nova cronicidade ou institucionalização nesses serviços⁽³¹⁾.

Quanto à inserção da enfermagem nessa modalidade de serviço, essa parece estar sendo construída/desconstruída a partir de comunicações intersubjetivas estabelecidas entre os atores sociais envolvidos nesse processo e entre esses e a comunidade. A prática do enfermeiro nos CAPS, assim como a dos demais profissionais, ainda está em construção, atentando-se para a construção de ações voltadas para as necessidades do usuário, nas quais podem emergir diálogos, conflitos e significados. A produção de nova cultura, de novas relações entre o enfermeiro e usuário passa, a ser direcionada para a invenção de saúde, a produção de vida, de subjetividade e de afetividade e a construção de cidadania⁽²¹⁾.

Além disso, as atividades desenvolvidas pela enfermagem nos CAPS relacionam-se com a participação em atividades de acolhimento, visita domiciliar, atividades grupais e individuais, reuniões de equipe, palestras na comunidade, eventos festivos, dentre outras. Apesar desses avanços, as ações cotidianas de enfermagem apresentam ainda limitações, contradições e incertezas, e para a superação dessas exige-se um trabalho interdisciplinar e formas plurais de cuidar. Há a necessidade de se repensar a prática de enfermagem, baseada em uma perspectiva construtiva, criativa, humanística, crítica e reflexiva, voltada para a solidariedade, a liberdade, em uma dinâmica interdisciplinar⁽³²⁾.

Os CAPS são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental em um determinado território, já que devem possuir uma função de articuladores dos demais serviços dessa rede. Com essa função de

articuladores da rede, os CAPS devem realizar um trabalho em conjunto com as equipes de Saúde da Família e trabalhar na promoção da vida comunitária e da autonomia dos sujeitos.

A articulação dos CAPS com a rede básica de saúde pode ser efetivada com a estratégia de apoio matricial. O apoio matricial em saúde objetiva assegurar suporte especializado a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O apoio matricial pretende disponibilizar retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico por meio da construção conjunta de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial⁽³³⁾.

Entretanto, essa articulação dos CAPS com a rede básica ainda não se faz presente de forma efetiva em grande parte dos serviços. Identifica-se, também, que o apoio matricial ainda é uma estratégia incipiente, que precisa ser mais discutida e incentivada, de modo a potencializar as ações desenvolvidas por essas duas modalidades de serviços.

Assim, considero a importância dos serviços substitutivos ao modo asilar, especialmente os CAPS, para promover ações de saúde mental aos seus usuários que remetam ao acolhimento, vínculo e efetiva re-inserção social. Tais serviços devem estar organizados em uma rede de atenção integral para poder superar as dificuldades existentes em cada serviço e agregar saberes e estratégias de acordo com as necessidades expressas pelos usuários e seus familiares.

3.2 O significado dos CAPS para seus trabalhadores e usuários

Considerando que objeto desse estudo é a relação social estabelecida entre trabalhadores que atuam nos CAPS e os usuários do serviço fiz uma revisão bibliográfica sobre estudos que trabalharam sobre as concepções de trabalhadores e de usuários acerca dos CAPS.

Tais estudos estão voltados, na maior parte, a questões organizacionais. Entretanto, para esta investigação não se tem o objetivo de avaliar as atividades desenvolvidas nos CAPS e sim em conhecer as relações entre os sujeitos, usuários

e trabalhadores, as suas vivências e experiências, intencionalidades e expectativas e, portanto, justifica-se a realização desta pesquisa.

Inicialmente apresento estudos que abordam a maneira que os trabalhadores dos CAPS vêm percebendo o atendimento que prestam no serviço e em quais objetivos e necessidades estão baseando suas ações (Quadro 1).

AUTORES/ ANO	TÍTULO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1. Filizola; Miloni; Pavarini - 2008	A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe.	- trabalho em equipe como processo, em construção; - diferenças no trabalho no CAPS em relação aos trabalhos anteriores (autonomia); - dificuldades no início, adaptação e aprender a gostar do trabalho no CAPS.
2. Nunes, et al. - 2008	A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um CAPS em Salvador, Bahia, Brasil.	- transformação do cuidado quando comparado ao modelo asilar - efeito benéfico aos usuários
3. Cavalcanti et al. - 2009	Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ	- admissão: esquizofrenia, sem rede social, diversas internações. - Encaminhamento: critérios diagnósticos, suporte da rede básica e da família.
4. Mielke et al. - 2009	O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.	-Cuidado no CAPS: integralidade; vínculo; envolvimento da família; reabilitação psicossocial.
5. Nunes; Torrenté - 2009	Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, BA e SE	- Profissionais relataram formas de violência (pela família ou profissionais) - Preconceito
6. Guimarães; Jorge; Assis - 2011	(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial	-Condições de trabalho: estrutura física e materiais; -Valorização do trabalho; -Precarização do trabalho em saúde; -Relações no ambiente de trabalho; - Possibilidade de inovar no trabalho -Distância do local de trabalho; - Consequências da (in)satisfação

Quadro 1: Artigos que tratam do significado dos CAPS para seus trabalhadores. Chapecó, SC, 2011.

Entendo que nos CAPS o atendimento aos usuários e aos seus familiares deve ser desenvolvido por trabalhadores de diversas áreas, superando as configurações clássicas que tradicionalmente atuavam na área da saúde mental - psicólogo, psiquiatra, enfermeiro e assistente social. Nos serviços do modo psicossocial, deve-se agregar também trabalhadores de outras áreas como, por exemplo, terapeuta ocupacional, profissionais de artes e de educação física.

A configuração da equipe pode variar de acordo com as características do serviço e com as demandas dos usuários. Faz-se imprescindível para o trabalho em saúde mental que essa equipe de trabalhadores atue de forma interdisciplinar, com uma troca e complementaridade de saberes nas ações cotidianas do serviço.

Considerando-se os significados dos CAPS para os trabalhadores, destaco um estudo qualitativo que buscou analisar a vivência dos trabalhadores do CAPS de São Carlos (SP) diante da nova organização do trabalho em equipe em saúde mental e caracterizar os trabalhadores da equipe. Nesse estudo emergiram categorias temáticas sobre a experiência de trabalho em equipe como processo, identificando pontos positivos, conflitos e dificuldades; sobre o reconhecimento das diferenças no trabalho no CAPS em relação aos trabalhos anteriores; e sobre as vivências de dificuldades no início do trabalho, adaptação e aprender a gostar do trabalho no CAPS⁽³⁴⁾.

Os trabalhadores consideram que o trabalho em equipe vem se construindo desde o início de sua implantação, sendo, portanto, um processo, em construção. Existe entre os trabalhadores colaboração, divisão de responsabilidades, busca de entendimento diante das diferentes visões, respeito pelo outro, amizade, capacidade para ouvir o outro, companheirismo, união e tomada de decisão conjunta. Para os trabalhadores, a experiência do trabalho em equipe proporciona aprendizado devido à troca de experiência e conhecimento que cada profissional traz para compartilhar. Também há aprendizado com o contato com estagiários.

A nova proposta de organização do trabalho em equipe nos CAPS possibilita que todos se sintam membros da equipe, sendo respeitados, reconhecidos, valorizados e participantes do processo de reabilitação psicossocial. Os trabalhadores demonstram gratificação em trabalhar nos CAPS, não somente pela nova organização do trabalho e por trabalhar em um novo modelo, mas pela possibilidade de vínculo muito próximo com os usuários e poder ver a sua melhora⁽³⁴⁾.

Alguns trabalhadores identificam que o trabalho no CAPS tem diferenças na natureza das atividades realizadas, como na organização do trabalho, a nova proposta de trabalho do CAPS e o público alvo diferente. No CAPS os trabalhadores consideram que possuem maior autonomia no trabalho. Para garantir a qualidade da assistência é preciso aliar a autonomia com a definição de

responsabilidades para os trabalhadores, permitindo a iniciativa dos trabalhadores sem deixar as instituições totalmente livres.

Os trabalhadores também destacam maior envolvimento com os usuários, já que conhecem cada usuário, sabem da história de cada um, conversa-se com cada um, ou seja, existe uma relação mais próxima⁽³⁴⁾.

Além disso, os trabalhadores do CAPS referem que o começo do trabalho no CAPS foi difícil pela dificuldade em realizar atividades que não consideravam como competência da sua profissão. Com tal fato, pode-se pensar na necessidade de capacitação permanente para os trabalhadores do serviço⁽³⁴⁾.

Em outro estudo, de abordagem qualitativa, os autores buscaram pesquisar como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, como planejam e desenvolvem suas intervenções no CAPS. Os dados do estudo foram coletados em um CAPS situado em Salvador, na Bahia, com a utilização da metodologia denominada *sistema de signos, significados e práticas em saúde mental*⁽²⁹⁾.

Os profissionais do estudo consideram que o CAPS é uma instituição que se constitui como “fonte de vida” para os usuários que a frequentam, devido à rotina do CAPS, ao contato travado com os usuários, à qualidade das relações entre os atores que o habitam e à atmosfera de cordialidade e de amizade⁽²⁹⁾. Para os profissionais, o efeito benéfico do CAPS para os usuários advém da humanização das relações interpessoais, fruto da ação de um conjunto de tecnologias, sofisticadas e complexas, que englobam ações de acolhimento, espaços de interlocução, estratégias de promoção da autonomia e de integralidade do cuidado. Eles destacam que, no CAPS, o olhar dirige-se para fora, mesmo que as ações ainda tendam a restringir-se para dentro da instituição⁽²⁹⁾.

A solidez do trabalho no CAPS é atribuída ao fato dele estar, em grande medida, alicerçado no questionamento, na reflexão, na elaboração e, sobretudo, na experimentação de relações interpessoais mais dialógicas e na escuta do outro.

Para que aconteça uma prática cotidiana crítica, reflexiva e criativa, deve-se dispor de condições de trabalho favoráveis, de espaços de supervisão, de uma rede de cuidados em saúde mental, que retire os serviços da condição de isolamento, e de espaços de formação permanente que permitam trocas de pensamentos e de experiências entre os profissionais e os serviços⁽²⁹⁾.

Um estudo realizado em três CAPS do município do Rio de Janeiro (RJ), com a utilização de uma avaliação qualitativa e participativa com os profissionais do CAPS, teve o objetivo de analisar os critérios utilizados pelas equipes para admissão, encaminhamento e continuidade de cuidado aos usuários nos CAPS. Nas equipes estudadas, observaram-se diferentes concepções quanto aos objetivos do CAPS, havendo consenso quanto ao CAPS ser o local apropriado para usuários em grave sofrimento psíquico⁽³⁵⁾.

Quanto aos motivos de admissão dos usuários no CAPS, as equipes referiram que são admitidos no CAPS sujeitos classificados com esquizofrenia ou psicose grave; sujeitos que não possuam uma rede social, mantendo-se isolados e com dificuldade de interação social; sujeitos com história de diversas internações psiquiátricas; aqueles que apresentam retardo mental; sujeitos com dificuldade de acesso a instituições apropriadas na rede de serviços da comunidade; os que apresentam resistência ao tratamento ambulatorial; sujeitos encaminhados por outro CAPS; os egressos de longas internações psiquiátricas; e usuários que não estejam aderindo ao tratamento medicamentoso⁽³⁵⁾.

Por outro lado, os critérios que as equipes referiram para o encaminhamento dos usuários do CAPS para a rede, ou seja, para a alta desses usuários são: sujeitos com diagnóstico de quadro dissociativo, medo, irritabilidade, depressão, epilepsia, transtorno do humor, boa adesão a tratamento ambulatorial prévio e bom suporte familiar⁽³⁵⁾.

Por meio desse estudo, podemos identificar que os critérios que os profissionais do CAPS utilizam tanto para admissão, como para a alta dos seus usuários, envolvem aspectos não somente ligados a questões biológicas, como a gravidade da patologia e a adesão à medicação, mas também aspectos ligados à estrutura familiar e social que esses usuários dispõem. A atenção para tais fatores socioculturais demonstra uma preocupação dos profissionais para questões da vida cotidiana dos usuários e é condizente com os pressupostos do movimento da reforma psiquiátrica.

Um estudo avaliativo, integrante de uma pesquisa de avaliação dos CAPS da região sul do Brasil, teve objetivo de conhecer o entendimento dos profissionais de um CAPS II dessa região sobre o cuidado que é prestado nesse serviço ao portador de transtorno psíquico. Nesse artigo, as autoras se detiveram na etapa

qualitativa do estudo, com caráter descritivo e exploratório, realizado em CAPS II de um município do estado do Rio Grande do Sul, sendo os sujeitos do estudo 18 profissionais⁽³⁶⁾.

Nesse estudo, foram trabalhados aspectos da temática que trata do entendimento dos profissionais sobre o cuidado em saúde mental. Os profissionais envolvidos consideram que o cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano: biopsicossocial e espiritual, não fragmentando o cuidado. Apontam também como sendo um cuidado humanizado, existindo vínculos entre equipe e usuário e havendo a responsabilização de ambos pelo cuidado⁽³⁶⁾.

Os profissionais do estudo relataram o forte vínculo que é criado entre eles e os usuários, vínculo esse que é visto pela equipe como facilitador no tratamento, havendo fidelidade entre ambas as partes. Os profissionais também destacam que o cuidado no CAPS envolve a família do usuário, que é entendida como parte fundamental para a evolução satisfatória do usuário no modo psicossocial de atenção.

Os entrevistados relataram que faz parte do cuidado em saúde mental a preocupação com a reabilitação psicossocial, a qual envolve um olhar ampliado para o usuário, ou seja, como cidadão, com direitos e deveres e co-responsável por seu tratamento e por suas condições de vida. Eles apontam ainda que um dos objetivos do seu trabalho é fazer com que a sociedade também participe do processo de reabilitação psicossocial do usuário. Os profissionais desse estudo entendem o cuidado em saúde mental como uma ação abrangente, que vai além do cuidado específico com a saúde mental, que envolve a família e a sociedade, quando compreende a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado⁽³⁶⁾.

Um estudo qualitativo, integrante de uma investigação de avaliação de CAPS, buscou analisar processos de estigmatização e modalidades de violência vividas pelos usuários atendidos em CAPS. O campo de estudo constitui-se em cinco CAPS II nos estados da Bahia e Sergipe, nos quais foram realizados grupos focais com os profissionais e familiares e entrevistas com usuários⁽³⁷⁾.

Os profissionais desse estudo relataram algumas formas de violência que observam que são empregadas aos usuários, as quais se relacionam à falta de aceitação, e mesmo expulsão do usuário na sua própria casa; a exploração do

valor da aposentadoria do usuário; e a violência doméstica que perpassa as relações de gênero. Houve registros também das práticas caseiras de contenção ou de cárcere privado, algumas que necessitaram intervenção do Ministério Público ou do Conselho Tutelar.

Os profissionais do CAPS também referiram casos de violências produzidas por profissionais de saúde de outros serviços, com relatos de casos inclusive de negação de cuidado a pessoas em estados clínicos graves. Além disso, atitudes de discriminação também foram manifestadas entre os próprios profissionais de saúde mental⁽³⁷⁾.

Os relatos dos profissionais dos CAPS desse estudo apontam para as diversas formas de preconceito e violência que os usuários ainda hoje, mesmo com os avanços da reforma psiquiátrica, vêm passando. Tais resultados nos fazem refletir sobre a necessidade de um trabalho comunitário para reduzir o estigma da loucura na sociedade e permitir que os considerados “anormais” tenham sua dignidade respeitada e possam estar inseridos em seu meio familiar e social.

Outro estudo⁽³⁸⁾ também de abordagem qualitativa, buscou analisar a satisfação e/ou insatisfação com o trabalho entre os membros das equipes de saúde mental que atuam em Centros de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza, estado do Ceará. O estudo foi desenvolvido em três CAPS de Fortaleza, nos quais foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 19 trabalhadores de saúde mental.

Da análise de conteúdo do material empírico, emergiram categorias de análise que versam sobre os determinantes e consequências da (in)satisfação organizados a partir do seguintes eixos temáticos: 1) Condições de trabalho: estrutura física e material/equipamento disponível; 2) Valorização do trabalho; 3) Precarização do trabalho em saúde; 4) Relações estabelecidas no ambiente de trabalho; 5) Participação na organização do trabalho: a possibilidade de inovar; 6) a distância do local de trabalho; e 7) Consequências da (in)satisfação no trabalho⁽³⁸⁾.

Sobre o primeiro eixo temático desse estudo, grande parte dos trabalhadores referiu insatisfação quanto às instalações físicas do CAPS, especialmente para poder disponibilizar um melhor atendimento aos usuários.

Além disso, referem carência de materiais no serviço. Quanto à valorização do trabalho, esse está relacionado com o seu reconhecimento parte dos usuários e

colegas de trabalho. Entretanto, os profissionais relatam falta de valorização do trabalho por parte dos gestores e insatisfação quanto ao salário. Nesta mesma linha, os trabalhadores sentem a precarização do trabalho em saúde, marcada pela falta de regulação e vínculo empregatício e falta de atenção quanto aos seus direitos trabalhistas⁽³⁸⁾.

Quanto às relações que os profissionais estabelecem no CAPS, todos entrevistados referiram esse como um fator de satisfação no trabalho. Por outro lado, os trabalhadores relatam que as inúmeras situações de insatisfação, quanto ao ambiente e relações de trabalho, acarretam no desencadeamento do seu sofrimento mental⁽³⁸⁾.

Por meio desse estudo, pode-se identificar que os trabalhadores apontam como importante para a sua satisfação no trabalho as relações com os usuários e com os próprios colegas. Entretanto, ainda é perceptível a falta de condições adequadas para que esses desenvolvam um bom trabalho e o quanto que essas insatisfações podem inclusive gerar adoecimento da própria equipe do CAPS⁽³⁸⁾.

Na nova configuração do trabalho em saúde mental, com a organização de uma rede de serviços comunitários inseridos no território dos sujeitos, torna-se imprescindível conhecer as percepções dos usuários quanto ao atendimento nessas modalidades substitutivas de atenção. A seguir discuto artigos que trabalham com os significados do CAPS para os seus usuários (Quadro 2).

AUTORES/ ANO	TÍTULO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1. Kantorski et al. - 2009	Satisfação dos usuários dos CAPS da região Sul do Brasil	- Avaliação positiva do CAPS, acesso à informação e respeito e dignidade; - rompimento do isolamento social.
2. Soares; Saeki - 2006	O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários.	-influência organicista no cuidado; -CAPS como local que favorece a rede de relações sociais dos usuários; - o trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário.
3. Mostazo; Kirschbaum - 2003	Usuários de um CAPS: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico	-tratar é ser medicado; - tratar é ser cuidado ou (des)cuidado; - tratar significa estar em atividade.
4. Moll; Saeki - 2009	A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial.	-vida dos usuários antes e após o adoecimento; -cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS; - assistência do CAPS, colaborando na vida social e na estabilização de sintomas.
5. Cirilo; Oliveira Filho - 2008	Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.	-explicações do transtorno mental: -fatores hereditários, orgânicos; -fatores sociais, econômicos e interpessoais.
6. Tomasi - 2010	Efetividade dos CAPS no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada.	Com participação no CAPS: - uso de medicamentos foi reduzido; - diminuição das crises e das hospitalizações.
7. Teixeira Junior; Kantorski; Olschowsky - 2009	O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico.	- espaços de subjetividade e de empoderamento; - interlocução com o território; - reconhecimento do sofrimento; - troca, ensino ;aprendizagem; - (re)conquista da autoestima; - dispositivo temporário de cuidado; - gestão municipal e ampliação da rede de atenção.

Quadro 2: Artigos que tratam do significado dos CAPS para seus usuários. Chapecó, SC, 2011.

Em um estudo com métodos quantitativos e qualitativos sobre a satisfação dos usuários dos CAPS da região Sul do Brasil⁽³⁹⁾, constatou-se que os usuários tiveram uma avaliação positiva do serviço, com destaque para o acesso à informação e respeito e dignidade. Os itens que receberam as menores médias de

avaliação relacionam-se com as condições gerais das instalações do serviço, incluindo conforto e aparência do serviço. Os usuários também apontaram que o tratamento no CAPS é bom e o resultado satisfatório, já que o houve fortalecimento da autonomia do usuário, diminuição das crises, possibilidades de convivência, socialização e ampliação das relações para além do sofrimento.

Além disso, os usuários apontaram que a satisfação com o serviço está relacionada com o rompimento do isolamento social, com a sensação de pertencer a um serviço em que as pessoas o conhecem; ter suas demandas atendidas, por dispor de um profissional que pode ser mobilizado; e ter ajuda para organizar a vida com a comunidade⁽³⁹⁾.

Em um estudo de caso, em um CAPS localizado no interior do estado de São Paulo, procurou-se apreender como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS é percebido pelos usuários atendidos no serviço. Foi possível identificar a influência organicista no cuidado prestado pelo serviço; o CAPS surgindo enquanto um local que favorece a rede de relações sociais dos usuários; e o trabalho terapêutico voltado à vida cotidiana do usuário⁽⁴⁰⁾.

Sobre a influência mecanicista no cuidado, surgiram aspectos relacionados com a valorização do profissional médico, a ênfase na terapêutica medicamentosa e a importância da abordagem terapêutica sobre os sintomas apresentados pelos usuários. Para os usuários, estar doente significa essencialmente a ocorrência de perdas, perdas de capacidades e de laços afetivos. Isso demonstra que a doença implica em um estado de incapacidade estabelecido pelo perder e pela não valorização das relações e inter-relações entre o indivíduo e a sociedade⁽⁴⁰⁾.

Com relação ao CAPS ser um serviço que favorece a rede de relações sociais, os usuários percebem, na atuação dos profissionais, uma postura de escuta e acolhimento do sofrimento. Os usuários relatam sentirem-se apoiados, atendidos, escutados e utilizam os encontros com os profissionais como espaços para o desabafo, para o alívio. O espaço do CAPS conforma em oportunidade para agir novamente no mundo. Para os usuários, retirados dos processos produtivos e na diminuição ou, até mesmo, na ausência de vínculos sociais, a participação no serviço e a entrada em uma rede de solidariedade e apoio possibilita a retomada dos laços sociais em situação na qual esses laços são ainda mais necessários⁽⁴⁰⁾.

Os usuários desse estudo também apontam para práticas terapêuticas que têm fornecido apoio para que consigam enfrentar as dificuldades no cotidiano. O trabalho terapêutico se inicia com base nas as dificuldades relacionadas ao desempenho de atividades diárias. Os usuários apontam que o serviço tem focalizado seu trabalho nas práticas cotidianas. O processo terapêutico está baseado em um cuidado responsável, valorizando as habilidades e dificuldades dos sujeitos e suas necessidades. O resultado do contrato terapêutico é percebido, pelos usuários, como a melhora na qualidade de vida e na autonomia⁽⁴⁰⁾.

Destaco outro estudo de abordagem qualitativa que, utilizando a perspectiva teórica da representação social, objetivou identificar e analisar as representações acerca de tratamento psiquiátrico, elaboradas por usuários de um CAPS. Esse estudo foi desenvolvido em um CAPS da cidade de Campinas, estado de São Paulo, utilizando entrevistas com 11 usuários do serviço⁽⁴¹⁾.

Nesse estudo os resultados que emergiram relacionam-se com as temáticas de que tratar é ser medicado; tratar é ser cuidado ou (des)cuidado; e tratar significa estar em atividade. Na categoria que remete à medicação os usuários retratam a influência dos medicamentos, a participação dos profissionais e os efeitos esperados no tratamento psiquiátrico. Quanto à participação dos profissionais, os usuários se limitam a apontar o médico, o enfermeiro e o psicólogo, ainda que a equipe seja composta também por outros profissionais. Em relação aos efeitos ou perspectivas do tratamento psiquiátrico, os usuários apresentam a crença na cura⁽⁴¹⁾.

Sobre a temática do cuidado, esse é percebido pelos usuários como a obtenção da medicação e também como suporte nas atividades da vida prática. Na temática que trata das atividades, essas são relatadas pelos usuários como atividades que possibilitam a retomada da autonomia e nas quais podem perceber as suas potencialidades. Para alguns usuários, a satisfação no cuidado das atividades da vida diária lhes proporciona um novo direcionamento para o seu tratamento psiquiátrico, com o reconhecimento de suas habilidades no seu próprio cuidado. Além disso, quanto ao trabalho, eles referem que esse não apenas traz bem-estar, mas também a remuneração e a sua recolocação no mercado de trabalho⁽⁴¹⁾.

Um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado em um CAPS de Uberaba, no estado de Minas Gerais, objetivou investigar a vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias do CAPS e identificar como o processo terapêutico, oferecido pelo CAPS, tem colaborado na vida social dessas pessoas. Foi realizada observação participante e entrevistas semi-estruturadas com 12 usuários do CAPS⁽⁴²⁾.

Nesse estudo emergiram três categorias temáticas que tratam da vida dos usuários antes e após o adoecimento; do cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS; e assistência do CAPS, colaborando na vida social e na estabilização de sintomas.

Sobre a vida social dos usuários, os entrevistados mantiveram-se residindo junto aos seus familiares, após o adoecimento, o que os faz demonstrar satisfação, sobretudo por não terem vivenciado alterações no relacionamento familiar. Sobre os relacionamentos sociais dos usuários, esses vêm ocorrendo predominantemente entre os usuários e seus familiares, o que não possibilita a expansão da rede social dessas pessoas. Muitos usuários apontaram dificuldades em estabelecer relações de amizade ou namoro após o adoecimento mental, além de possuírem dificuldades em participar de eventos sociais e inserirem-se no mercado de trabalho formal⁽⁴²⁾.

Acerca do cotidiano dos usuários no ambiente extra CAPS, os usuários referem que construíram novas amizades no ambiente do CAPS, porém, essas ficam restritas ao espaço interno do serviço. Os usuários relatam que desenvolvem diversas atividades no ambiente extra-CAPS e todos os entrevistados concentram o seu tempo em afazeres domésticos e em atividades religiosas⁽⁴²⁾.

Sobre a colaboração da assistência do CAPS na vida social e estabilização dos sintomas dos usuários, esses consideram que, dentre as atividades oferecidas pelo CAPS, as mais favoráveis foram os atendimentos psicoterápicos grupais, a terapêutica medicamentosa, o atendimento médico, as oficinas de trabalhos manuais e as festas de confraternização. Grande parte dos usuários também referiu como contribuição da assistência no CAPS a redução de sintomas psicóticos e das crises e a redução de internações psiquiátricas⁽⁴²⁾.

Em uma pesquisa qualitativa, com o uso do referencial teórico-metodológico fundamentado na psicologia social discursiva, objetivou-se detectar conceitos e

teorias sobre a doença mental em discursos dos usuários de um CAPS e de seus familiares. O estudo foi desenvolvido em um CAPS de Campina Grande, no estado da Paraíba, com a realização de entrevistas com 15 usuários do CAPS e 15 familiares participantes do grupo de família⁽⁴³⁾.

Com a análise das entrevistas dos usuários, realizada por meio da análise do discurso, surgiram com frequência explicações do transtorno mental remetendo a fatores hereditários ou orgânicos, explicações fundamentadas numa compreensão biológica do sofrimento psíquico. Por outro lado, também surgiram considerações associando os transtornos mentais a fatores sociais, econômicos e interpessoais e, por vezes, como algo que acontece inesperadamente, sem causa definida e identificada⁽⁴³⁾.

Sobre as manifestações dos transtornos mentais, essas são relacionadas por alguns usuários com o desejo de morte ou tentativas de suicídio, além de momentos de instabilidade em relação ao humor e ao sono. Quanto aos termos que os usuários utilizam para nomear a doença mental, surge a utilização de vocabulário relacionado com a psicopatologia, com o uso dos diagnósticos médicos. Já o termo loucura é associado a tipos mais graves de transtorno mental, como comportamento agressivo, perturbador e bizarro⁽⁴³⁾.

Um estudo, desenvolvido nos sete CAPS da cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, buscou analisar a efetividade dos CAPS no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico. Constitui-se em um estudo quantitativo, por meio de uma coorte prospectiva, com usuários dos CAPS em duas visitas domiciliares, sendo que a primeira visita ocorreu de julho a outubro de 2006, e o acompanhamento ocorreu de maio a agosto de 2007. Foi considerado como exposição terapêutica no estudo o uso de medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista e a participação em oficinas e grupos nos CAPS nos últimos 30 dias⁽⁴⁴⁾.

Com o estudo, as características dessa exposição terapêutica foram identificadas, sendo que para todos os usuários o uso de medicamentos foi reduzido na visita dois; a participação nas oficinas terapêuticas foi maior na segunda visita e houve relato de diminuição das crises. Também as hospitalizações foram reduzidas, sendo que, quanto maior o tempo de frequência ao CAPS, maior o tempo decorrido desde a última internação psiquiátrica.

Com os dados dessa pesquisa, os autores puderam sugerir que os CAPS estão cumprindo seu papel substitutivo aos hospitais psiquiátricos e demonstram um efeito positivo do cuidado prestado pelos CAPS aos usuários. Esse efeito positivo pode ser observado na redução das crises e para os usuários em regime intensivo e com maior tempo de frequência no CAPS também houve redução das internações psiquiátricas⁽⁴⁴⁾.

Em um estudo descritivo de abordagem qualitativa, objetivou-se conhecer a vivência do usuário no CAPS e a importância que este atribui à atenção psicossocial. O estudo foi desenvolvido em um CAPS de uma cidade da região sul do estado do Rio Grande do Sul, com a realização de entrevistas semi-estruturadas com cinco usuários do CAPS⁽⁴⁵⁾.

Com a análise temática, emergiram as seguintes categorias: espaços geradores de subjetividade; espaços geradores de empoderamento; espaços de interlocução com o território; espaços de reconhecimento do sofrimento; espaços de troca, ensino e aprendizagem; espaços de (re)conquista da autoestima; o CAPS como dispositivo temporário de cuidado; e gestão municipal e ampliação da rede de atenção psicossocial⁽⁵¹⁾.

Os usuários desse estudo apontam sobre o desenvolvimento de um cardápio variado de atividades no CAPS, como atividades manuais, de artesanato, de bijuteria, aulas de música e atividades de geração de renda. Tais atividades, conforme o estudo, podem ser visualizadas como importantes espaços para trabalhar a concentração, possíveis ansiedades do indivíduo ou do grupo, estimular a criatividade, além de poderem se configurar como atividades de geração de renda.

Uma das atividades destacada no estudo, como espaço de empoderamento, é a assembléia, na qual usuários, familiares, profissionais e pessoas da comunidade têm oportunidade de manifestar-se sobre questões relativas ao CAPS. Outro espaço de empoderamento, no qual há participação de usuários do CAPS, é a associação de usuários e familiares, que é responsável por representar as vontades dos usuários de serviços de saúde mental do município no Conselho Municipal de Saúde⁽⁴⁵⁾.

Sobre os espaços de interlocução com o território, foi destacada a participação de usuários em oficinas de atividades físicas. No município desse

estudo, há a promoção de jogos olímpicos dos CAPS, momento em que os CAPS do município confraternizam entre várias modalidades de esportes, configurando-se como um espaço de inserção desses serviços na comunidade. Além disso, os usuários apontam espaços de reconhecimento do sofrimento no CAPS, os quais ocorrem, por exemplo, em grupos de expressão e medicação⁽⁴⁵⁾.

Os usuários desse estudo também reconhecem a relação de troca, ensino e aprendizagem que é estabelecida com a interlocução com estagiários no serviço, ocorrendo formação de vínculos e oportunidades de aprendizagem, além de ser um espaço de desenvolvimento de novas tecnologias de atendimento. Os usuários também apontam o CAPS como um local de (re) conquista da auto-estima e de promoção de saúde mental.

Nesse estudo os usuários reconhecem que o CAPS é um local temporário de cuidado, demonstrando que eles têm a visão de saída do serviço e, portanto, que o modo de atenção psicossocial não está causando a cronificação do usuário dos serviços. Por fim, os usuários apontam problemas na gestão municipal, como o descaso da administração municipal para com o serviço e a falta de ampliação e articulação da rede de saúde do município⁽⁴⁵⁾.

Por meio da revisão desses estudos que tratam acerca da temática dos CAPS sob o enfoque dos profissionais que atuam nesses serviços e de seus usuários, pude compreender sobre o significado que esses atores atribuem a essa modalidade de serviço.

Sobre os profissionais dos CAPS, nos estudos pesquisados, esses destacam que o trabalho em equipe vem se constituindo enquanto um processo em construção e que na equipe de profissionais existe colaboração e tomada de decisão conjunta entre os trabalhadores. Os profissionais também sentem-se gratificados em trabalhar nos CAPS, pela autonomia que possuem no trabalho e pela possibilidade de envolvimento e estabelecimento de vínculos com os usuários.

Os profissionais consideram que os efeitos positivos que o CAPS traz aos usuários surgem pela humanização dos relacionamentos, pelo acolhimento, escuta e pelo trabalho segundo a concepção da integralidade da atenção. Os profissionais também entendem que o trabalho nos CAPS deve voltar-se para ações fora das instituições, com o enfoque do trabalho na reabilitação psicossocial.

Com os estudos que tratam das concepções dos usuários sobre o CAPS, identificou-se que esses possuem uma avaliação positiva do serviço, dando especial importância para o aumento da autonomia, suporte nas atividades da vida diária, aumento das trocas sociais e da qualidade de vida e rompimento com o isolamento social. Os usuários também observam, na equipe de profissionais do CAPS, o comprometimento, uma postura de escuta e acolhimento do sofrimento psíquico.

A ênfase organicista do cuidado surge em alguns dos estudos quando os usuários referem-se ao CAPS como um local que contribui para a diminuição das crises e das internações psiquiátricas, quando dão valorização excessiva para os profissionais da medicina, enfermagem e psicologia e pela ênfase para a terapêutica medicamentosa sobre as demais abordagens do CAPS. Essas preocupações dos usuários, de caráter organicista, devem ser levadas em conta nos serviços substitutivos em saúde mental, porém, devem ser consideradas juntamente com um enfoque que dê atenção para os aspectos econômicos, sociais, da vida familiar e comunitária desses sujeitos.

Assim, com esses estudos, foi possível identificar as concepções tanto dos trabalhadores, como dos usuários dos CAPS, sendo que tais concepções convergem especialmente na ênfase da reabilitação psicossocial, na promoção da autonomia dos usuários, no estabelecimento de vínculo, em relações comprometidas e acolhimento do sofrimento.

3.3 Necessidades assistenciais em saúde mental nos CAPS

Discuto neste tópico as necessidades assistenciais dos usuários dos CAPS, devido aos meus questionamentos iniciais do estudo estarem voltados para compreender a maneira que vem sendo realizados os atendimentos em saúde mental e se esses vão ao encontro das necessidades dos usuários. Buscarei nesta investigação discutir as necessidades assistenciais que os usuários expressam e, por outro lado, que necessidades de assistência orientam as ações dos trabalhadores do serviço.

Para explicitar acerca das necessidades de saúde recorro a alguns autores que trabalham com essa temática^(14,15,46), sendo que existem imprecisões e

ambigüidades quanto a essa delimitação conceitual. O termo necessidades humanas tem uma conotação ampla, relativa e genérica, que acaba sendo difícil identificar seus conteúdos e particularidades⁽¹⁵⁾.

A maioria das correntes de pensamento apóia-se nas evidências sobre diferenças interpessoais e culturais, considerando as necessidades básicas como estados subjetivos e relativos de carências ou faltas. Já outras correntes teóricas encaram as necessidades como fenômeno objetivo, passível de generalizações⁽¹⁵⁾.

As necessidades podem ser discutidas em três dimensões: como forma de demanda espontânea, representando as necessidades expressas pelos usuários em demandas aos serviços; como necessidades não-sentidas, que são as necessidades identificadas pelos trabalhadores, mas ainda não reconhecidas pelos sujeitos; e necessidades fundamentais, que são as necessidades que ainda não foram reconhecidas nem pelos trabalhadores, nem pelos usuários. Nessa terceira dimensão é que surgem as principais dificuldades de determinação das necessidades⁽¹⁵⁾.

As necessidades humanas possuem um caráter social, não sendo possível tratar de necessidades naturais e permanentes sem que se considere o modo de construção social dos sujeitos e a realidade social em que estão inseridos. As necessidades de saúde vão além de categorias de nível individual e buscam alcançar necessidades universais e globais, além das necessidades socialmente construídas. Para tanto, não se busca deixar de valorizar a atenção individual à saúde dos sujeitos, mas sim, garantir a atenção à saúde a partir da sua potencialidade de integração do individual e do coletivo, da necessidade e da demanda, do saber e do fazer em saúde e enfermagem⁽¹⁵⁾.

Liss⁽⁴⁶⁾ buscou estudar diferentes noções do conceito de necessidades de cuidados de saúde, com a intenção de demonstrar diferentes pontos de vista sobre esse conceito.

Essencialmente, necessidade nada mais é do que uma lacuna ou uma diferença entre um atual estado de coisas e uma meta, ou objetivo a ser alcançado. A necessidade é eliminada quando tal lacuna é eliminada^(46,47).

A necessidade de cuidados de saúde é uma necessidade particular. De acordo com a fórmula básica de necessidade, cuidados de saúde são necessários

na medida em que é necessário para a realização de um objetivo. A questão crucial é então qual objetivo seria realizado para satisfazer uma necessidade de saúde⁽⁴⁸⁾.

A necessidade de cuidados de saúde existe quando: 1) existe uma lacuna entre o estado atual de uma pessoa e uma meta de cuidados de saúde, 2) e quando os cuidados de saúde são necessários para eliminar alguma lacuna^(46,47,48).

Isto leva a um modelo de avaliação de necessidade de cuidado de saúde⁽⁴⁶⁾. O conceito de necessidade tem três componentes fundamentais: o estado atual, o objetivo da necessidade e o objeto de necessidade. Informações sobre estes componentes são importantes para uma avaliação de uma necessidade.

A atenção para as necessidades são fundamentais para os trabalhadores de saúde, especialmente para os enfermeiros, já que esses devem atender não apenas as necessidades “médicas” de seus usuários, mas também as suas necessidades humanas⁽⁴⁷⁾.

O conceito de cuidados de enfermagem pode ser definido como as ações executadas pelos enfermeiros com a intenção de manter ou melhorar a saúde, ou satisfazer a necessidade básica do usuário. Conseqüentemente, a necessidade de cuidados de enfermagem existe quando a competência de um enfermeiro é necessária para manter ou melhorar a saúde, ou para atender a saúde básica do usuário. Nas necessidades de cuidados de enfermagem estão envolvidos dois objetivos: manter ou melhorar a saúde e a satisfação de necessidades básicas dos sujeitos⁽⁴⁷⁾.

O conceito de necessidade de cuidado de enfermagem possui três componentes: o estado atual, a meta da enfermagem e o objeto da necessidade de enfermagem. A obtenção destes dados pode ser feitas em três etapas⁽⁴⁷⁾.

1. Determinação do estado atual: O estado atual refere-se tanto à capacidade real da pessoa para realizar seus objetivos vitais ou a um estado de bem-estar. Um exame do usuário, incluindo não só incluindo exame físico, mas também medidas destinadas a obter informações sobre as próprias experiências dos sujeitos parece ser o método mais informativo.

2. Determinação do objetivo da necessidade de cuidados de enfermagem: Certo estado de saúde ou o bem-estar constitui o objetivo da necessidade de enfermagem. Não é possível alcançar plena saúde ou pleno bem-estar. A decisão, portanto, tem que ser feita sobre o grau de saúde que deve constituir o objetivo, ou

seja, o melhor estado de saúde. Esse certo estado de saúde constitui o objetivo de necessidade, e quando esse estado é percebido a necessidade é satisfeita e nenhuma ação adicional é necessária.

3. O objeto de necessidade de cuidados de enfermagem, isto é, qual intervenção de enfermagem é necessária, ou qual tratamento é necessário: A determinação do objeto de necessidade de cuidados de enfermagem na terceira fase refere-se aos serviços necessários, isto é, os recursos necessários para a concretização do objetivo. Pode haver apenas um tratamento disponível, ou mesmo nenhum, mas em muitos casos há uma escolha, incluindo a possibilidade de renunciar completamente o tratamento. Nesta fase deve haver a participação de diferentes trabalhadores e um envolvimento dos usuários sobre as decisões a serem tomadas nesta fase⁽⁴⁷⁾.

Existem incertezas na determinação destas três fases. Pode haver incertezas sobre a avaliação do real estado do usuário. Poderá também haver incertezas sobre quais intervenções seriam adequadas, por exemplo, se deveríamos ter uma conversa com o sujeito, ou devemos deixá-lo sozinho. A etapa mais importante, no entanto, é o estabelecimento de meta para a necessidade de cuidados de enfermagem.

Há algumas coisas a considerar quando o objetivo da necessidade de cuidados de enfermagem for estabelecido. Diferentes teorias de enfermagem apontam para diferentes objetivos, portanto deve-se decidir sobre qual a teoria se basear para o estabelecimento da meta. Além disso, o objetivo da enfermagem deve estar em sintonia com os objetivos dos outros trabalhadores da equipe multidisciplinar. A prestação de cuidados de saúde é muitas vezes uma forma de trabalho em equipe e uma equipe de sucesso requer um entendimento ou o estabelecimento de uma meta comum⁽⁴⁷⁾.

As necessidades de saúde podem ser vistas a partir do potencial de ajudar os trabalhadores dos serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando as suas necessidades como centro das intervenções e práticas⁽¹⁴⁾.

Para que as necessidades de saúde possam servir como um roteiro para avaliação dos serviços, para orientar os processos de capacitação gerencial e

como eixo para reestruturação de práticas em serviços de saúde pode ser utilizada uma taxonomia de necessidades de saúde⁽⁴⁹⁾.

Essa taxonomia pode ser utilizada para verificar o quanto as necessidades de saúde estão sendo consideradas, escutadas e atendidas nos serviços de saúde; e pode ser dividida em quatro conjuntos. O primeiro se refere às *necessidades de boas condições de vida*, que pode ser entendido tanto em um sentido funcionalista que destaca os fatores externos que determinam o processo saúde-doença, como por exemplo, que a doença é fruto do meio, do agente e do hospedeiro; como em sentido marxista, com a epidemiologia crítica, destacando explicações para o adoecimento nas condições de trabalho, em acesso a água tratada, nas condições de moradia e hábitos pessoais⁽⁴⁹⁾.

O segundo conjunto diz respeito às necessidades de *garantia de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida*. Ao se trabalhar com necessidade de acesso a todas as tecnologias disponíveis é preciso atentar tanto para as necessidades captadas no plano mais coletivo, como para a concepção de necessidade individual. As referidas tecnologias podem ser tanto tecnologias leves, leves-duras e duras^c, sendo que não são os trabalhadores que definirão que tecnologia é mais importante, mas isso dependerá das necessidades sentidas em cada situação pelos usuários⁽¹⁴⁾.

O terceiro conjunto remete às *necessidades de ter vínculos com um profissional ou uma equipe de saúde*. Esse vínculo pode ser compreendido como uma referência para as necessidades de saúde dos usuários e também como uma relação de confiança, com encontros de subjetividades. O vínculo refere-se ao estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, ou seja, momento em que há encontro de subjetividades⁽⁴⁹⁾.

O quarto conjunto relaciona-se com a *necessidade de autonomia e autocuidado na construção do “modo de andar a vida”* que cada sujeito necessita

^c As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser divididas em: *leves*, como no caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; *leve-duras*, como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia; e *duras* como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2005).

no seu modo de lidar a vida. É a capacidade de reconstruir a vida apesar das adversidades surgidas⁽⁴⁹⁾.

Considero que os quatro eixos desta taxonomia devem ser levados em consideração pelos trabalhadores dos CAPS no atendimento aos usuários, já que preconiza-se, com o movimento da reforma psiquiátrica, que as ações no CAPS devam considerar o contexto social dos usuários, a disponibilização das tecnologias adequadas à assistência ao usuário, o estabelecimento de vínculo entre profissional usuário e a promoção do maior grau de autonomia possível.

No encontro do usuário com a equipe, deve haver compromisso em fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde desse usuário que busca o serviço, que apresenta uma necessidade representada em uma demanda do serviço. A demanda é a tradução das necessidades mais complexas do usuário, são as necessidades modeladas pela oferta que o serviço faz. Quando o usuário acessa o serviço ele traz consigo uma “cesta de necessidades de saúde” e cabe à equipe possuir sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender essas necessidades da melhor forma possível⁽¹⁴⁾.

A oferta dos serviços de saúde, dentre esses os CAPS, devem estar voltados para as necessidades da população, indo além de necessidades de assistência, de cuidados relacionados com a patologia e de necessidades de medicações. Os serviços orientados pelo modo psicossocial devem oferecer uma escuta aos seus usuários que contemple as necessidades ampliadas para as dimensões da vida dos sujeitos.

Na atenção à saúde devem-se desenvolver processos que favoreçam a formação de sujeitos capazes de se perceber e de perceber a realidade que os cerca, tratando-se então de valorizar a sua autonomia. Tomar as necessidades nessa dimensão da autonomia significa compreender que as necessidades só podem ser definidas pelos grupos sociais que as produzem. Os trabalhadores devem em sua prática considerar as relações estabelecidas entre as necessidades de saúde e a subjetividade, a qualidade de vida, o enfrentamento das discriminações sociais e o autodesenvolvimento⁽¹⁵⁾.

Deveria haver uma correlação entre as necessidades assistenciais de determinada população e os serviços de saúde para atender a estas necessidades. Entretanto, ainda existe uma dicotomia entre os preceitos teóricos que norteiam a

prática dos profissionais de saúde, dentre esses o enfermeiro, e as necessidades assistenciais requeridas pela população⁽⁵⁰⁾.

Em um estudo que utilizou a abordagem de Alfred Schutz buscou-se compreender quais as necessidades assistenciais de saúde do acompanhante do usuário do CAPS em sofrimento psíquico que emergem da convivência com este⁽⁵¹⁾. Nesse estudo destacou-se que a assistência às necessidades de saúde pelos profissionais de saúde deve ter por elemento fundante a realidade concreta dos usuários e seus familiares, contribuindo para a aproximação entre os diferentes atores destes cenários de atenção.

Fazendo-se uma reflexão especificamente sobre as necessidades de saúde dos usuários dos CAPS podemos refletir sobre a capacidade que os serviços de saúde mental têm em atender e escutar as necessidades deste grupo, sejam essas necessidades de saúde, de cuidado, de alguma ação assistencial que esperam dos trabalhadores do CAPS.

Nos serviços de saúde ainda é um desafio para as equipes atender as necessidades dos usuários e não apenas encaixá-los nas ofertas do serviço. Por meio do acolhimento, estabelecimento de vínculo e escuta atenta, os trabalhadores podem fazer essa taxonomia das necessidades de saúde dos usuários dos CAPS e poder pensar na gestão do cuidado no serviço.

4 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO

Neste capítulo trago a minha opção por trabalhar com o referencial teórico-filosófico da Fenomenologia Social de Alfred Schutz e uma contextualização acerca do referencial, com a utilização de alguns conceitos de Schutz, que permearam toda a construção deste estudo.

4.1 Opção pelo referencial

Considerando que o objetivo deste estudo é discutir a relação social entre trabalhadores que atuam no CAPS e o usuário do serviço, optei por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica, com o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schutz.

A escolha teórico-metodológica por esse referencial ocorreu em virtude da compreensão de que esse método é pertinente em pesquisas no campo da saúde mental, já que nessas se quer dar voz aos sujeitos envolvidos, ou seja, usuários e trabalhadores, considerando as suas singularidades, desejos e subjetividades. A minha aproximação com o método ocorreu em decorrência da minha trajetória acadêmica durante a pós-graduação em enfermagem, com grupos de estudos com o professor orientador e colegas que utilizavam esse referencial, e com disciplinas específicas sobre o referencial com a participação de professores de outras instituições que já vinham utilizando tal método há mais tempo.

Além disso, tive maior aproximação com o referencial da fenomenologia social com a participação no desenvolvimento de estudos e projetos de pesquisa que utilizaram tal abordagem^(9,20,52-54). Entendo que o referencial de Alfred Schutz é um instrumento importante para o aprofundamento no conhecimento científico em relação à enfermagem e à saúde mental.

A abordagem metodológica da fenomenologia social vem sendo utilizada por diversos pesquisadores da enfermagem, o que demonstra a pertinência desta metodologia na área da saúde⁽⁵⁵⁻⁵⁸⁾. Na área da saúde mental, apesar de ainda não haver muitos trabalhos utilizando tal metodologia^(51,54,59-61) considero que o uso do

referencial é condizente, já que com o referencial da fenomenologia social procura-se ouvir os sujeitos, considerando suas subjetividades, na tentativa de revelar a essência das ações sociais.

Além disso, na saúde mental, de acordo com o modo psicossocial, é necessário valorizar as relações humanas entre usuários e trabalhadores, e buscar que essas ocorram com maior nível de familiaridade possível, ou seja, que as relações entre trabalhadores e usuários não ocorram em forma de sujeitos anônimos e sim sob a forma de relações de familiaridade, em que o outro é apreendido por mim como um ser único⁽⁶²⁾.

4.2 Fenomenologia Social de Alfred Schutz

Alfred Schutz pode ser considerado um filósofo fenomenólogo, mas também um cientista social que estudou direito, economia e sociologia. Schutz desenvolveu a sua filosofia, a fenomenologia social, com base nas influências das obras de Edmund Husserl, quanto à fenomenologia, e de Max Weber, acerca da sociologia compreensiva, desenvolvendo uma filosofia para revelar as bases fenomenológicas das ciências sociais.

Como possuía conhecimento e apreciação pelas áreas da filosofia, sociologia e psicologia social, Schutz, em seus estudos, abarcava problemas desses três domínios. Procurava concretizar uma filosofia da realidade do mundo cotidiano, ou seja, buscava a compreensão da realidade do mundo da vida⁽⁶²⁾.

Schutz investigou os fundamentos das ciências sociais e afirmava que a fenomenologia de Husserl oferecia um método rigoroso para a análise descritiva da constituição do mundo da vida cotidiana na experiência humana, mas advertiu que faltava aplicar o método fenomenológico ao mundo social⁽⁶³⁾.

Schutz se apropriou dos conceitos husserlianos para utilizá-los na sociologia de forma sistemática e fundamentar filosoficamente as ciências sociais, procurando saber o que é a sociologia nela mesma. Schutz buscou mostrar que a tarefa das ciências sociais não pode negar que certos fatos, como as crenças e convicções, sejam reais e façam parte da experiência vivida do homem e do mundo da sua vida social⁽⁶⁴⁾.

Schutz foi influenciado pela concepção da sociologia compreensiva de Max Weber especialmente quanto aos conceitos de tipologia, ação social e relação social. A tipologia de Weber refere-se a um instrumento de pesquisa ligado à ideia de classificação, com o objetivo de sintetizar traços típicos de um fenômeno social⁽⁶⁴⁾.

A partir do estudo do referencial de Alfred Schutz, descrevo alguns aspectos conceituais no intuito de subsidiar as discussões presentes neste estudo. Abordo especificamente os conceitos descritos por Schutz de relacionamento social, ação familiar e anônima, situação biográfica, estoque de conhecimento à mão, ação social, motivações e reciprocidade de perspectiva.

Para discutir a relação social entre trabalhadores que atuam nos CAPS e o usuário do serviço, utilizo o conceito de relacionamento social trabalhado por Schutz. Os relacionamentos sociais entre os sujeitos ocorrem basicamente de maneira direta ou indireta. O relacionamento social é direto quando ocorre na orientação para o *tu*, que é o modo puro do sujeito estar consciente de outro ser humano como uma pessoa. É a intencionalidade dos atos através dos quais o *Eu* capta a existência da outra pessoa do mesmo modo que a sua.

A orientação para o *tu* pode ser unilateral (se apenas um dos dois percebe a presença do outro) ou recíproca (ambos os sujeitos estão mutuamente conscientes um do outro). A partir da orientação para o *tu*, constitui-se o relacionamento *face a face*, que consiste no relacionamento social diretamente vivenciado, ou seja, uma pessoa está ao alcance da experiência direta da outra, ambas compartilhando um tempo e um espaço comuns⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, o relacionamento social indireto é aquele estabelecido entre contemporâneos, na orientação para o *eles*. Um mero contemporâneo é alguém que o sujeito sabe que coexiste consigo no tempo, mas que não vivencia imediatamente, por isso esse tipo de conhecimento é sempre indireto e impessoal. A orientação para o *eles* demonstra o modo peculiar como o sujeito apreende as experiências conscientes dos seus contemporâneos⁽¹⁶⁾.

As pessoas que estabelecem ou que terão intercâmbios numa situação *face a face* são chamadas de semelhantes, elas fazem parte da experiência direta. As pessoas que coexistem no tempo, mas que não possuem qualquer relacionamento social direto são chamadas de contemporâneas⁽¹⁶⁾.

Não poderíamos ser pessoas para os outros e nem mesmo para nós próprios se não pudéssemos encontrar com os outros um ambiente comum como contrapartida da conexão intencional de nossas vidas conscientes. A compreensão de outra pessoa ocorre apenas por meio de apresentação, sendo que todos têm como dadas apenas as suas próprias experiências. Isso leva ao fato de que, dentro do ambiente comum, qualquer sujeito tem seu ambiente subjetivo particular. Ele percebe o mesmo objeto que o seu parceiro, mas com coloridos que dependem de seu determinado “aqui e agora”⁽¹⁶⁾. Os sujeitos compreendem o mundo através da interpretação de suas próprias experiências, sejam experiências de coisas inanimadas ou de seres humanos, seus semelhantes. Então, a compreensão do outro eu é a nossa explicação das experiências que vivemos com os seres humanos, nossos semelhantes, como tais.

Schutz, ao trabalhar com a comunicação entre pessoas, exemplifica como esta ocorre, por meio da comunicação entre compositor musical e espectador. O relacionamento entre o compositor musical e o espectador estabelece-se pelo fato de que o espectador de uma peça de música participa e recria as experiências do seu semelhante. Ele afirma que toda comunicação pressupõe um relacionamento de afinação mútua entre o comunicador e o receptor dessa comunicação⁽¹⁶⁾.

Entende-se que em um serviço de atenção psicossocial, como o CAPS, os relacionamentos sociais ocorram de forma direta entre os trabalhadores e usuários, com afinação, ou sintonia entre esses. Ou seja, entende-se que essa relação ocorra entre sujeitos semelhantes, em um encontro *face a face*, já que agem em um mesmo tempo e em um mesmo espaço.

Esses sujeitos que estabelecem esse relacionamento social têm cada um a sua situação biográfica e o seu estoque de conhecimento. Uma determinada situação biográfica é todo o momento da vida de um homem em que ele se encontra: seu ambiente físico e sócio-cultural, dentro do qual ele tem sua posição - essa posição em termos de espaço físico e tempo exterior - de status e papel dentro do meio social, e de posição moral e ideológica. Dizer que essa definição da situação é determinada em termos biográficos significa que ela tem a sua história, ou seja, é a sedimentação de todas as experiências anteriores desse homem, organizadas de acordo com as poses habituais de seu estoque de conhecimento à mão⁽¹⁶⁾.

O sofrimento psíquico se faz presente na situação biográfica dos usuários, como um processo dinâmico que sofre mudanças, podendo se agravar ou diminuir. Entretanto, a situação biográfica dos usuários não é marcada apenas por situações de sofrimento, mas também por elementos como a participação em atividades culturais, domésticas, de lazer e de trabalho⁽²⁰⁾.

O estoque de conhecimento à mão que o homem tem a qualquer momento na vida diária, esse lhe serve como um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes e também determina sua antecipação das coisas que virão. O estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo e muda em termos de extensão e de estrutura, e as experiências posteriores o enriquecem e o alargam⁽¹⁶⁾.

O conhecimento dos sujeitos não é homogêneo, ele apresenta-se de forma incoerente para os sujeitos, apenas parcialmente claro, e não está livre de contradições. É incoerente porque os interesses do indivíduo não são integrados num sistema coerente. Eles são apenas em parte organizados em planos de qualquer tipo (planos de vida, de trabalho, lazer, relativos a qualquer papel social assumido); mas a hierarquia desses planos muda com a situação e com o crescimento da personalidade. Na vida diária, é só parcialmente que o homem se interessa pela clareza de seu conhecimento, isto é, por uma visão mais profunda das relações entre os elementos desse mundo e os princípios gerais que as regulam. Seu conhecimento não é consistente. Ao mesmo tempo, ele pode considerar igualmente válidas afirmações que, na realidade, são incompatíveis uma com a outra.

Com relação ao estoque de conhecimentos dos usuários, esse pode estar envolto pelas suas vivências em procurar atendimento no CAPS. Já o estoque de conhecimento dos trabalhadores está relacionado com a sua formação profissional.

Esse mundo da vida cotidiana em que são estabelecidas as relações sociais é experimentado por nós segundo diversos graus de familiaridade e anonimato. A relação de familiaridade é vivida sob a forma do *nós* e permite a apreensão do outro como um ser único em sua individualidade. Quanto mais anônima for a relação, mais afastada estará a unicidade e a individualidade do meu semelhante e poucos aspectos serão considerados relevantes para o problema que desejo abordar⁽⁶⁴⁾.

O mundo da vida é experimentado por nós através de graus diversos de familiaridade e anonimato. Quanto mais anônimas são as relação entre o sujeitos, menores serão as possibilidades de se compreender a subjetividade do outro, e poucos serão os aspectos retidos como relevantes nessa relação. Nessa perspectiva, na relação de anonimato, o outro não é percebido na sua singularidade, ele é apenas “um alguém”, “mais um”, muitas vezes identificado somente por um número, em geral, há uma despersonalização do sujeito. Na relação de anonimato, o outro é destituído de significado para mim. Já na relação de familiaridade, o outro é apreendido por mim como único, vivencio com ele uma relação sob a forma do nós⁽⁶³⁾.

Quando um sujeito estabelece relacionamentos sociais com seu semelhante, ele experimenta os outros em diversas perspectivas e a sua relação com eles ocorre segundo variados níveis de proximidade, profundidade e anonimato na vivência⁽¹⁶⁾.

No mundo social em que vivemos, estabelecemos relações com sujeitos em diferentes níveis de anonimato e familiaridade. As pessoas com quem convivo podem ser pessoas com que eu não mantenha relações de amizade mais íntimas e pessoais. Pessoas como funcionários, motoristas de ônibus podem ser pessoas com quem mantenho uma aproximação casual, mas que poderiam ser substituídas por outras que realizam as mesmas funções. Além disso, existem pessoas que só conhecemos através de suas obras ou de sua história⁽⁶⁴⁾.

Nas relações de anonimato, há a caracterização do sujeito por um número, ou por um diagnóstico, como ocorre muitas vezes na área da saúde e da saúde mental, sem considerar quem de fato é esse sujeito⁽⁶⁴⁾.

Nos serviços de saúde mental, de acordo com o modo psicossocial, é preciso valorizar as relações humanas entre usuários e trabalhadores e buscar que essas ocorram com maior nível de familiaridade possível, considerando as características singulares de cada ator envolvido nessa relação, e não somente considerando o outro de acordo com seu papel social, de usuário ou de profissional.

Para compreender as expectativas dos usuários quanto às ações assistenciais no CAPS e as intenções que orientam as ações dos trabalhadores nesse serviço, remeto-me ao conceito de Schutz de ação social. Destaco que tal

conceito Schutz desenvolveu tomando por base os estudos da sociologia compreensiva de Max Weber.

Schutz⁽¹⁶⁾ destaca algumas definições sobre conduta, ação e trabalho. A conduta se refere às experiências de significado subjetivo que emanam de nossa vida espontânea. A conduta que é prevista, que está baseada em um projeto preconcebido, é chamada de ação. Já o trabalho é uma ação que requer movimentos corporais do homem, é uma ação no mundo exterior baseada em um projeto e tem intenção de realizar o estado de coisas projetado.

Desse modo, o trabalho integra as dimensões do tempo presente, passado e futuro, remetendo aos conceitos de *projeto*, *ação* e *ato*. O projeto antecipa a conduta humana mediante a imaginação, é a fantasia antecipada do *ato*; a ação é uma conduta humana concebida de antemão baseada em um projeto; e o ato é o resultado desse processo em curso, é a ação realizada^(16,60).

As ações, então, são comportamentos motivados, motivos esses que Schutz classifica em dois conjuntos: os *motivos para* e os *motivos porque*. Os *motivos para* são o fim em razão do qual a ação foi realizada, eles referem-se ao futuro. Já os *motivos porque* remetem às experiências passadas do sujeito, tais experiências é que determinam que ele aja como agiu⁽¹⁶⁾.

Os motivos *por que* servem para contextualizar, motivar a ação futura, neles encontram-se o acervo de conhecimentos acumulados transmitidos pelos predecessores, a herança cultural com a história pessoal. Apesar da motivação *porque* estar enraizada em experiências passadas, os atores não as têm conscientemente, enquanto atuam, eles só podem compreendê-la em reflexão retrospectiva⁽⁵⁶⁾.

Com a convergência dos *motivos para* de determinada ação, comum entre aqueles que vivenciam o mesmo fenômeno, é possível caracterizar o típico da ação dos sujeitos envolvidos⁽⁵¹⁾. Com a convergência dos *motivos para* dos trabalhadores e usuários do CAPS em desenvolver ação de ofertar ou de buscar assistência, será possível caracterizar o típico da ação desses dois grupos de sujeitos.

Por meio da análise das falas dos entrevistados, busquei analisar as convergências entre os *motivos para* dos trabalhadores quanto às ações que

desenvolvem no CAPS e os *motivos para* dos usuários quanto ao que esperam dos trabalhadores do CAPS.

A partir do momento em que há convergências entre o típico das ações dos usuários em buscar assistência e entre o típico das ações assistenciais dos trabalhadores do CAPS, pode-se dizer que nessa relação social existe *reciprocidade de perspectiva*.

As *reciprocidades de perspectiva* consistem nas trocas possíveis de pontos de vista e a congruência dos sistemas de relevâncias entre os sujeitos. As reciprocidades referem-se a construções típicas de objetos de pensamento que resultam dos objetos de pensamento da experiência particular do sujeito com o seu semelhante. Com essas construções do pensamento do senso comum, presume-se que o que é um pressuposto para um sujeito também é tido como pressuposto para seu semelhante⁽¹⁶⁾.

A tese geral das perspectivas recíprocas é constituída pelas idealizações de intercâmbios de pontos de vista e da congruência do sistema de significâncias. Essas são construções tipificadoras de objetos de pensamento de minha experiência privada e a de meu semelhante. O setor do mundo pressuposto por mim também é pressuposto por você, meu semelhante, ou seja, objetos e fenômenos do mundo são comuns a nós dois porque eu posso perceber *de lá* as mesmas coisas que eu percebo *daqui*, apesar das diferenças nas perspectivas⁽⁶³⁾.

A tese geral da reciprocidade de perspectivas supõe que as construções típicas de objetos de pensamento superam os objetos de pensamento de minha experiência privada e a de meu semelhante, significa a pressuposição para um mundo de objetos comuns entre eu e meu semelhante⁽⁶³⁾. No caso da presente pesquisa, esses objetos em comum relacionam-se com as ações assistenciais em saúde mental desenvolvidas no CAPS, ou seja, se a oferta e a busca pelas ações convergem para os mesmos objetivos.

Na idealização de intercâmbios de pontos de vista pressuponho que eu possa trocar de lugar com o meu semelhante e vir a conhecer o seu ponto de vista, da mesma forma que ele pode ocupar o meu lugar e conhecer o meu ponto de vista. É o que Schutz chama de conhecimento em comum ou socialização do conhecimento⁽⁶⁴⁾.

No referencial da fenomenologia social, reconhece-se que o sujeito possui intencionalidade em suas ações, ele é reconhecido como um sujeito consciente e, por isso, possui um *motivo para*. Considerando-se o *motivo para* como uma ação futura, ou seja, a finalidade da ação do sujeito, quando se analisa esta motivação, reconhece-se, através das falas dos sujeitos, uma tentativa de expressar uma determinada necessidade. A partir do reconhecimento do principal objetivo de uma determinada ação que o sujeito tem, reconhece-se qual a concepção de necessidade que ele possui para agir da forma como agiu⁽⁶⁵⁾.

Assim, este estudo foi realizado no âmbito do mundo da vida cotidiana, inserido em uma metodologia das Ciências Sociais. Nesta, o campo de investigação do pesquisador é a realidade social, tendo um significado específico e uma estrutura de relevância para os sujeitos que vivem, agem e pensam dentro desse contexto.

A realização da pesquisa nesse âmbito se faz pertinente, já que assumo uma concepção ampliada da saúde mental, considerando os usuários enquanto pessoas que estão inseridos em determinado grupo social e familiar, com seus conhecimentos particulares, seu estoque de conhecimentos e com determinada situação biográfica.

5 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

Na trajetória metodológica apresento o tipo, o campo e os sujeitos do estudo, a forma como as informações foram coletadas, o método de análise das informações e os aspectos éticos observados na pesquisa.

5.1 Tipo de estudo

Considerando que o objetivo deste estudo é discutir a relação social entre trabalhadores que atuam no CAPS e o usuário do serviço, desenvolvi uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica. Como busquei ouvir as vivências dos sujeitos acerca de determinado fenômeno, a utilização da pesquisa qualitativa se fez pertinente, já que essa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, além de trabalhar com um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, que não podem ser quantificados⁽⁶⁶⁾.

A opção pelo método fenomenológico se deu, pois a fenomenologia pode propiciar a possibilidade de focar a experiência dos sujeitos sobre o cuidado que recebem, o que pode ser usado no planejamento da assistência na área da saúde mental⁽⁶⁷⁾.

A fenomenologia é uma linha de pensamento que teve seu início no final do século XIX, com a formulação de seus princípios por Edmund Husserl. Husserl foi influenciado por Franz Brentano, que se preocupou em transformar a filosofia em uma ciência rigorosa, baseada em um novo método, o método fenomenológico⁽⁶⁸⁾.

A fenomenologia surgiu em um contexto de profundas transformações sociais, políticas e culturais, de grande produção intelectual e de difusão das ciências humanas. Ela iniciou com um momento de revisão das verdades tidas como cientificamente inabaláveis, em um momento em que as ciências assumiam um distanciamento do homem, em que tudo era reduzido ao mundo empírico, tudo era reduzido a uma explicação de causa-efeito⁽⁶⁹⁾.

Husserl propõe a fenomenologia mediante a crise da filosofia, das ciências sociais e das ciências humanas, enfatizando a necessidade de repensar os fundamentos e a racionalidade dessas e mostrar que tanto a filosofia como as ciências humanas são viáveis. A fenomenologia se opõe ao positivismo na medida em que não existem fatos com a objetividade pretendida, já que o mundo não é percebido como um dado bruto, sem significados, ao contrário, o mundo é percebido pelos sujeitos como um mundo seu⁽⁷⁰⁾.

A fenomenologia é a doutrina universal das essências, designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas, mas principalmente refere-se a uma atitude intelectual especificamente filosófica e a um método especificamente filosófico. Para se obter o fenômeno puro, seria preciso por em questão o eu, e também o tempo e também o mundo⁽⁷¹⁾. “A fenomenologia dá ênfase à experiência do sujeito e também à interpretação do mundo que se revela para a consciência”⁽⁷²⁾.

Segundo o olhar fenomenológico o homem é o centro da investigação, e sobre ele que localiza-se o foco da atenção, ou melhor, sobre os fenômenos que ocorrem no seu mundo. A partir deste olhar o que está em destaque é o indivíduo único e singular, que apreende o mundo através de seu modo particular de conformá-lo⁽⁷²⁾.

O método fenomenológico proposto por Husserl procura abordar o fenômeno, aquilo que se manifesta a si mesmo, não o parcializando ou explicando a partir de conceitos prévios, de crenças ou afirmações; tem a intenção de interrogá-lo, tentando descrevê-lo e procurando captar a sua essência⁽⁷³⁾. O postulado básico da fenomenologia é a noção de intencionalidade, pela qual é tentada a superação das tendências racionalistas e empiristas. A fenomenologia pretende superar a dicotomia razão-experiência no processo de conhecimento, afirmando que toda consciência é intencional, ou seja, toda consciência tende para o mundo, toda consciência é consciência de alguma coisa⁽⁷³⁾.

A fenomenologia tem sido utilizada na enfermagem como referencial teórico metodológico em investigações que visam compreender a visão do ser humano em seu todo vivido, bem como de forma situada no mundo e em sua totalidade de vida⁽⁵³⁾. Esse referencial teórico-metodológico permite dar voz ao sujeito da ação que está inserido em um mundo de relação com o outro, um mundo social⁽⁷⁴⁾.

5.2 Campo de estudo

Este estudo foi realizado no CAPS II, localizado no município de Chapecó, no estado de Santa Catarina. A escolha do campo de estudo deu-se pela minha inserção no município de Chapecó, como docente de enfermagem em saúde mental, na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

O município de Chapecó localiza-se na região oeste do estado de Santa Catarina e foi criado em 25 de agosto de 1917. Localiza-se na macrorregião do oeste de Santa Catarina, como pode ser observado na Figura 1.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Figura 1 – Mapa do Estado de Santa Catarina com destaque para o Município de Chapecó. Em mapa menor a localização do estado de Santa Catarina no Mapa do Brasil, 2011.

Chapecó é considerada a capital brasileira da agroindústria. Atualmente destaca-se por um elevado crescimento populacional e crescimento da sua

economia⁽⁷⁵⁾. Conforme o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado no ano de 2010, possui uma população de 183.530 pessoas, sendo 90.626 homens e 92.904 mulheres, com uma unidade territorial de 624 Km²⁽⁷⁵⁾. De acordo com os dados do IBGE de 2009, conta com 117 estabelecimentos de saúde, destacando-se 35 estabelecimentos públicos de saúde, 1 estabelecimento de saúde público estadual, 34 estabelecimentos de saúde públicos municipais, 82 estabelecimentos de saúde privado e 394 leitos para internação em serviços de saúde⁽⁷⁵⁾.

A atenção em saúde mental no município está organizada a partir dos três CAPS, sendo um CAPS II, um CAPSi e um CAPSad. Esses serviços do município buscam garantir a continuidade do tratamento dos egressos de internação psiquiátrica quanto para desintoxicação, por meio de um acompanhamento interdisciplinar, contando com o suporte familiar e social. Esses serviços também destinam-se ao preparo do usuário para o convívio social, por meio de atividades artísticas e culturais, com envolvimento de ações intersetoriais. Está preconizado que todas as ações de saúde mental sigam os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, de acordo com as diretrizes do SUS, na perspectiva da desconstrução da lógica manicomial⁽⁷⁶⁾.

Especificamente sobre o local de estudo - o CAPS II de Chapecó (Figura 2) - ele teve o início de suas atividades no ano de 2000, como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), tendo a sua regulamentação como um CAPS II, no ano de 2003⁽⁷⁷⁾ conforme a Portaria Nº 336/2002. Essa modalidade de serviço se destina prioritariamente ao atendimento de usuários, em sua área territorial, nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo⁽⁶⁾.



Figura 2 – CAPS II do Município de Chapecó, Santa Catarina, 2011.

O horário de funcionamento do CAPS é das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Existem horários predefinidos no serviço para os usuários tomarem chimarrão - que faz parte da cultura local - e fumarem, sendo que os usuários devem observar o local específico destinado para fumar.

No CAPS são desenvolvidas oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atendimentos individuais às famílias, atendimento em espaços comunitários, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, ações em conjunto com a atenção básica, reuniões de equipe, ações de educação em saúde, supervisão para as equipes da Estratégia de Saúde da Família. No CAPS não é desenvolvido o Plano Terapêutico Individual de cada usuário e não há técnico de referência no serviço. No momento da coleta de dados não estavam ocorrendo grupos com familiares no CAPS.

Quando necessário encaminhamento de algum usuário para internação, esse encaminhamento é realizado para o Instituto de Psiquiatria de Florianópolis/SC, para o Hospital São José e para o Hospital Cristo Rei no município de Ponte Serrada/SC. Destaca-se que o CAPS não realiza encaminhamentos de usuários em caso de agudização de sintomas para o Hospital Geral do município de Chapecó, pois o mesmo não destina atendimento para a área da saúde mental.

Quanto à equipe de trabalhadores do CAPS, no momento da coleta de dados essa era composta pelos seguintes membros: uma enfermeira, coordenadora do serviço com 40 horas semanais, uma assistente social, de 30 horas semanais, duas psicólogas de 30 horas semanais, quatro psiquiatras, sendo um de 40 horas, um de 12 horas e dois com 10 horas semanais; uma médica clínica em formação de psiquiatria com 12 horas semanais, duas agentes comunitárias de saúde com 40 horas semanais, três auxiliares de enfermagem com 40 horas semanais cada e um do setor administrativo com 40 horas semanais.

O CAPS possui um automóvel disponibilizado diariamente para buscar e levar alguns usuários que possuem dificuldades de irem sozinhos ao serviço, especialmente aqueles que possuem maior comprometimento psíquico.

Quanto à forma de ingresso dos usuários no CAPS, esse se dá por meio de encaminhamentos da rede básica de saúde. Existem cadastrados 5528 usuários no CAPS, sendo 3000 ativos. Dos usuários ativos, cerca de 1948 estão no regime não intensivo (atendidos de forma ambulatorial), 1000 estão no regime semi-intensivo e 52 no regime intensivo.

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo constituíram-se em trabalhadores da equipe do CAPS e usuários que recebem atendimento nesse serviço. O número de sujeitos não foi definido previamente, sendo que as entrevistas ocorreram até o momento em que as falas sobre as ações dos usuários e trabalhadores forem repetindo-se, ocorrendo convergências entre elas, demonstrando sinais de desvelamento do fenômeno⁽⁵⁶⁾.

Os critérios de inclusão dos trabalhadores participantes do estudo foram: trabalhadores desse serviço e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os critérios de inclusão utilizados para os usuários foram os seguintes: usuários em acompanhamento no CAPS, com condições de comunicação e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

Os sujeitos do estudo constituíram-se então em 14 trabalhadores do CAPS e 14 usuários do serviço. Quanto aos trabalhadores, a equipe do CAPS é composta por 15 sujeitos, sendo que apenas um não participou da coleta, por não estar no serviço durante os dias em que foi realizada a coleta de dados, já que esse profissional tem suas atividades concentradas em uma única semana do mês no CAPS.

Da equipe de trabalhadores entrevistados estão incluídos trabalhadores que não se constituem em profissionais da saúde como, por exemplo, um técnico administrativo e duas agentes comunitárias de saúde, incluídos na pesquisa por considerar que esses desenvolvem interações com os usuários do CAPS e fazem parte das discussões em equipe. Apenas não foram convidados para a pesquisa os motoristas e a auxiliar de serviços gerais, já que os primeiros não são exclusivos do CAPS, desenvolvendo o trabalho em diversos serviços da secretaria municipal de saúde, e a segunda por tratar-se de um profissional terceirizados, inclusive ocorrendo trocas constantes nessa função.

Com a finalidade de garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados na pesquisa, os trabalhadores da equipe foram identificados na redação pela sigla E acompanhada do número correspondente à ordem das entrevistas (de E1 a E14). Os usuários entrevistados foram identificados no texto pela sigla U acompanhado do número correspondente à ordem das entrevistas (U1 a U14). O nome dos trabalhadores do serviço que foram citados pelos sujeitos foi substituído no texto pelas letras X, W, Y, de forma a não permitir que ocorresse a identificação dos mesmos.

5.4 Coleta das informações

Anteriormente à etapa de coleta de dados, realizei contato com o coordenador do CAPS para breve apresentação da pesquisa e permissão para a realização do estudo de campo nesse local. A coordenação se mostrou receptiva com a realização da pesquisa no CAPS, inclusive destacando que gostaria que houvesse retorno dos resultados da mesma ao serviço, para contribuição com o trabalho desenvolvido pela equipe.

No momento em que iniciei a coleta das informações, a coordenação do serviço encontrava-se em férias, sendo que a pessoa responsável pelo serviço no período me recebeu com receptividade e ajudou-me no agendamento das entrevistas com a equipe. Além disso, a equipe do CAPS me auxiliou no contato com os usuários a serem entrevistados, apresentando-me a eles e relatando que eu estava desenvolvendo uma pesquisa no serviço. Essa apresentação inicial para os usuários facilitou a adesão deles para as entrevistas e contribuiu para que se mostrassem mais à vontade no momento da coleta de dados.

A coleta das informações foi realizada por meio de entrevista fenomenológica com os participantes do estudo. Inicialmente convidei os trabalhadores para a realização do estudo e, mediante a aceitação, agendei as entrevistas. Os usuários foram escolhidos eventualmente, sendo convidados a participar os que estivessem frequentando o serviço nos dias em que eu estava realizando a coleta das informações. Foram entrevistados usuários dos regimes intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

O tempo de duração das entrevistas dos trabalhadores da equipe variou de quatro minutos e 30 segundos a uma hora e dois minutos. Já o tempo de duração das entrevistas dos usuários variou de três minutos e 25 segundos a 16 minutos.

Durante as entrevistas, inicialmente realizei uma caracterização dos sujeitos do estudo (APÊNDICE B e APÊNDICE C) e após centrei-me na entrevista propriamente dita. A entrevista com os usuários possuía as seguintes questões norteadoras: “Conte para mim sobre os atendimentos que você vem recebendo no CAPS” e “O que você espera com relação aos profissionais do CAPS?” Na entrevista com os trabalhadores dirigi as seguintes questões norteadoras: “Conte para mim que ações você desenvolve no CAPS” e “O que você tem em vista com essas ações?” (APÊNDICE D).

As entrevistas foram gravadas em gravador de áudio digital e posteriormente transcritas na íntegra. Durante o desenvolvimento da coleta de dados, tive o cuidado em conduzir a entrevista observando o rigor fenomenológico, procurando ouvir os sujeitos sem senso crítico de julgamento, agindo em uma abordagem compreensiva. A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2011.

Destaco que os trabalhadores do serviço me acolheram muito bem nessa etapa da pesquisa da coleta das informações, com o auxílio no agendamento das entrevistas com os trabalhadores e usuários, além de providenciarem local adequado para que eu realizasse as entrevistas, garantindo o conforto e privacidade dos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas no espaço do CAPS, sendo conduzidas por mim.

5.5 Análise das Informações

Após a coleta das informações com os usuários e trabalhadores do CAPS, realizei a análise do material obtido com a gravação das entrevistas. Para isso, busquei a convergência das informações presentes nas falas dos entrevistados, submetendo-as à análise fenomenológica, de acordo com o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schutz.

Para desvelar as vivências expressas nas falas dos trabalhadores e dos usuários acerca do significado do atendimento em saúde mental, analisei as falas conforme indicação de pesquisadores da fenomenologia social, por meio dos seguintes passos^(57,78): 1) realizar leituras e releituras dos conteúdos das falas objetivando obter a essência do significado das ações dos trabalhadores e usuários; 2) identificar trechos das falas que apresentem o significado da ação de procurar atendimento e de oferecer atendimento no CAPS; 3) agrupar os aspectos em comum das unidades de significado, isto é, as convergências que possibilitam o emergir das categorias concretas acerca das ações estabelecidas entre trabalhadores que atuam no CAPS e o usuário do serviço.

5.6 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa foram observadas as exigências éticas e científicas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Tais exigências implicam no respeito da autonomia dos indivíduos; no compromisso com a beneficência, ou seja, compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos sujeitos; a garantia de não

maleficência, especialmente quanto à garantia da continuidade do tratamento no CAPS; e a consideração da relevância social da pesquisa para os sujeitos, respeitando o princípio da justiça⁽⁷⁹⁾.

Após o processo de qualificação do projeto, solicitei a autorização da coordenadora do CAPS para a realização da pesquisa e da secretaria municipal de saúde de Chapecó. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), obtendo parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa (ANEXO I). A escolha por este comitê de ética deu-se por este estar inserido no município do campo do estudo. O projeto também foi registrado e obteve aprovação na Comissão de Pesquisa da EEUFRGS (ANEXO II).

Aos sujeitos participantes do estudo, foi garantido o sigilo e anonimato das informações prestadas à pesquisa, por meio da assinatura do TCLE, utilizado ao se solicitar a participação dos sujeitos do estudo. Foi disponibilizada ao participante do estudo e ao pesquisador uma cópia do TCLE assinada pelo entrevistado.

Os trabalhadores participantes do estudo receberam a garantia de que a participação na pesquisa não prejudicará o seu trabalho no CAPS. Da mesma maneira, os usuários que participaram da pesquisa receberam esclarecimentos e a garantia de que a participação no estudo não inferirá negativamente no seu tratamento no serviço.

Na presente investigação objetivou-se dar voz aos próprios usuários, sujeitos que recebem as ações assistenciais no CAPS, ouvindo as suas vivências quanto ao atendimento no serviço e, portanto, a participação dos usuários na pesquisa é fundamental, já que eles constituem-se no público alvo do cuidado. Além disso, a pesquisa tem o objetivo de gerar benefícios futuros aos usuários, na medida em que os resultados do estudo podem sugerir reformulações para o atendimento nos CAPS.

Os sujeitos participantes também tiveram assegurados o direito de receberem quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa ou de abandonarem o estudo em qualquer etapa do processo, sem quaisquer danos para si. Nenhum dos sujeitos entrevistados estava em situação de restrição de seus direitos, portanto, todos puderam assinar os termos de consentimento para a realização da pesquisa.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas, essas foram gravadas em um *Compact Disc* (CD) que permanecerá guardado pelo período de cinco anos após a publicação dos resultados da pesquisa junto à UFRGS, e posteriormente serão desprezados, conforme as recomendações da Lei de Direitos Autorais Nº. 9.610/1998⁽⁸⁰⁾.

Além disso, assumi a garantia do retorno dos benefícios obtidos com a pesquisa para os trabalhadores e usuários do CAPS, bem como divulgação dos resultados para a comunidade acadêmica, como uma forma de contribuir com o serviço e com os sujeitos que atuam nesse espaço.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar a discussão da relação social entre trabalhadores que atuam no CAPS e os usuários do serviço fiz a análise compreensiva das falas dos sujeitos entrevistados. As categorias concretas emergiram do agrupamento de convergências dos motivos para identificados nas entrevistas.

Esta pesquisa foi realizada no âmbito do mundo social, o qual, para Schutz⁶² constitui-se no campo de observação do cientista social. Este mundo social possui um sentido particular e uma estrutura de significados para os seres que vivem, pensam e atuam dentre deste. Estes sujeitos pré-interpretam este mundo mediante uma série de constructos do sentido comum acerca da realidade cotidiana e tais objetos de pensamento determinam sua conduta, definem o objeto de sua ação, em síntese o ajudam a orientar-se dentro de seu meio natural e sociocultural e a relacionar-se com ele. Tais constructos dos sujeitos ao agir em seu mundo social referem-se aos constructos de primeiro grau. Já as construções usadas pelos estudiosos em ciências sociais são construções de segundo grau, ou seja, são construções das construções feitas pelos atores na sociedade, que o investigador social observa e procura explicar ou descrever⁽⁶²⁾.

Para realizar tais construções busquei a convergência das informações presentes nas falas dos entrevistados, realizando o agrupamento das convergências que emergiram nas falas que tratavam das ações dos trabalhadores no CAPS e dos atendimentos recebidos pelos usuários.

A partir das falas dos entrevistados busquei identificar os *motivos para* dos usuários, ou seja, as suas expectativas quanto aos trabalhadores do CAPS e os *motivos para* das ações dos trabalhadores no CAPS, ou seja, as intenções dos trabalhadores do serviço quanto às suas ações junto aos usuários. Para desvelar as vivências e motivações dos sujeitos da pesquisa realizei leituras e releituras dos conteúdos das falas dos sujeitos, com o objetivo de obter a essência do significado das ações dos trabalhadores e usuários.

Inicialmente foram expressas as aproximações entre as falas dos usuários sobre os atendimentos que eles referiram receber dos trabalhadores do CAPS, como uma forma de caracterizar esse grupo de sujeitos. A partir de então, foram expressas as convergências entre as expectativas dos usuários quanto aos

trabalhadores do CAPS, das quais emergiu o típico da ação dos usuários, o qual refere-se a características típicas deste grupo social.

O típico da ação dos sujeitos emerge das convergências dos *motivos para* de determinada ação, comum entre aqueles que vivenciam o mesmo fenômeno⁽⁵¹⁾. Para apreender o outro enquanto contemporâneo o caminho a ser realizado é o da inferência, atribuindo ao outro características típicas⁽⁶⁴⁾.

Na fenomenologia social, ao se investigar determinado fenômeno, busca-se constituir a característica típica da ação dos sujeitos de um grupo social que estão vivenciando uma situação em comum⁽⁸¹⁾.

Neste estudo a análise compreensiva do típico da ação dos usuários foi construída tomando-se por base o referencial de Alfred Schutz e de literatura referente à saúde mental.

Após esta análise compreensiva dos usuários passei a identificar as convergências entre as ações que os trabalhadores relatam que realizam no CAPS, não com a intenção de fazer uma análise compreensiva de tais ações, mas sim com a finalidade de construir uma caracterização do grupo de trabalhadores quanto às ações que desenvolvem no serviço. Após esta etapa identifiquei as convergências entre as intenções das ações que os trabalhadores desenvolvem no CAPS. A partir destas convergências foi possível construir o típico da ação dos trabalhadores do CAPS, para então realizar a análise compreensiva deste.

A análise compreensiva do típico da ação dos trabalhadores também foi construída tomando-se por base o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, além da utilização de literatura referente à saúde mental, especialmente daquelas que versam sobre os serviços substitutivos em saúde mental.

Quanto à análise ou interpretação compreensiva realizada, esta se refere à interpretação das falas, em um momento de várias releituras ao conteúdo destas falas, para que possa emergir a essência do significado das ações dos sujeitos⁽⁵⁷⁾.

Após a análise compreensiva do típico da ação dos trabalhadores e dos usuários apresento as convergências entre as intenções dos trabalhadores quanto às ações que desenvolvem no CAPS e as expectativas dos usuários quanto ao que esperam dos trabalhadores do CAPS, trabalhando especificamente com o conceito de Reciprocidade de Perspectivas postulado por Schutz.

6.1 Expectativas dos usuários quanto à assistência no CAPS

6.1.1 Caracterização dos usuários e descrição dos atendimentos que recebem da equipe do CAPS

A caracterização dos entrevistados foi elaborada a partir de um roteiro previamente definido (APÊNDICE B e APÊNDICE C), com a identificação de informações que permitissem caracterizar o grupo dos usuários do CAPS. A construção desta caracterização teve o objetivo de demonstrar a situação biográfica, conforme a perspectiva de Alfred Schutz, dos usuários entrevistados na pesquisa.

A situação biográfica refere-se a todo o momento da vida de um homem em que ele se encontra: seu ambiente físico e sócio-cultural, dentro do qual ele tem sua posição, em termos de espaço físico e tempo exterior; de status e papel dentro do meio social; e de posição moral e ideológica⁽⁶²⁾. A situação biográfica dos usuários relaciona-se com a sua história de vida, com as experiências pelas quais ele passou e que são organizadas de acordo com o seu estoque de conhecimento à mão.

As experiências que os sujeitos vivenciam no seu cotidiano constituem o que é biográfico em cada um, na medida em que suas experiências encontram-se neste mundo. É por meio das experiências que vivenciou e do seu estoque de conhecimentos, que os sujeitos orientam-se nas situações de vida⁽⁵⁶⁾.

O grupo dos usuários entrevistados nesta pesquisa constitui-se em 14 sujeitos, sendo 12 do sexo feminino, as idades variam de 24 a 67 anos de idade, sendo cinco usuários com idade na faixa etária dos 20 aos 29 anos, seis usuários da faixa etária dos 30 aos 39 anos, um usuário da faixa etária dos 40 aos 49 anos, um usuário da faixa etária dos 50 aos 59 anos e um usuário da faixa etária dos 60 aos 69 anos.

Dos usuários entrevistados dez referiram que moram com parentes, dentre eles pais, maridos e esposas, filhos, irmãos e sobrinhos. Três usuários relataram que moram sozinhos e um usuário referiu que uma cuidadora mora com ele para dar-lhe apoio.

Quanto à escolaridade um usuário é analfabeto, sete usuários possuem o ensino fundamental incompleto, três usuários completaram o ensino fundamental e três usuários cursaram o ensino médio.

Quanto à ocupação um dos entrevistados referiu ser estudante, três relataram que são donas de casa, nove relataram que estão afastados do trabalho, recebendo benefício auxílio-doença e um dos entrevistados referiu estar desempregado.

Com a permissão da equipe realizei uma consulta aos prontuários no serviço, para identificar os diagnósticos psiquiátricos dos usuários entrevistados. Conforme os prontuários cinco usuários possuem transtorno afetivo bipolar, dois usuários possuem transtorno de humor orgânico, três usuários possuem diagnóstico de transtorno depressivo, dois usuários possuem o diagnóstico de esquizofrenia, dois usuários possuem o diagnóstico de transtorno de personalidade, um usuário possui transtorno de ansiedade, um possui diagnóstico de transtorno de pânico, um possui retardo mental não especificado, um possui transtorno mental e comportamental devido ao uso de cocaína. Alguns usuários apresentam mais de um tipo de diagnóstico.

O diagnóstico foi coletado nos prontuários já que grande parte dos usuários não soube responder qual era o seu diagnóstico médico.

Quanto ao tempo de atendimento dos usuários no CAPS este variou de um dia a dez anos. Dois usuários estão sendo atendidos no serviço de um dia a um ano, três usuários estão sendo atendidos em um período de tempo entre um a cinco anos e nove usuários estão vinculados ao CAPS em período que vai dos seis aos dez anos.

Dos usuários entrevistados, seis estão no regime de tratamento intensivo, cinco estão no semi-intensivo, e três usuários estão em atendimento ambulatorial - regime não-intensivo.

Quanto ao profissional de referência, este CAPS não trabalha com esta modalidade de atendimento. Porém durante as entrevistas, os usuários manifestaram a que profissionais recorrem quando necessitam de algo, três usuários referiram que recorrem a psicóloga e ao psiquiatra, três referiram que buscam a psiquiatra, um usuário referiu-se à professora e ao psiquiatra, um disse que busca a psicóloga, um disse que recorre a enfermagem e um relatou como

profissionais de referência o serviço a enfermagem e o motorista do transporte da prefeitura. Além disso, quatro usuários não mencionaram sobre algum profissional de referência no serviço.

Sobre o motivo do encaminhamento dos usuários ao CAPS, estes relacionaram-se com: dois usuários referiram que foi devido à tentativa de suicídio, cinco usuários referiram que foi devido a depressão e ansiedade, devido a síndrome do pânico, devido ao “cérebro não funcionar corretamente”, pela necessidade da medicação, para não ficar na rua, porque esteve internado, porque a empresa que trabalhava encaminhou o usuário e porque já fazia tratamento em outro CAPS em outra cidade e não podia ficar sem a medicação.

Sobre os motivos pelos quais os usuários frequentam CAPS, estes estão relacionados com: freqüentam o CAPS porque precisam; para não ficar só em casa dormindo e porque no CAPS tem trabalhos para fazer; para buscar ajuda; para melhorar e poder viver; por problemas de saúde; para continuar o tratamento, pegar a receita para pegar remédios; porque gosta e porque tem artesanato, porque precisa acompanhamento de especialista, para se cuidar, evitar uma piora, melhorar e viver a vida; por problema depressivo, se não tiver ajuda da equipe não consegue se ajudar e porque tem muita dor de cabeça. Um dos usuários referiu que não gostaria de ir ao CAPS, mas que freqüenta para não perder de conversar com o médico e pegar os remédios, já que não pode ficar sem a medicação.

As Características dos usuários participantes da pesquisa está demonstrada no Quadro 3:

Características	n	%
Sexo		
Feminino	12	85,71
Masculino	2	14,29
Faixa etária		
20 – 29 anos	5	35,71
30 – 39 anos	6	42,86
40 – 49 anos	1	7,14
50 - 59 anos	1	7,14
60 – 60 anos	1	7,14
Mora com quem		
Parentes	10	71,43
Sozinho	3	21,43
Cuidadora	1	7,14
Escolaridade		
Analfabeto	1	7,14
Ensino fundamental incompleto	7	50,00
Ensino fundamental	3	21,43
Ensino médio	3	21,43
Ocupação		
Afastado/benefício	9	64,29
Dona de casa	3	21,43
Estudante	1	7,14
Desempregado	1	7,14
Diagnóstico principal segundo o prontuário		
Transtorno Afetivo Bipolar	5	35,71
Transtorno Depressivo	3	21,43
Transtorno de Humor orgânico	2	14,29
Esquizofrenia	2	14,29
Transtornos de Personalidade	1	7,14
Transtorno de Ansiedade	1	7,14
Tempo de atendimento no CAPS		
> 1 ano	2	14,29
1 -5 anos	3	21,43
6 – 10 anos	9	64,29
Regime de atendimento		
Intensivo	6	42,86
Semi-intensivo	5	35,71
Não-intensivo (ambulatório)	3	21,43

Quadro 3: Demonstrativo das características dos usuários do CAPS entrevistados, Chapecó, 2011.

As características dos sujeitos entrevistados possibilita a visualização da situação biográfica dos usuários do CAPS. A maioria dos usuários entrevistados é

do sexo feminino, principalmente nas faixas etárias dos 20 aos 39 anos, a maioria mora com familiares e possui ensino fundamental incompleto, estão em afastamento do trabalho ou recebendo auxílio doença, principalmente com diagnóstico médico de transtorno afetivo bipolar, em atendimento no CAPS há mais de seis anos.

A caracterização dos atendimentos que os usuários referem que recebem no CAPS emergiu das aproximações entre as falas dos entrevistados ao se referirem aos atendimentos que vem recebendo dos trabalhadores, conforme roteiro das questões orientadoras da entrevista (APÊNDICE D). A partir das aproximações entre as falas dos usuários emergiu esta caracterização, a qual é uma forma de elucidar a que ações os usuários consideram que recebem dos trabalhadores, o qual permitiu o conhecimento das concepções que os usuários têm acerca deste atendimento e para uma melhor compreensão sobre as expectativas que eles possuem de tais atendimentos. Para tanto, esta categorização não constitui-se enquanto um objeto de análise.

A partir das falas dos usuários emergiram categorias sobre as ações que os usuários referiram que recebem da equipe. Com as aproximações entre as falas emergiram as seguintes categorias desta caracterização das ações: atenção em saúde mental dos trabalhadores; atividades no CAPS e características do sofrimento mental. O quadro a seguir (Quadro 4) demonstra a construção das categorias de atendimento com as suas sub-categorias:

ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS	SUB-CATEGORIA
Atenção em Saúde Mental dos Trabalhadores do CAPS	Relação entre usuário e trabalhadores
	Confiança dos usuários nos trabalhadores
Atividades no CAPS	Atividades manuais no CAPS
	Atividades grupais no CAPS
	Atividades do cotidiano no CAPS
Características do sofrimento mental	Sintomas
	Internação psiquiátrica
	Uso de medicações
	Estigma da doença mental

Quadro 4- Atendimentos dos usuários do CAPS

A seguir apresento cada categoria com as respectivas falas que as constituem. As falas que expressam a **Atenção em Saúde Mental dos Trabalhadores do CAPS** são as seguintes:

➤ **Relação entre usuários e trabalhadores**

Atenção, se está com algum problema, alguma coisa, você põe para um, põe para outro eles já dão um jeito (U1)

eu gosto de conversar, com o psiquiatra eu converso (U2)

e tem o X (auxiliar de enfermagem) que ajuda, que dá uma força pra gente (U3)

tem os psicólogos, os psiquiatras, que é sobre como que eu estou, como que eu estou passando o dia, como que eu estou indo em casa e como que eu estou com a minha doença (U4)

Olha o atendimento para mim são todos bons, eu não tenho o que me queixar [...] Mas o atendimento para mim é bom no geral todo ele [...]Eu tenho psiquiatra quem sabe eu consiga uma psicóloga depois também, que eu gosto muito do tratamento psicológico (U6)

todos eles (profissionais) são muito queridos, são muito gente boa, eu gosto de todos eles (U7)

eu sempre fui bem atendida, não tenho queixas nenhuma, todas as pessoas para mim foram bem, sempre fui bem atendida (U8)

até agora eu não tive queixa nenhuma, eles atendem bem, atendem super bem, desde a psicóloga, eu gosto muito dela, gosto muito dela, não tenho nenhuma queixa dela [...]eu gostava muito do psiquiatra que me atendia, gostava muito dele, daí me trocaram por essa outra, ai eu já falei duas vezes para trocar de psiquiatra, eu já falei com a T (recepção) para trocar que eu não gosto muito dela, eu gostava mais daquele outro doutor, ele saiu, eu gostava muito dele, mas fazer o que, estou indo com ela(U10)

aqui me ajuda bastante, as pessoas aqui me ajudam bastante [...]tem muitas pessoas queridas, que eu adoro e as pessoas daqui, as que mandam também são muito legais [...]eu já passei por três psiquiatras aqui, já é o terceiro [...] agora eu estou com o Z, tive uma consulta com o Z, muito querido ele, gostei dele [...]E da equipe não tem o que eu falar de mal, porque eles são bem prestativos [...]sempre

me ajudaram a hora que eu precisei [...] tudo me ajudam mesmo, para mim me ajudam, a hora que eu preciso eles estão ali, eu sei que se eu sair daqui agora e pedir ajuda para alguém alguém vai estar ali, nem que seja para me dar um abraço, conversa (U11)

Pois o atendimento sempre foi bom [...] elas que me atendem muito bem (U13)

quando eu voltei no CAPS a professora daqui [...] ela que me fez eu voltar a estudar, eu não queria, ela disse: - tu vai voltar sim, tu vai voltar a estudar (U14)

➤ **Confiança dos usuários nos trabalhadores**

Quanto á psicóloga ela quer me liberar e eu não queria que ela me liberasse e eu me sinto bem quando eu venho conversar com ela, eu me abro, falo tudo da minha vida, o que tu imaginar eu falo para ela, qualquer relação, relação sexual o que tu imaginar eu me abro para ela, ela é uma pessoa de confiança minha, entoa no momento em que eu comecei a consultar com ela eu me sinto bem no momento em que eu falo com ela e vou embora, aí nesse trajeto é 15, 20 dias cada consulta, chega uns dias que eu me sinto mal, eu tenho muita confiança com ela e com o doutor X (psiquiatra) (U5)

As falas que expressam as **Atividades no CAPS** são as seguintes:

➤ **Atividades manuais no CAPS**

Tem coisas diferentes que a gente aprende, novidades a respeito do artesanato, que a professora ensina (U1)

Nós fizemos os enfeites do natal, recortado, pintado, desenhos, revistas e cola. (U2)

Tem a pinturinha e daí eu gosto mais de lidar com pintura (U3)

O serviço é bom, é legal, aí tu faz atividade, faz pintura, artesanato, trabalha na horta (U4)

eu recebo curso, nós fizemos pintura, nós fizemos artesanato de vários tipos, temos um monte de atividades (U7)

Orientação, tudo coisa boa, artesanato (U9)

Nos fazíamos canudinho com o jornal, enrolava e fazia cestinha, um monte de coisa, com um ferrinho e pegava jornal e enrolava, eu gostava de fazer aquilo, daí ficava bem fininho, eu fazia bem fininho, daí um dia eu fiz um assim e levei para casa, a X me deu, eu sei recortar também, colar (U12)

Depois do lanche tem escola, tem aula com a professora, tem um monte de brincadeira que nós fazíamos lá no antigo NAPS [...] temos brincadeira também, joguinhos, dominó, vareta, jogo de bola, que nem tinha educação física lá no outro NAPS, é bem legal, eu gosto (U13)

aqui a gente tem os trabalho para fazer [...]Croche, tricot, cesta de páscoa, símbolo de natal, vidro pintamos, toalha pintamos [...]As atividades aqui é a X que ensina eu a fazer [...]tem os passeios que a gente sai, quinta que vem a X vai levar nós ali na praça para nós passear ali na praça, ficar de tarde, vamos levar a térmica de chimarrão para levar lá e levar alguma coisa para comer lá, depois a gente volta (U14)

➤ **Atividades grupais no CAPS**

tem o grupo, aí a gente conversa (U2)

so que com o doutor tem esse porém, que eu gostaria de consultar individual, agora está sendo em grupo, são muitas pessoas, aí cada pessoa coloca o seu problema [...] chega uma hora que você não consegue colocar o teu problema, em vez de sair melhor agora tu sai pior de dentro da sala (U5)

tem os médicos que fazem grupo (U7)

tem sempre o grupo [...]É bem legal, tomo mundo conversa o que sente, todo mundo dá sua opinião daí se quer conversar mais conversa, se não quer daí vai terminando o grupo. (U13)

Os grupos operativos é assim: se tu tem alguma coisa dentro de ti, do CAPS, que te xingaram ou que tu não gosta, daí é três assuntos, daí tu leva, tu fala para o médico: - eu tenho um assunto para falar. Daí ele: - então tá. Daí tem que escolher alguém, que são três assuntos, daí o primeiro que escolheu se foi você é você que fala: - eles não gostam de mim; daí tem que contar para todo mundo o que

aconteceu, para todo mundo escutar.É bom, mas dá uma vergonha um pouco, a sala cheia e contar (U14)

➤ **Atividades do cotidiano no CAPS**

O banho por exemplo, ontem eu vim e tomei dois banhos, alimentação é as coisas mais importantes que tem para o ser humano e para nós que freqüentamos aqui, que nem dois já foram para o banho agora (U3)

Eu recebo alimentação (U7)

E daí temos lanche [...]Eu gosto de vir aqui porque daí eu vou para casa, eu só janto e tomo o meu remedinho e vou dormir bem descansada, com o corpo aliviado, tomada banho [...]toma banho, lanche (U13)

venho e almoço aqui [...] (U14)

As falas que expressam a **Características do sofrimento mental** são as seguintes:

➤ **Sintomas**

teve uns dias desse aí que eu fiquei doente, semana passada eu passei mal, não estou muito bem, estou aqui conversando dando risada, mas fazendo força porque eu não estou muito bem (U1)

não sei da onde começou, so sei que eu comecei a sentir tontura eu acho que foi muita carga excessiva no trabalho, trabalhava muito, muito á noite, é muita responsabilidade, [...] era uma carga muito pesada para nós, eu acho que foi acumulando, eu para mim acho que foi isso[...] fiz uma consulta particular, ai ela falou que eu tinha síndrome do pânico e mais um monte de coisa (U5)

fui encaminhada por causa da minha ansiedade, eu tenho muita ansiedade, das várias crises que eu tenho (U6)

eu estava com depressão, eu estava acabada de depressão, eu estava bem entregue não fazia mais nada, nem tomar banho eu não tinha vontade de tão entregue que eu estava (U8)

por causa de depressão, estresse, nervosismo [...]eu começava chorar, tinha que sair toda hora lá para fora para chorar, eu me estressava com o barulho, com as pessoas, com tudo que é coisa, não podia ver faca, tinha vontade de agredir as pessoas e me incomodava demais com o meu marido em casa daí aquilo também me trazia transtorno, não conseguia dormir de noite (U10)

eu tinha uns problemas assim eu não conseguia distinguir o que era, uns pensamento meio, uns pensamentos, ai um dia aconteceu um problema que eu tentei suicídio [...]eu não estou nada legal, estou com um negócio bem ruim, uma ansiedade, um negócio que não está fechando comigo hoje (U11)

➤ **Internação Psiquiátrica**

[...] Barão de Cotegipe, que eu estive internada uns dias lá, uma semana [...] eu estive em Caxias também [...] mas aí tinha uns lunáticos, que não dava para ficar junto, eles trancavam os outros, tinha uma lunática que na hora do lanche ela virava as bolachas, aí pegavam e levavam ela e ficava chaveada num quartinho, tinha uma outra menina que loquiava lá, colocavam camisa de força nela, em Caxias em fiquei 23 dias, eu só ficava olhando ela com camisa de força, nunca fui para a camisa de força (U2)

eu fui internada mês passado em Florianópolis e daí lá eu me apavorei com aquelas casas, umas casas tudo embolorada, as paredes emboloradas de mofo daí eu me apavorei (U3)

eu estava internada em Planalto, fui para Floripa, fiquei dois meses em Floripa [...] Se piorar daí eles mandam para frente [...]Para Floripa, se não melhorar, eles vão fazendo um teste (U12)

mas é triste vir aqui no CAPS e ver, tem pessoas que usam drogas e coisrada daí a polícia traz aqui e eles amarram o paciente na cama para mandar para a internação, gente que tristeza de ver, eles gritam, daí eles dão injeção, dão remédio, daí não demora muitos minutos daí chega a assistente social que leva os pacientes e faz a internação (U14)

➤ **Uso de Medicamentos**

tudo remédio forte, que atrapalha em tudo, que tem um que é para dormir que se eu não tomar eu não durmo e mesmo assim já está sendo fraco [...]eu não posso ficar sem essa medicação. (U5)

daí comecei a tomar os remédios eu estava sempre com clínicos e daí eu não melhorava, ele sempre me trocava os remédios, me trocava os remédios, mas me dava remédio muito fraco e daí nunca aceitava, depois daí que eu comecei aqui já acertaram os remédios e eu melhorei, estou bem melhor agora, eu tomava mais remédios, mas agora eu tomo um só [...]cada dois meses vem pegar a receita para pegar remédios (U8)

eu tomo remédio e ai eu consigo me controlar, me acalmar um pouco [...]tomando os remédios eu me sinto aliviada, porque se eu não tomasse os remédios eu tinha cometido loucuras, [...]sem o remédio eu não durmo, não tem como eu dormir e os remédios na verdade não estão me fazendo muito efeito (U10)

vem loucura na cabeça, mesmo tomando remédio,que eu tomo muito remédio (U11)

eu sei me cuidar eu tomo remédio (U14)

➤ **Estigma da doença mental**

eles não quiseram me contratar pelo motivo de eu estar tomando medicação (U5)

tem gente que diz assim para mim: - porque que você vai lá, você é louca da cabeça?, daí eu disse: - não, eu vou lá para me tratar para mim ir mais bem na vida (U13)

Em síntese, sobre os atendimentos que os usuários referiram receber no CAPS, esses se relacionam à atenção em saúde mental que recebem dos trabalhadores do CAPS, destacando-se as relações e o estabelecimento de

confiança entre eles. Quanto às atividades no CAPS, os usuários referem-se às atividades manuais, grupais e atividades voltadas para o cotidiano. Ainda, os usuários referem quanto à atenção relacionada com algumas características do sofrimento, quanto à internação psiquiátrica, o uso das medicações e sobre o estigma que enfrentam da sociedade.

6.1.2 Categorias concretas do vivido e o típico da ação dos usuários

As categorias concretas do vivido emergiram a partir dos *motivos para* dos usuários quanto às ações dos trabalhadores do CAPS, que surgiram em suas falas durante as entrevistas. Para captar os *motivos para* dos usuários, ou seja, as suas expectativas quanto às ações dos trabalhadores do CAPS agrupei os trechos de falas dos sujeitos, conforme foram surgindo as convergências ou aproximações, obtidas a partir de leituras e releituras do material empírico.

Inicialmente realizei leitura e releituras da transcrição das falas dos usuários entrevistados. Após essas leituras iniciais, marquei no material impresso os trechos das falas em que os usuários referiam-se às suas expectativas quanto aos trabalhadores da equipe do CAPS. Posteriormente elenquei os trechos das falas e foram emergindo então as convergências quanto às expectativas dos usuários quanto as ações dos trabalhadores do serviço.

A partir do agrupamento das convergências das expectativas do significado da ação em relação aos profissionais, emergiram as seguintes categorias concretas do vivido: **Usuário espera melhorar; Espera melhorias no CAPS; e Espera atenção dos trabalhadores**. O quadro a seguir (Quadro 5) demonstra as categorias concretas das expectativas dos usuários quanto aos trabalhadores do CAPS, que emergiram no conjunto dos *motivos para*, com o seu desdobramento em sub-categorias:

EXPECTATIVAS DOS USUÁRIOS	SUB-CATEGORIA
Usuário espera melhorar	Usuário espera a sua melhora Espera receber ajuda e aprender algo
Espera melhorias no CAPS	Espera melhor atendimento no CAPS Espera mais atividade no CAPS Espera pelo aumento do número de trabalhadores do CAPS
Espera atenção dos trabalhadores	Espera por um bom atendimento dos trabalhadores

Quadro 5- Categorias concretas do vivido dos usuários do CAPS

As falas que expressam a categoria **Usuário espera melhorar** são as seguintes:

➤ **Usuário espera a sua melhora**

eu quero viver mais (U5)

para me cuidar, para evitar uma piora, porque o medo que eu tenho é de uma piora, porque a gente quer melhorar, viver a vida sofrendo não dá [...]eu espero é melhorar, espero um bom tratamento e um acompanhamento (U6)

Espero sempre melhora [...] A minha melhora (U8)

para mim poder me manter, melhorar, para mim poder viver (U10)

não vou toda vida ficar com essa depressão na cabeça, algum dia eu pretendia sarar (U13)

Eu espero também um dia parar de tomar esses remédios. (U8)

Eu digo assim, 100% eu não vou melhorar, nem com os remédios eu consigo melhorar 100%, mas eu até digo que eu posso melhorar um pouco, me acalmar um pouco, mas melhorar de verdade eu não melho (U10)

porque morrer eu sei que eu vou morrer com isso, isso eu já sei disso, não tem cura, tem tratamento, mas cura não tem mais (U11)

➤ **Esperam receber ajuda e aprender algo**

acho que é para buscar uma ajuda pra mim (U11)

eu vou lá para me tratar para mim ir mais bem na vida, para mim aprender alguma coisa também(U13)

As falas que expressam a categoria **Espera melhorias no CAPS** são as seguintes:

➤ **Espera melhor atendimento no CAPS**

que agora conseguimos um lugar que é melhor, um espaço melhor para a gente ficar, tudo separadinho (U1)

espero que melhore, agora que mudou aqui o lugar, que a gente estava apertado naquele lugar [...] agora esse aqui que seja melhor, que o lugar é grande, já deu para ver, que seja melhor o atendimento aqui. (U4)

que sempre tenha condições de a gente vir, poder tomar um banho e tudo, tomar lanche tudo (U13)

➤ **Espera mais atividade no CAPS**

dêem alguma atividade para a gente, para ocupar a nossa mente, artesanato (U2)

se tivesse tecidos a gente podia fazer o desenho e pintar (U3)

para fazer atividade, para escrever [...]Para fazer física, deitar nos colchonetes e fazer física, será que não tem como fazer isso? (U12)

➤ **Espera pelo aumento do número de trabalhadores do CAPS**

Espero que venham melhorias, tipo médico, porque médico é fraco, médico quase não tem, demora tempo para você se consultar, já tenho uns 4 meses quase que eu consultei [...] de médico está feio o negócio, precisava ter mais atendimento, porque tem muita gente (U1)

eles poderiam mudar, mudar essa situação de atendimento, porque é muita gente para pouco profissional, que eles não estão atendendo a demanda, a psicóloga ainda está conseguindo atender, só que como ela me falou, ela vai me atender mais uma ou duas vezes e ela vai ter que me liberar, porque tem outros pacientes que

estão aguardando [...] Eu espero que tenha mais profissionais nessa área para atender, porque é muita gente. (U5)

que seja mais para frente, tinha que ter mais gente vindo aqui com nós [...]tem que ter professora para ensinar ler (U12)

tem muitos que é contrato de 30 dias, aí muda bastante, menos o doutor X e o doutor Y, muda e vem uma pessoa nova como essa ali, não sei que atividade ela vai dar para nós (U2)

agora que a X não está mais aí, vai fazer falta, que ela era muito animada, erguia o astral muito da gente, sem ela só dá tristeza porque para conversar e para ter uma experiência como ela, não tem igual que eu conheça aqui no CAPS [...]o que tu pedia para ela, ela ensinava [...] e todo mundo levanta o astral (U1)

agora não tem mais a professora (U9)

tiraram uma das pessoas [...] para nós ela era uma maezona, quem sabe ela volte também, a gente não sabe (U11)

eu gostava muito do psiquiatra que me atendia, daí me trocaram, ai eu já falei duas vezes para trocar de psiquiatra, [...] só que diz que não tem vaga (U10)

As falas que expressam a categoria **Espera atenção dos trabalhadores** são as seguintes:

➤ ***Espera por um bom atendimento dos trabalhadores***

os psicólogos que dêem alguma atividade para a gente, para ocupar a nossa mente, artesanato (U2)

Eu espero que eles me atendam sempre bem, espero que melhore (U4)

Quanto á psicóloga ela quer me liberar e eu não queria que ela me liberasse e eu me sinto bem quando eu venho conversar com ela (U5)

eu gostaria de consultar individual, agora está sendo em grupo, são muitas pessoas, aí cada pessoa coloca o seu problema [...] é uma situação que chega uma hora que você não consegue colocar o teu problema, em vez de sair melhor agora tu sai pior de dentro da sala (U6)

Eu tenho psiquiatra quem sabe eu consiga uma psicóloga depois também (U6)

que eles sempre atendam a gente com atenção, carinho, que a gente está aqui e a gente precisa muito de carinho (U7)

Espero sempre melhora [...] A minha melhora e a deles também, que eles também vão pra frente, que ajudem mais gente que precisa e seja bem atendido também (U8)

Continuar assim, que tratem bem (U9)

Eu espero que pelo menos aquela que está me dando os remédios me atenda melhor, ela está me atendendo bem, não estou dizendo que ela está me atendendo mal [...] só quero que ela me atenda melhor e que ela me entenda um pouco mais (U10)

eu sei que se eu sair daqui agora e pedir ajuda para alguém, alguém vai estar ali, nem que seja para me dar um abraço, conversar (U11)

Eu espero que eles sejam bonzinhos assim, sempre atendam bem no CAPS [...] com relação aos profissionais que sempre vão bem, que sempre tenham condições de atender a gente bem, que nem elas sempre fazem (U13)

espero que eles sejam bonzinhos para mim, que me tratem bem [...] eu espero que eles tratem bem (U14)

eles são bons, não precisa melhorar em nada, tanto os médicos, os enfermeiros, que continue sempre como eles são (U4)

que eles continuem assim, não vou dizer que eles tenham que melhorar porque muitas vezes melhorado estraga, então eu vou dizer que eles continuem assim (U11)

Continuar assim, que tratem bem (U9)

Típico da ação

Com o emergir das categorias concretas do vivido foi possível elaborar o típico da ação dos usuários, em relação ao significado da ação de procurar os trabalhadores para atendimento no CAPS.

Com o atendimento dos trabalhadores do CAPS os **usuários esperam pela sua melhora**, além de possuírem a expectativa de receber ajuda e aprender algo no serviço. Os usuários também esperam que ocorram **melhorias no CAPS**, com o desenvolvimento de mais atividade no CAPS e com o aumento de trabalhadores no serviço. Além disso, os usuários **Esperam atenção dos trabalhadores**, ou seja, eles possuem a expectativa de que os trabalhadores os atendam bem, enquanto

outros salientam que os trabalhadores não precisam melhorar atendimento, que este continue sendo desenvolvido como já vem ocorrendo.

6.1.3 Análise compreensiva do típico da ação dos usuários do CAPS

Após a apresentação das categorias concretas, com os discursos dos sujeitos, realizo a interpretação compreensiva de cada uma delas, remetendo às expectativas dos usuários quanto ao atendimento dos trabalhadores do CAPS. Para a interpretação compreensiva das informações utilizo o referencial da fenomenologia social, além de agregar a literatura relacionada com a saúde mental para enriquecer a discussão das informações.

Na categoria concreta **Usuários esperam pela sua melhora** os usuários demonstram que com o atendimento dos trabalhadores do CAPS possuem a expectativa de melhorar, viver mais, evitar piora em seu estado e de receberem um bom tratamento.

eu quero viver mais (U5)

para me cuidar, para evitar uma piora, porque o medo que eu tenho é de uma piora, porque a gente quer melhorar, viver a vida sofrendo não dá [...]espero um bom tratamento e um acompanhamento (U6)

Espero sempre melhora [...] A minha melhora (U8)

para mim poder me manter, melhorar, para mim poder viver (U10)

Os usuários também apontam que com o atendimento dos trabalhadores no CAPS visam buscar ajuda, levar a sua vida da melhor maneira possível e obter aprendizado.

acho que é para buscar uma ajuda pra mim (U11)

eu vou lá para me tratar para mim ir mais bem na vida, para mim aprender alguma coisa também(U13)

Os usuários demonstram que possuem a expectativa de que com a atenção recebida dos profissionais do CAPS obtenham a sua própria melhora, melhores condições de vida, sem a presença marcante do sofrimento, recebam ajuda e obtenham também aprendizado no serviço.

Alguns usuários também demonstram que apesar do desejo de obterem melhoras eles também possuem o conhecimento do caráter crônico dos transtornos mentais e que não buscam obter uma cura com o tratamento e sim a estabilização dos seus sintomas.

Eu digo assim, 100% eu não vou melhorar, nem com os remédios eu consigo melhorar 100%, mas eu até digo que eu posso melhorar um pouco, me acalmar um pouco, mas melhorar de verdade eu não melho (U10)

porque morrer eu sei que eu vou morrer com isso, isso eu já sei disso, não tem cura, tem tratamento, mas cura não tem mais (U11)

Essas falas demonstram que no estoque de conhecimentos desses usuários há informações sobre o caráter crônico que os transtornos mentais possuem e que para tais tipos de transtornos geralmente não se busca a cura, mas sim uma estabilização dos sintomas e um investimento nas potencialidades de cada usuário. Destaca-se que os sujeitos consultam o seu estoque de conhecimentos para a interpretação de suas experiências e observações no seu cotidiano, para definir a situação em que se encontram e para fazer planos. Tais experiências servem de base para ações futuras e também são utilizadas para efetuar ações rotineiras⁽⁵⁶⁾.

Entretanto, apesar de alguns usuários falarem sobre este caráter crônico dos transtornos mentais, outros discorrem que pretendem obter a cura com o tratamento e que não gostariam de permanecer com o uso prolongado das medicações.

não vou toda vida ficar com essa depressão na cabeça, algum dia eu pretendia sarar (U13)

Eu espero também um dia parar de tomar esses remédios. (U8)

As falas dos usuários demonstram a inquietação que sentem com a necessidade do uso contínuo das medicações e a esperança de cura com o atendimento no CAPS. De acordo com os princípios da reforma psiquiátrica a busca pela cura cede espaço pela ação de produzir subjetividade, sociabilidade, emancipação, com a centralidade na produção de autonomia e cidadania ativa⁽⁸²⁾.

Com a categoria concreta **Espera melhorias no CAPS** os usuários referem estar contentes com a transferência do CAPS para um novo local e que esperam que neste o atendimento dos trabalhadores seja melhor.

que agora conseguimos um lugar que é melhor, um espaço melhor para a gente ficar, tudo separadinho U1)

espero que melhore, agora que mudou aqui o lugar, que a gente estava apertado naquele lugar [...] agora esse aqui que seja melhor, que o lugar é grande, já deu para ver, que seja melhor o atendimento aqui (U4)

Tais expectativas dos usuários quanto à melhora dos atendimentos no novo local do CAPS deve-se ao fato de que no momento da realização das entrevistas da pesquisa, o serviço havia mudado de espaço físico há pouco tempo e, portanto, os usuários estavam motivados pela boa condição estrutural deste.

Os usuários também possuem a expectativa de que no CAPS possam obter auxílio em atividades do seu cotidiano, como por exemplo, a garantia de poderem obter alimentação no serviço e a disponibilidade de tomar banho no CAPS. Eles também esperam que os trabalhadores do CAPS disponibilizem mais atividades no serviço, como atividades manuais, exercícios físicos e atividades pedagógicas.

que sempre tenha condições de a gente vir, poder tomar um banho e tudo, tomar lanche tudo (U13)

dêem alguma atividade para a gente, para ocupar a nossa mente, artesanato (U2)

se tivesse tecidos a gente podia fazer o desenho e pintar (U3)

para fazer atividade, para escrever [...]Para fazer física, deitar nos colchonetes e fazer física, será que não tem como fazer isso? (U12)

Quanto á expectativa de alguns usuários de poderem frequentar o CAPS para obter atividades básicas do cotidiano, com alimentação e banho, podemos nos remeter às precárias condições socioeconômicas de alguns, que muitas vezes possuem acesso dificultado a tais atividades básicas do ser humano. Já quanto ás expectativas dos usuários para que os trabalhadores ofereçam atividades manuais no serviço, evidencia-se que para os usuários o desenvolvimento destas atividades pode contribuir para que mantenham a “mente” ocupada podendo-se presumir que o desenvolvimento de tais atividades contribui no seu tratamento. Este tipo de trabalho terapêutico focado em atividades do cotidiano dos usuários pode se concretizar como uma das ferramentas que proporciona a reabilitação psicossocial dos usuários do CAPS⁽⁴⁰⁾.

Além disso, os usuários demonstram que gostariam que houvesse maior incentivo para aumento do número de trabalhadores no serviço, especialmente com relação aos trabalhadores das áreas da medicina, pedagogia e psicologia.

Espero que venham melhorias, tipo médico [...] médico quase não tem, demora tempo para você se consultar (U1)

eles poderiam mudar, mudar essa situação de atendimento, porque é muita gente para pouco profissional, que eles não estão atendendo a demanda, a psicóloga ainda está conseguindo atender, só que como ela me falou, ela vai me atender mais uma ou duas vezes e ela vai ter que me liberar, porque tem outros pacientes que estão aguardando [...] (U5)

que seja mais para frente, tinha que ter mais gente vindo aqui com nós [...]tem que ter professora para ensinar ler (U12)

Os usuários também demonstram que há rotatividade de trabalhadores no serviço, por haver contratação temporária no CAPS, o que pode dificultar a questão do vínculo.

tem muitos que é contrato de 30 dias, aí muda bastante, menos o doutor X e o doutor Y, muda e vem uma pessoa nova como essa ali, não sei que atividade ela vai dar para nós (U2)

Além disso, os usuários relatam que com essa rotatividade de trabalhadores, eles sentem falta de alguns profissionais da equipe com os quais já haviam formado uma relação de confiança e vínculo.

agora que a X não está mais aí, vai fazer falta, que ela era muito animada, erguia o astral muito da gente, sem ela só dá tristeza porque para conversar e para ter uma experiência como ela, não tem igual que eu conheça aqui no CAPS [...]o que tu pedia para ela, ela ensinava [...] e todo mundo levanta o astral (U1)

agora não tem mais a professora (U9)

tiraram uma das pessoas [...]para nós ela era uma maezona, quem sabe ela volte também, a gente não sabe (U11).

A rotatividade de trabalhadores em um serviço de saúde mental acaba por romper as relações sociais construídas entre usuários e membro da equipe. O estabelecimento destas relações de confiança e vínculo nem sempre ocorre de maneira rápida e fácil com os usuários dos CAPS, geralmente ela se dá de maneira gradual, e vai se aprofundando com o passar do tempo. Tal questão poderia ser repensada pelos gestores da saúde ao priorizarem a realização de concursos públicos para os trabalhadores da área da saúde no lugar de contratações temporárias, como pode ser observado que é a situação de parte dos trabalhadores do CAPS estudado.

O comprometimento da relação social de proximidade estabelecida entre usuário e profissional fica evidente na fala de um usuário, o qual demonstra que não se adaptou com a troca do médico psiquiatra e que gostaria que esse profissional o entendesse de melhor forma, como segue na seguinte fala:

eu gostava muito do psiquiatra que me atendia, daí me trocaram, ai eu já falei duas vezes para trocar de psiquiatra, [...] só que diz que não tem vaga (U10)

A construção do vínculo dos usuários com a equipe já se configura como uma ação terapêutica, e para que esse elo não seja rompido é importante que não ocorram trocas frequentes de trabalhadores da equipe. Essas falas demonstram o estabelecimento de vínculo e um elo estabelecido entre trabalhadores e usuários do serviço. Tais relatos descritos pelos usuários nos remetem a níveis de familiaridade e intimidade que eles possuem com o seu semelhante, que podem ser mais próximos ou mais distantes.

Quando um sujeito estabelece relacionamentos sociais com seu semelhante, ele experimenta o outro em diversas perspectivas e a sua relação com ele ocorre em variados níveis de proximidade, profundidade e anonimato na vivência. Essas relações sociais são mantidas entre sujeitos que são semelhantes, ou seja, que possuem consciências semelhantes, que agem e pensam de forma semelhante⁽⁶³⁾.

Esse sujeito – trabalhador - com quem o usuário estabelece um relacionamento social direto é alguém em particular, com nome e particularidades próprias. Eles estão em um mesmo espaço e tempo e o mundo que os cerca é praticamente o mesmo. Tal relação ocorrida em um mesmo tempo e espaço constitui-se em uma relação *face a face*.

Uma pessoa está ao alcance da experiência direta da outra quando ambas compartilham um tempo e um espaço comuns. Compartilhar um espaço comum significa que estão presentes, pessoalmente, e uma está consciente da presença da outra. O compartilhamento de tempo ocorre quando a experiência delas flui lado a lado, ou seja, quando estão envelhecendo juntos⁽¹⁶⁾.

A partir dos relatos presume-se que os usuários estabelecem relações sociais com os trabalhadores do CAPS na forma de um relacionamento do *nós*, em que ambos estão conscientes um do outro, em uma situação *face a face*. Essas relações se dão em um mundo da vida que é intersubjetivo desde o início, em que os sujeitos exercem ações eminentemente sociais já que estão em relação uns com os outros. O nível mais fundamental dessa relação ocorre na situação *face a face*, é nela que a intersubjetividade aparece em toda sua densidade e que o outro nos aparece em sua unidade e em sua totalidade⁽⁶⁴⁾.

Na categoria concreta **Espera atenção dos trabalhadores**

Os usuários referem sobre as suas expectativas quanto aos trabalhadores do CAPS que esses continuem da mesma forma como são:

eles são bons, não precisa melhorar em nada, tanto os médicos, os enfermeiros, que continue sempre como eles são (U4)

que eles continuem assim, não vou dizer que eles tenham que melhorar porque muitas vezes melhorado estraga (U11)

Continuar assim, que tratem bem (U9)

que sempre tenham condições de atender a gente bem, que nem elas sempre fazem (U13)

Com essas falas, pode-se identificar que os usuários estão satisfeitos com o atendimento que recebem dos trabalhadores do CAPS e que esperam que esses continuem mantendo essa relação de atenção com os usuários.

Pode-se evidenciar que os usuários demonstram que se sentem bem com o atendimento da equipe e que esperam continuar recebendo essa atenção da mesma.

Quanto á psicóloga ela quer me liberar e eu não queria que ela me liberasse e eu me sinto bem quando eu venho conversar com ela (U5)

Com essa fala podemos identificar tanto a relação de vínculo estabelecida entre usuários e profissional, quanto uma certa resistência dos usuários em ter alta do tratamento no CAPS. Destaca-se que o CAPS é um serviço para atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, e que quando esses encontram-se em situação de estabilização dos sintomas podem ser encaminhados para atendimento na rede básica de saúde. Entretanto, nem sempre esta prática de alta e encaminhamento dos usuários do CAPS é bem aceita por eles, o que pode configurar-se como uma relação de dependência do serviço.

Uma relação de dependência excessiva estabelecida por alguns usuários com o CAPS, pode gerar a diminuição de sua autonomia, já que tais sujeitos

podem reduzir as suas relações a um grupo muito restrito de dispositivos da sociedade.

A autonomia é entendida como a capacidade de um sujeito gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diferentes situações que enfrente. Entretanto, é importante diferenciar autonomia de independência. Todos nós somos dependentes, o problema é que alguns usuários geralmente dependem excessivamente de apenas poucas relações ou instituições. Tal situação de dependência restrita é que diminui a sua autonomia. Os usuários serão mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas puderem ser, já que isto amplia as suas possibilidades de estabelecer novas normas e ordenamentos para a vida⁽⁸³⁾.

Alguns entrevistados demonstram em suas falas a relação de vínculo que possuem com os trabalhadores do CAPS e que esperam que esses sempre dispensem um cuidado atencioso para os usuários.

eu sei que se eu sair daqui agora e pedir ajuda para alguém, alguém vai estar ali, nem que seja para me dar um abraço, conversar (U11)

que eles sempre atendam a gente com atenção, carinho, que a gente está aqui e a gente precisa muito de carinho (U7)

espero que eles sejam bonzinhos para mim, que me tratem bem (U14)

Com tais falas identifica-se a interação que ocorre entre trabalhador e usuário. Esta aproximação, relações de carinho, disponibilização de atos como um abraço, são importantes recursos terapêuticos a serem utilizados na saúde mental. Estas falas demonstram a relação social *face a face* estabelecida entre usuários e trabalhadores.

A experiência da realidade social baseia-se na existência de seres semelhantes a mim. Experimento os outros em diversas perspectivas e a minha relação com eles ocorre em vários níveis de proximidade, profundidade e anonimato, por exemplo, os sujeitos com quem estou em determinadas relações podem ser meus parentes, meus amigos ou apenas estranhos⁽⁶²⁾.

A relação descrita pelos usuários com os trabalhadores do serviço caracteriza-se como um relacionamento social direto e já que ambos estão

conscientes um do outro, tal relacionamento constitui-se como uma relação face a face. Tal relação ocorre quando pessoa está ao alcance da experiência direta da outra, ambas compartilhando um tempo comum e um espaço comum⁽¹⁶⁾.

Essa relação social ocorre em um mundo intersubjetivo, o qual não é privado de um sujeito, mas sim no qual se pressupõe que outros homens também existem neste mundo e não somente de maneira corporal, mas dotados de uma consciência semelhantes. A estrutura fundamental deste mundo intersubjetivo consiste em ser compartilhado por “nós” de tal maneira que eu possa atuar sobre meus semelhantes e eles também possam atuar sobre mim; em um estabelecimento de múltiplas relações sociais com eles⁽⁶³⁾.

Além dessa expectativa de que os trabalhadores do CAPS proporcionem um bom atendimento, os usuários também demonstram preocupação pela melhora dos próprios trabalhadores:

que todos eles sejam felizes e elas também (U3)

Espero sempre melhora [...] A minha melhora e a deles também, que eles também vão pra frente, que ajudem mais gente que precisa (U8)

Com essas falas identifica-se uma atitude de solidariedade e humanismo por parte dos usuários, que esperam tanto pela melhora tanto de si, como dos próprios trabalhadores e de outras pessoas que estão necessitando de atendimento em saúde mental.

Por outro lado, alguns usuários do CAPS ao referirem-se às suas expectativas quanto aos trabalhadores, relatam que gostariam de receber bom atendimento da equipe e que os trabalhadores ofereçam atividades para eles desenvolverem.

os psicólogos que dêem alguma atividade para a gente, para ocupar a nossa mente, artesanato. (U2)

Eu espero que eles me atendam sempre bem, espero que melhore (U4)

Com relação às expectativas quanto aos trabalhadores, um usuário relata que espera que começa a receber atendimento também da psicologia, como segue na fala a seguir:

Eu tenho psiquiatra quem sabe eu consiga uma psicóloga depois também (U6)

Um dos usuários também expressa a sua motivação em receber um melhor atendimento do meu médico psiquiatra, que esse passe a entender da melhor forma o usuário:

Eu espero que pelo menos aquela que está me dando os remédios me atenda melhor, ela está me atendendo bem, não estou dizendo que ela está me atendendo mal [...]que ela me entenda um pouco mais (U10)

Com as falas identifica-se que os usuários possuem a expectativa de algumas melhorias com relação aos profissionais do CAPS, tanto com relação ao aumento do número de atividades disponibilizada pelos profissionais, a melhorias no atendimento dos profissionais e quanto a obter atendimento com outros profissionais, além daqueles que normalmente já o atendem.

6.2 Intenções que orientam as ações dos trabalhadores no CAPS

6.2.1 Caracterização da Equipe e descrição das ações que desenvolvem no CAPS

Semelhante à maneira com que realizei a caracterização dos usuários, a caracterização dos entrevistados foi elaborada a partir de um roteiro previamente definido (APÊNDICE C), com a identificação de informações que permitissem caracterizar o grupo dos trabalhadores do CAPS.

Dos 14 trabalhadores da equipe entrevistados nove são do sexo feminino. As idades dos sujeitos variam de 23 a 53 anos de idade. Na faixa etária inferior a 30 anos estão dois sujeitos. Na faixa etária dos 30 aos 39 anos encontram-se cinco

sujeitos. Na faixa estaria dos 40 aos 49 anos encontram-se seis sujeitos e um trabalhador está na faixa etária acima dos 50 anos.

Quanto ao estado civil sete são casados, quatro são solteiros, dois possuem união estável e um é divorciado. Quanto à escolaridade, um possui ensino fundamental, um possui ensino médio incompleto, dois possuem ensino médio, dois estão cursando o ensino superior, um em história e uma em pedagogia e oito possuem formação de nível superior.

Quanto à profissão, foram entrevistados quatro médicos, duas psicólogas, uma enfermeira, uma assistente social, três auxiliares de enfermagem, um técnico administrativo e duas agentes comunitárias de saúde (ACS).

Conforme a Portaria N° 336/ 2002⁽⁶⁾, a equipe de um CAPS II deve ser formada pelos seguintes profissionais: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Com relação aos profissionais com formação acadêmica de nível superior o CAPS em estudo está de acordo com a Portaria N° 336/2002. Entretanto, deveria haver um aumento dos profissionais de nível médio para adequar-se à portaria.

Destaco que mais do que a adequação numérica de profissionais quanto à Portaria que regulamenta esses serviços, é importante que os trabalhadores do CAPS estejam sensibilizados para o trabalho na área de saúde mental, voltados para práticas psicossociais, com o foco do cuidado na reabilitação psicossocial dos usuários.

Quanto ao tempo de formação, dois trabalhadores não possuem formação profissional formal, dentre eles uma ACS (a outra ACS tem formação de técnica de enfermagem), cinco trabalhadores tem tempo de formação de 1 a nove anos, três trabalhadores possuem tempo de formação de 10 a 19 anos, e quatro trabalhadores possuem tempo de formação de 20 a 29 anos.

Considero importante uma formação profissional para os trabalhadores dos serviços substitutivos em saúde mental, voltada para o cuidado na atenção psicossocial. Entretanto, a formação profissional acadêmica não é determinante

para a qualidade da assistência prestada; assim penso ser importante a atualização, ou sensibilização para os trabalhadores de saúde quanto às formas de cuidado nesse paradigma psicossocial. Nos CAPS é importante contar também com o saber de pessoas que não possuem uma formação profissional na área da saúde, como por exemplo, o motorista, o porteiro, a cozinheira, já que estes podem se constituir em importantes agentes terapêuticos nos serviços. Para tanto, é necessário que tais sujeitos possuam uma identificação e uma afinidade com a saúde mental.

Quanto ao tempo de trabalho no CAPS de Chapecó, este variou de três meses a 10 anos. Dos trabalhadores entrevistados três estão trabalhando no CAPS há menos de um ano; seis trabalhadores estão trabalhando de um a cinco anos; três trabalhadores possuem tempo de serviço no CAPS que vai da faixa de seis a nove anos e três trabalhadores estão trabalhando no CAPS há 10 anos. Destaco que este serviço foi criado há 10 anos e, portanto, três trabalhadores entrevistados fazem parte da equipe deste serviço desde a sua criação.

Quando questionados sobre a realização de alguma atualização na área da saúde mental, quatro trabalhadores referiram já ter realizado alguma especialização, sendo que dois referiram ter especialização/formação em psiquiatria, um referiu ter cursado a residência em psiquiatria e um cursou especialização em atenção psicossocial. Quatro pessoas da equipe referiram que estão cursando formações em saúde mental, sendo que um está concluindo uma especialização em psicologia clínica, um disse que está concluindo a especialização em psiquiatria, dois trabalhadores estão cursando pós-graduação em saúde mental com ênfase em dependência química e uma delas também está fazendo uma formação em terapia de casais. Além dessas formações duas pessoas também cursaram mestrado acadêmico. Dois membros da equipe referiram que não realizaram formação na área, entretanto quatro sujeitos quando questionados sobre atualizações em saúde mental, referiram que realizam cursos e capacitações nesta área.

Considero importante que os trabalhadores do CAPS realizem capacitações em saúde mental e que estes estejam voltados para a atenção em saúde mental de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, para propiciar uma sensibilização quanto ao trabalho em saúde mental voltado para a atenção psicossocial.

Para melhor visualização das características dos trabalhadores da equipe do CAPS entrevistados, foi elaborado um quadro (quadro 6) com as principais características desse grupo.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	9	64,29
Masculino	5	35,71
Faixa etária		
> 30 anos	2	14,29
30 – 39 anos	5	35,71
40 – 49 anos	6	42,86
50 - 59 anos	1	7,14
Estado Civil		
Casados	7	50,00
Solteiros	4	28,57
União estável	2	14,29
Divorciado	1	7,14
Escolaridade		
Ensino fundamental	1	7,14
Ensino médio incompleto	1	7,14
Ensino médio	2	14,29
Ensino Superior incompleto	2	14,29
Ensino Superior	8	57,14
Profissão		
Médico	4	28,57
Psicóloga	2	14,29
Enfermeira	1	7,14
Assistente social	1	7,14
Auxiliar de enfermagem	3	21,43
Administrativo	1	7,14
Agente comunitária de saúde	2	14,29
Tempo de formação		
Não possui formação profissional formal	2	14,29
1 – 9 anos	5	35,71
10 -19 anos	3	21,43
20 – 29 anos	4	28,57
Tempo de trabalho no CAPS		
> 1 ano	3	21,43
1 -5 anos	5	35,71
6 – 9 anos	3	21,43
= 10 anos	3	21,43
Atualização em Saúde Mental		
Não possui	6	42,86
Cursando especialização	4	28,57
Especialização/residência	4	28,57

Quadro 6: Demonstrativo das características dos trabalhadores do CAPS entrevistados, Chapecó, 2011.

Esta caracterização dos trabalhadores permitiu a identificação da situação biográfica do grupo dos trabalhadores do CAPS. A maior parte dos trabalhadores é do sexo feminino, principalmente nas faixas etárias dos 30 aos 49 anos, a maioria casados, com ensino superior completo, e grande parte com tempo de trabalho no CAPS que variou de um a cinco anos.

A caracterização das ações dos trabalhadores junto aos usuários do CAPS foi realizada por meio das falas dos entrevistados ao se referirem às ações que desenvolvem no CAPS, conforme roteiro das questões orientadoras da entrevista (APÊNDICE C). Essa caracterização foi elaborada como uma forma de traçar o perfil desses trabalhadores e para posteriormente facilitar o entendimento acerca das suas intenções, ou seus *motivos para*, quanto a essas ações. Para tanto, essa categorização não se constitui enquanto um objeto de análise.

As ações que os sujeitos da pesquisa referiram que realizavam em comum foram agrupadas conforme a proximidade entre essas em categorias, para melhor expressão dessas. Realizei aproximações entre as falas que possuíam convergência, emergindo inicialmente as seguintes categorias de ações: a atenção psicossocial dos trabalhadores aos usuários; os aspectos do cotidiano do trabalho, como as relações estabelecidas entre a própria equipe e as interferências das questões políticas no trabalho; e as relações que o CAPS estabelece com a atenção básica.

Após essa primeira categorização, as ações que os trabalhadores desenvolvem foram agrupadas conforme a proximidade entre elas de forma a construir uma caracterização das ações que a equipe desenvolve no CAPS.

As categorias que dizem respeito às ações realizadas pelos trabalhadores do CAPS são: ações desenvolvidas pelos trabalhadores no espaço do CAPS e ações desenvolvidas no espaço extra - CAPS. O quadro a seguir (quadro 7) demonstra essas categorias com as suas sub-categorias:

CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES			SUB-CATEGORIAS
Ações desenvolvidas pelos trabalhadores no espaço do CAPS			Desenvolver ações junto aos usuários no CAPS
			Atender a família do usuário
			Estabelecer relações de vínculo com os usuários
			Fortalecer as políticas de saúde municipais
			Estabelecer relações entre a equipe
			Participar de supervisão de estágios
Ações desenvolvidas no espaço extra – CAPS			Enfrentar o estigma da saúde mental
			Articular a saúde mental com a atenção básica
			Desencadear ações de saúde mental voltadas para a comunidade

Quadro 7- Ações dos trabalhadores do CAPS

A seguir apresento cada categoria com as respectivas falas que as constituem:

Os trechos das falas que expressam a categoria **Ações desenvolvidas pelos trabalhadores no espaço do CAPS** são os seguintes:

➤ Desenvolver ações junto aos usuários no CAPS

a gente faz atividade de medicação, a busca ativa dos pacientes, faz atividades educativas [...]eu atuo mais na oficina de música com os pacientes. Mais é no manejo diário com os pacientes, alimentação, parte de higiene [...]a gente cumpre algumas outras rotinas, tipo administrativas (E1)

Eu atendo, faço atendimento individuais com os pacientes intensivos e com os pacientes de ambulatório também, atendimentos de grupo [...] psicoterapia de grupo, oficinas onde eu tenho uma oficina de expressão corporal que eu trabalho especificamente com os pacientes intensivos e os grupos operativos (E2)

a gente começa preparando medicação, revisando prontuário, se algum psiquiatra mudou alguma medicação, a gente faz a preparação da medicação [...]eles chegando aqui e aqueles que não tomaram banho em casa [...]encaminha para o banho [...] depois do lanche encaminha para a oficina [...] a gente encaminha eles para as tarefas que têm no CAPS [...] encaminha para o almoço também [...] No final da tarde, também, mais um lanche, depois vai encaminhar para casa de

novo, a gente dá uma revisada nas medicações, se precisa medicação em casa, a gente faz um pacote com a medicação, o horário e encaminha para casa (E3)

eles recebem almoço, eles lancham aqui de manhã, eles tomam banho, tudo isso a gente acompanha eles [...] eu participo também nos grupos, você orienta eles fazem costura, eles fazem qualquer tipo de atividade, escrever tem uns que não sabem ler, você vai tentando organizar, tentando ensinar (E4)

Tem o grupo da música, eu faço o grupo da música com eles na sexta-feira, é eu com a ajuda do Z e do K (E4)

consultas [...] aqui são atendimentos individuais, a maior parte é individual (E5)

Eu só faço a parte de psiquiatria clínica, atendimento de consulta, organização de medicação [...] faz a consulta, avalia, medica, marca retorno, reavalia, encaminha para a psicóloga quando eu vejo que só a medicação não vai ser suficiente, ou então vai para grupo (E6)

Eu faço o primeiro atendimento da entrada, verifico PA, temperatura, se tiver algum injetável eu faço, medicação via oral, trabalho com as agendas, organizo o material para os médicos, faço as receitas, passo nas salas [...], aí tu orienta eles, conversa com os médicos, passa as orientações para eles (E7)

As ações que eu desenvolvo basicamente são restritas a consulta, a gente sabe que o médico pode ter um papel mais amplo em CAPS, por definição de CAPS, pode participar de grupos, pode participar de orientação de saúde aos pacientes, de familiares, de planejamento de saúde, mas como nesses CAPS de maneira geral como você tem uma demanda muito grande por consultas médicas [...] as vezes orientar pacientes junto com familiares (E8)

Eu desenvolvo algumas ações, desde atendimento individual até atendimento em grupo [...] eu faço atendimento individual, na clínica psiquiátrica, mas trazendo junto com isso o enfoque dinâmico e faço grupos tanto com os pacientes intensivos, quanto com os pacientes externos de ambulatório, (E9)

Aqui no ambulatório eu faço terapia individual [...] as vezes atendo o casal juntos, [...] eu trabalho oficinas com eles, uma vez por semana [...] trabalho auto-estima, questão de confiança, afetividade, na verdade a gente trabalha mais com o que eles trazem nas oficinas, imagem corporal [...] as vezes eles querem conversar, aí a gente conversa, escuta (E10)

Orientação a familiar, atendimento dos pacientes junto à família, aí fora isso que seria o foco a gente desenvolve serviço de apoio aos médicos, trabalhos em

grupo, dependendo do grupo a gente auxilia os médicos, os psicólogos encaminhamento para benefício dos pacientes (E11)

Os processos de medicação, acompanho junto com os médicos (E12)

Eu faço a recepção dos pacientes, busco eles, organizo o banho, faço oficina com eles, a gente faz passeio, se tiver contenção a gente faz, se tiver que ajudar na medicação [...] Crochê, pintura, bordado, a gente dá uns (E13)

Faço mais parte burocrática, papel, prontuário, atendimento na recepção e trabalho com digitação de produção, todas as produções dos profissionais, APACs [...] participo as vezes em oficinas, a gente faz uma oficina de música faz o plantão que é a rotina de CAPS que é o almoço deles, ai quando está de plantão tem que servir (E14)

As vezes fazer uma visita de acompanhamento, até com o próprio SAMU as vezes, algumas emergências psiquiátricas, é solicitado também pela polícia militar, daí a gente faz acompanhamento com a polícia militar, medicação, contenção química, contenção mecânica no paciente (E1)

de uma hora para outra pode ter pacientes agitados na recepção, ai tumultua tudo, tem que estar preparado para isso, a gente traz para a sala de enfermagem, o psiquiatra já vem, já medica [...] a gente maneja, aí se for o caso de conter o paciente no leito também o médico nos autoriza, pega as ataduras, sempre estão expostas, bem fácil para qualquer emergência, fica tudo preparadinho, cada um pega uma. Esse conter que eu falo é toda a equipe está preparada para isso (E3)

Tem todos os procedimentos para a contenção, geralmente na contenção, que é sempre indicada pelo médico e se não for e já tenha tido alguma indicação antes que o médico assistente não estiver aqui (E12)

Se tiver contenção a gente faz (E13)

➤ **Atender a família do usuário**

A gente tem uma dificuldade muito grande, não são com todos os pacientes, mas com uma grande parte, de que a família tenha uma estrutura para poder dar conta desse paciente [...] as vezes fica difícil atingir essa família, mudar essa dinâmica familiar (E2)

sempre a gente acaba falando com a família, nem que seja para comunicar a decisão do paciente ou para que ela tome determinada atitude (E11)

A gente já teve vários formatos de grupos para atendimento a familiares, que quando a gente fala de relacionamento com a família, não é uma coisa muito simples, porque as vezes eles trazem o paciente para cá e eles acham que é nosso e as vezes o paciente precisa de um acompanhamento para consulta e não vem ninguém eles abandonam (E11)

É complicado trazer a família, mas quando se traz a família se traz o usuário junto [...] chama as famílias e os usuários de tal patologia, trabalhar essa patologia com eles para que a família possa ter um pouco desse entendimento também (E12)

➤ **Estabelecer relações de vínculo com os usuários**

para conversar com o paciente em crise também converso normal, que eles ouvem você, quanto tempo que você trabalha, eles têm um vínculo muito bom conosco, pelo tempo de serviço talvez, pelo conhecimento, eles confiam, então eu vou na arriscada, converso, muitas vezes uma conversa ajuda bastante [...]com os pacientes é muito bom, eles criam um vínculo maravilhoso (E4)

é trocar, troca de experiência, troca de afeto, troca de tudo, de bom, de ruim, de melhor, acho que o afeto é muito importante, a coisa do olho no olho, de tu tocar, de tocar o paciente [...]é a coisa da disponibilidade [...] para escutar as coisas[...]tu tem que ter aquela coisa da empatia [...]tu dá o teu afeto, tu cuida para não endurecer, só que tu sabe que teu afeto tem que ter cuidado para tu não cair no poço junto com ele [...] é o teu paciente que está sofrendo, tu está cuidando da vida dele, tu pode sofrer sim [...]é a coisa do se colocar no lugar do outro (E6)

conversa com os pacientes tem aquela coisa informal que tu acaba fazendo, aquele contato informal com o paciente que vem e conversa contigo, tu conversa, aquela interação informal [...] eu vejo que tanto o grupo como a oficina que tu circula com eles, no meio deles e ao lado deles tem essa coisa de tu chegar mais, mais no paciente e ele chega mais em ti também, tem mais a confiança [...]tem mais essa aproximação, acho que desmistifica certas coisas quando tu está nesse convívio, mesmo que tu faça grupo terapêutico que tu fica sentado todo mundo em roda, mesmo assim, tu está cara a cara com aquele outro ali e tu está em círculo, [...] acho que aproxima mais o humano do humano, o profissional, todos, qualquer

profissional fica mais pessoa do que profissional técnico para o paciente e vice versa, acho que o paciente fica mais pessoa do que aquele paciente (E6)

Tu acaba aprendendo tanto com o artesão, tanto com o usuário, porque eles trazem muita riqueza, apesar dos pesares eles trazem muita riqueza, de conhecimento, de aprendizado (E12)

Todos os funcionários trabalham com todos os usuários e a gente acaba conhecendo todo mundo (E12)

a gente senta, conversa, brinca com eles, eles se sentem bem valorizados [...] tu já conhece cada um, do tempo que tu está aqui tu conhece cada paciente, se está entrando em crise ou não, se não toma medicação se tu olhar para eles tu já começa a conhecer mais eles (E13)

quanto à ligação com os pacientes diretamente eu fico pouco tempo, eu conheço todos por nome, data, CPF, numeração de SUS, tudo eu sei de cada um, do intensivo eu vejo mais porque a gente fica mais aqui (E14)

➤ **Fortalecer as políticas de saúde municipais**

As vezes o serviço público as vezes ele não tem esse foco no usuário e até a gente como profissional as vezes acaba também entrando nessa [...] eu procuro fazer o que está ao meu alcance e de preferência sempre de bom humor, deixar o mau humor para lá, porque aqui já é um ambiente pesado para trabalhar (E1)

A nossa demanda já é grande, a gente já não consegue vencer a demanda de atender a todos os encaminhamentos que vem aqui, nós aqui temos represados mais de mil encaminhamentos e a gente não dá conta dessa demanda (E1)

A gente tem uma grande demanda, uma fila de espera muito grande, tanto para psiquiatra, como para psicólogo [...] porque a demanda de ambulatório é mil vezes maior que a demanda do CAPS para pacientes intensivos, então tem muita gente na fila de espera esperando atendimento com psiquiatra (E2)

o CAPS II na verdade, que ele é um modelo um pouquinho diferenciado do que é um CAPS [...] Aqui funciona dois serviços em um, nós temos o ambulatório de saúde mental, que funciona paralelo com o CAPS II [...] o meu atendimento se divide nos dois serviços, todos os profissionais, a maioria na verdade que ficam nesses dois serviços, porque tem muitos pacientes por exemplo que eles já foram

intensivos, eles já receberam alta do CAPS, mas continuam sendo atendidos pelo ambulatório (E2)

Eu gosto do que eu faço, mas é pesado [...] a gente está com uma minoria de funcionários aqui que está um caos e é com o que a gente tem que a gente tem que tocar, [...] é ruim ficar sem ninguém para acompanhar eles, mas é ruim também você colocar um profissional um mês, dois meses, quando eles começam criar aquele vínculo [...]de repente eles nos tiram essa funcionária (E4)

que tem pouco psiquiatra no mercado de trabalho, a gente tem um colega aqui que ele faz grupo e aí ele tem 30 pacientes no grupo que é para poder atender a demanda e aí ele consegue fazer grupo semanal [...] naquele horário de uma hora que ele atenderia dois pacientes ele atende em grupo e sempre se tira proveito, os pacientes tiram proveito [...]as agendas estão lotadas [...] eu vejo o paciente a cada 30, 40, 60 dias as vezes [...] quando tu está iniciando o tratamento tu até vê o paciente mais seguido para poder acertar a dose, ajustar a medicação, [...] mas depois que estabiliza e o paciente começa a ter a melhora [...] tu acaba vendo ele a cada 60 dias, a cada 40 dias por causa dessa questão de escassez de psiquiatra no mercado ou da interiorização dos profissionais (E6)

o nosso CAPS tem dois serviços, é ambulatório e CAPS II junto [...]temos uma agenda muito apertada eles não têm consulta mensal, quinzenal, é tudo 60, 90 dias [...]eles não tem muito acesso ao psiquiatra, por falta de horários, então eu faço essa ponte com eles, vou converso com o médico, ele passa as informações e eu passo para o paciente (E7)

Tem uma demanda muito grande por consultas médicas (E8)

Como o nosso CAPS aqui ele é CAPS e ambulatório, a gente se divide, na verdade a gente quase transforma isso tudo num serviço só, mas tem essa parte de ambulatório e a parte intensiva [...]a minha agenda aqui do ambulatório é muito cheia, de todo nós na verdade (E10)

é um serviço que tem que ter, mas que se o investimento em qualificação profissional, em melhorar a estrutura, em qualidade do serviço, parece que é sempre visto como um ônus, não como que tenha um retorno, que tenha bônus da prefeitura, é aquela coisa que só é visto por exemplo quando dá um problema que sai na mídia, para resolver aquele caso basicamente, mas de fazer com que o serviço funcione com qualidade e tal não, a gente vê pela falta de pessoal da equipe, pela falta de estrutura física, as coisas que vem parece que são sempre assim meio que um favor então nesse sentido a gente acaba se frustrando com o

serviço, vai meio que ficando decepcionado. E a gente sabe que vem um recurso especificamente para os CAPS, mas a gente não sabe o que acontece porque nós quando a gente precisa de qualquer coisa é muito demorado para tramitar e tu tem que pedir muito, parece que tem que implorar para que as coisas aconteçam é bem frustrante [...]eles (Secretaria de Saúde) acham que não é necessário, então a qualidade do atendimento na verdade não importa em nada, so mesmo a questão do número, ai quando diminui APAC eles vem ver porque diminuiu APAC, mas de ver como o serviço funciona, de conhecer não (E11)

na verdade nós teríamos que ter uma farmacêutica, como a gente dispensa medicação aqui, mas como não tem verbas para ter farmacêutica em todos os locais, daí aqui o enfermeiro fica responsável [...]apesar de ter todo esse tempo de serviço tem pessoas que ainda não vieram em nenhum dos três serviços, que não conhecem a realidade dos serviços, o pessoal do burocrático ai eles cobram as APACs, produções, o porquê que mês passado tinham 20 intensivos vamos supor e esse mês tem 12, 13, porque ele não vai ficar a vida toda no intensivo, não é esse o objetivo, então tem que explicar (E12)

o que eu vejo assim em CAPS que é uma coisa que está engatinhando ainda, tem várias coisas que não era o ideal (E14)

➤ **Estabelecer relações entre a equipe**

meu colega também é muito bom nisso, encara qualquer coisa, o que tiver para fazer ele vai e faz, bem tranqüilo (E3)

nós colegas a gente se vira, um ajuda o outro e a gente vai levando, em função que não é tu fazer, o outro fazer, o outro vai lá: - oh fulado dá uma força lá [...] a gente se une, a gente é uma equipe (E4)

Tem na quinta-feira uma reunião de grupo, em que se discute teoria e prática dos nossos atendimentos (E5)

na verdade toda equipe aqui, o trabalho de cada um no final é que dá esses bons resultados [...] todo mundo contribui para a mudança, para a melhora (E10)

como a nossa equipe é uma equipe menor e mesmo sendo pequena é difícil ser uma equipe coesa porque são diversas pessoas com várias formações [...]o que se tem aqui é uma equipe multiprofissional interdisciplinar como pede [...]nada impede que eu vá lá na oficina de artesanato fazer artesanato, eu aprendi a bordar

aqui dentro, eu aprendi pintar, eu aprendi a fazer canudo [...] todos os funcionários trabalham com todos os usuários [...] Nos temos todas as quintas-feiras duas hora de reuniões (Reuniões de equipe), primeiro é informes e algumas coisas que tem que resolver e depois a gente faz estudo de caso [...] a gente decide juntamente toda a equipe decide se vai ficar no intensivo, se está no intensivo se já pode passar para o semi, então tudo isso é discutido em equipe (E12)

um ajuda o outro, cada um faz um pouco de tudo, todos os funcionários sabem conter, sabem ajudar em uma crise, faz oficina, participa das oficinas com eles, todo mundo faz tudo (E13)

➤ **Participar de supervisão de estágios**

Dou preceptoría para os alunos da faculdade (E5)

eu estou vendo o quanto que o estagiário está ajudando a mim e ao serviço a se oxigenar a repensar, com determinadas perguntas que o estudante olhando de um outro foco estão trazendo, eu estou achando muito importante [...] nós estamos construindo tudo aqui, estamos construindo juntos, estamos aprendendo, ela aprende a estagiar e eu aprendo a trabalhar com estagiário [...] é poder fazer essa articulação com os aspectos teóricos eu acho que as duas partes acabam ganhando, eu acho que a gente se enriquece (E9)

Supervisão de estágio eu já fazia como docente [...] medicina o internato agora o segundo ano está vindo para cá [...] tem toda essa parte de estágio tem que ir mediando, da psicologia também, da educação física que a gente já teve (E12)

➤ **Enfrentar o estigma da saúde mental**

com toda a questão da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial que a gente vem travando, as vezes a gente ainda escuta da comunidade uma fala assim de: - tem que internar, tem que tirar da circulação, porque a sociedade não consegue suportar isso; e isso para nós é muito difícil, imagina para o paciente, ele já sofre o estigma da própria doença, a exclusão que a própria doença causa em si e de repente ele não tem o acolhimento da família e nem do lugar onde ele vive (E2)

tem familiares que nos dizem assim: - a porque o fulano é louco, ele não presta para mais nada, acho que isso aí dói para o paciente e dói para nós também, poderíamos ser um deles ali (E3)

a maioria das unidades de saúde os profissionais das unidades têm medo dos nossos pacientes, que são pacientes deles, que eles vem para nós encaminhados das unidades de saúde porque eles não sabem lidar com os pacientes e é um paciente como qualquer outro de uma unidade de saúde (E4)

por exemplo uma esquizofrenia, essa pessoa já teve dificuldades a vida toda dela, mas ela não era vista como uma doença, era vista como uma pessoa esquisita, diferente (E10)

tem algumas (famílias) que têm dificuldade de entender a doença mental, muitos ainda acham que é um espírito, que é alguma coisa que baixou, que é sem-vergonhice (E11)

tem pacientes que vem para cá para fazer um tratamento assim de depressão e parece que eles ficam taxados se eles falarem que utilizaram o serviço do CAPS ou que fizeram o uso de medicamentos controlados na verdade eles acabam sendo excluídos do mercado de trabalho (E11)

a gente sente muito na saúde mental é que é que ela é meio deixada de lado das áreas da saúde, daí fica meio como aquela coisa, da família do paciente que meio que deixa ele de lado a gente também é meio colocado de lado (E11)

psiquiatra não sai preparado para esses serviços (CAPS), o enfermeiro não sai, psicólogo não sai, hoje já tem uma coisa mais voltada para isso, mas antes não tinha que era ainda o bicho feio[...] foi um desafio tu começar com saúde mental [...] ainda tem estigma (E12)

As falas que expressam as **Ações desenvolvidas no espaço Extra-CAPS** são as seguintes:

➤ **Articular ações de saúde mental na atenção básica**

também tem essa atividade que o CAPS faz de suporte para esses profissionais que estão nas unidades básicas de saúde, como se fosse uma supervisão: para onde que vai determinado caso, será que é um caso para ficar no intensivo, ou só no ambulatório, ou se o profissional consegue manejar na própria unidade de

saúde esse paciente [...] quando a gente tem um atendimento de emergência ou de urgência por exemplo, a gente não deixa de prestar atendimento para esses casos, a gente tem um esquema assim, quando o médico clínico (da UBS) vê que é um risco de suicídio, que ele está colocando em risco a sua própria vida e a vida de outros o médico entra em contato com o CAPS e a gente já agenda uma avaliação para esse paciente (E2)

Eu não vou acompanhar esse matriciamento, mas vou ficar por dentro de tudo porque eu estou no CAPS, com intermédio dos CAPS, com as unidades (E4)

supervisão com a rede, com os médicos da rede, supervisão com a equipe, atividades de grupo com a equipe assistencial [...] A interconsulta são atendimentos que eu faço às equipes assistenciais, aos PSFs, em conjunto com a equipe [...] tenta manejar as situações lá na rede, eles vem até aqui e já aconteceu de eu ir até lá [...]é uma tarde por mês a supervisão com os médicos da rede. Ocorre semanalmente supervisões por via telefônica com o pessoal da rede, as interconsultas também as vezes ocorre via telefônica, algum manejo com algum colega que está em dificuldade na rede, isso acontece até com frequência semanal toda semana alguém liga e a gente conversa (E5)

agora a saúde mental está incluída na saúde pública (E6)

tem todos os contatos com a atenção básica, com as equipes de PSF [...] eu tenho uma boa integração com todas as colegas (da atenção básica) a gente conversa muito, os pacientes são em comum nossos e de onde eles provem, da unidade que eles provem, então a gente tem todo esse contato, eles sabem aqueles que ficam aqui, os que não ficam, os que estão voltando que já se trataram que estão com o quadro estabilizado que agora vão passar a pegar medicação com o médico da unidade, então toda essa ponte a gente faz [...] porque os nossos usuários são os usuários da atenção básica, são os mesmos, então tem coisas que a gente pode estar trabalhando, pode não, a gente trabalha em conjunto com eles, então eles estando mais tempo aqui a gente repassa para eles também todos os cuidados, ou o que eles repassam para nós a gente repassa para os usuários aqui e familiares (E12)

os psiquiatra aqui são bem abertos, se um colega médico liga eles atendem, vê o que é, se puder já pode indicar alguma coisa, que não precisa vir para cá ou já indica alguma medicação até que o paciente chegue aqui, que eles possam estar fazendo na unidade básica, já dá orientações (E12)

➤ **Desencadear ações de saúde mental voltadas para a comunidade**

É que nós temos pacientes que estão em sistema intensivo, que eles têm dificuldades, até pelo comprometimento deles, de se deslocarem sozinhos de ônibus e a família as vezes não tem condições financeiras de bancar o transporte deles, aí o serviço disponibiliza o carro para ir buscar eles na residência e trazer até o serviço e depois levar de volta [...] fazemos também visitas domiciliares (E1)

Também acompanha o paciente até a internação hospitalar, psiquiátrica[...] Em outros municípios, em Florianópolis, em Palmitos (E1)

aqui a gente pega muito a área social deles, quer dizer o sofrimento que eles trazem para nós talvez nem seja assim uma doença [...] talvez pela própria situação que eles vivem em casa, é desemprego, é familiares com droga [...] é muito complicado você trabalhar com esse tipo de paciente sem ver o lado social [...]a gente vai pegar os pacientes em casa, a gente vai em cada casa, pega com a Kombi e traz para o CAPS (E3)

A gente faz aqui tem as medicações externas, as injeções, os Haldol Decanoato, que é medicação de depósito, então nós temos, não sei te afirmar se é 120 ou 130 pacientes que tomam medicação em casa, eles vem no ambulatório e aí o Decanoato a gente faz a cada 15 dias, conforme o psiquiatra prescrever, a necessidade, a gente faz em casa (E3)

O acompanhamento dos pacientes intensivos, a busca deles, a volta deles para casa, visitas domiciliares para verificar sobre a medicação (E4)

se precisa internar a gente faz a solicitação de internação (E6)

as vezes tu tens visitas domiciliares de pacientes que estão acamados, que são pacientes psiquiátricos e que por um acaso o familiar chama e tu acaba tendo que fazer alguma visita domiciliar e é muito interessante que tu vai in loco onde ele vive [...] conhecer a realidade e poder jogar com essa questão (E6)

a gente faz a rede entre os outros serviços de assistência, como assistência social, educação, a gente acaba encaminhando os pacientes, a questão da reinserção social [...] a gente vai encaminhando onde a pessoa se encaixe e que o grupo também aceite ela porque algumas pessoas são bastante limitados e as vezes eles querem um determinado curso que pela doença deles ainda não se permite que eles tenham acesso a isso, então dentro das possibilidades da área que eles escolhem, e que a gente tenha acesso a isso também (E11)

Ai a gente tem que encaminhar para os hospitais psiquiátricos e não é uma coisa imediata, tem a questão de conseguir a vaga, as vezes o paciente foge, então pode acontecer um monte de situações antes desse paciente internar (E11)

Faço visita domiciliar, tanto sozinha quanto com os auxiliares ou com qualquer outro membro da equipe [...] A visita domiciliar é muito rica, tu tem que fazer essa visita porque a partir daí tu consegue ter a visão de como é a vida dele lá fora e de como tu vai tratar ele aqui [...] você tem que ter a noção pelo menos, senão você não consegue trabalhar com ele, consegue, mas não de uma forma mais adequada (E12)

A gente faz passeio no centro, a gente vai na igreja com eles, em lojas para ver preço, ai eles vem os preço e comparam se eles podem comprar ou não [...] quando teve evento no centro de eventos a gente já trouxe, teatro essas coisas a gente já trouxe eles ali (E13)

Em síntese, as ações desenvolvidas pelos trabalhadores relacionam-se com aquelas desenvolvidas especificamente no espaço do CAPS e outras voltadas para o espaço da sociedade. Quanto às ações no espaço do CAPS, essas estão voltadas para o atendimento ao usuário e à família; o estabelecimento de vínculo com os usuários; quanto à interferência das políticas públicas municipais no seu trabalho; ao estabelecimento de relações com os colegas da equipe; em supervisões de estágio; e no enfrentamento do estigma enfrentado pela área da saúde mental. Sobre as ações no espaço da comunidade os trabalhadores relataram a articulação do CAPS com a atenção básica e demais ações de saúde mental voltadas para a comunidade.

6.2.2 Categorias concretas do vivido e o típico da ação dos trabalhadores do CAPS

Estas categorias concretas do vivido emergiram dos *motivos para* dos trabalhadores quanto às ações direcionadas aos usuários do CAPS. Para captar os *motivos para* dos trabalhadores, ou seja, as suas intenções quanto ao desenvolvimento das suas ações no CAPS agrupei os trechos de falas dos sujeitos,

conforme foram surgindo as convergências quanto aos *motivos para* dos entrevistados.

Inicialmente realizei leitura e releitura da transcrição das falas dos trabalhadores entrevistados. Após essas leituras iniciais, fui sinalizando no material impresso os trechos das falas que se referiam aos *motivos para*, ou seja, aqueles trechos que indicavam as intenções da equipe quanto às suas ações. Posteriormente elenquei os trechos das falas e emergiram as convergências entre elas.

Do agrupamento das convergências dos *motivos para* entre as falas dos sujeitos, emergiram inicialmente as seguintes categorias concretas: espera a melhora dos usuários; espera a autonomia dos usuários; espera melhorias na administração pública e espera estreitar as relações tanto com usuários como com a equipe

Após essa primeira categorização emergiram, a partir do vivido, as categorias concretas referente aos *motivos para* desses trabalhadores, com as suas respectivas sub-categorias, com a intenção de expressar o típico da ação. As categorias que expressam as intenções dos trabalhadores quanto às suas ações no CAPS são as seguintes: Espera promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários; e Espera melhorias na administração pública, no sentido de melhorar a atenção aos usuários do serviço. O quadro (quadro 8) a seguir demonstra as categorias concretas com as suas sub-categorias:

INTENÇÕES DOS TRABALHADORES	SUB-CATEGORIAS
Espera promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários	Espera que usuários tenham melhora com seu tratamento Espera a melhora da qualidade de vida dos usuários e promover a saúde mental Espera que usuários se reinsiram socialmente Espera estabelecimento de vínculo e maior interação com os usuários
Espera melhorias na administração pública no sentido de melhorar a atenção aos usuários	Espera maior valorização do serviço por parte da Secretaria Municipal de Saúde Espera maior articulação na rede de saúde mental

Quadro 8- Categorias concretas do vivido dos trabalhadores do CAPS

A categoria concreta denominada **Espera promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários** é constituída pelos seguintes trechos das falas dos sujeitos:

➤ **Esperam que usuários tenham melhora com seu tratamento**

prioritariamente a gente teria que ter em vista a recuperação, a recuperação da saúde mental desse paciente, isso aí a gente até pensa muitas vezes quando se está trabalhando lá fora da saúde mental, quando tu chega aqui, o nosso sucesso aqui é a gente conseguir que o paciente permaneça como está, estável, é manter ele estável, que ele não esteja em crise [...] prevenir as crises mais graves que é as que acabam resultando em internação [...] porque a gente sabe que é uma doença crônica, que ela é progressiva, que esse paciente, possivelmente cada vez o quadro dele vai piorar (E1)

Eu espero que melhorem [...] o que mais eu tenho em vista é o bom andamento dos pacientes [...] a melhora deles em si, bem estar físico, bem estar mental deles (E4)

acho que essas ações todas acho que vem a isso, propiciando uma melhora na saúde mental do teu paciente (E6)

espera que o paciente consiga chegar em um estágio da doença que se estabiliza, que é o que a gente procura fazer, fazer um bom atendimento, orientar bem eles [...] eu espero que a gente consiga transmitir para eles que lá na frente vai ter um resultado disso tudo, porque é uma coisa a longo prazo, tu pode ver, saúde mental não é nada a curto prazo é a longo prazo ou para o resto da vida [...] espero que lá na frente tenha algum reflexo (E7)

a gente espera onde a gente pode orientar pacientes que eles possam melhorar, que a gente possa ajudar na atenção à saúde (E8)

vai aliviar os sintomas para ele poder se equilibrar (E9)

na verdade toda parte de mudança é lenta, mas a gente tem pacientes que a gente só tenta manter, evitar que venha a piorar [...] Eu espero que eu possa estar ajudando eles (E10)

A melhora deles [...]que eles se recuperem e que dê menos crises,como está sendo (E13)

➤ **Esperam a melhora da qualidade de vida dos usuários e promover a saúde mental**

basicamente todas as nossas atividades se resumem mais na questão de dar um suporte melhor para ele ter uma qualidade de vida um pouco melhor [...] a gente faz mais é dar uma melhoria da qualidade de vida do paciente, [...] então o que a gente pode fazer é tentar melhorar a qualidade de vida dele (E1)

É a melhora da qualidade de vida daqueles que me procuram, esse é o objetivo que eu tento com essas ações que eu desenvolvo aqui (E5)

que eles possam ir abrindo essas portas e vendo que eles podem ter uma vida boa também, eles podem ter qualidade de vida dentro das limitações deles (E10)

o que a gente espera é a melhoria da qualidade de vida do paciente, a melhoria no convívio familiar [...] vincular o paciente à sociedade para melhorar a qualidade de vida deles (E11)

eu vejo muito que a gente não trabalha na verdade com saúde mental, eu acho que a gente trabalha mais com doença mental do que com saúde mental, infelizmente, que quando o paciente chega aqui para nós ele já está precisando do atendimento mesmo, ele já passou por uma série de outros problemas, então quando ele chega aqui ele já está nos últimos casos e a gente não consegue fazer um trabalho de prevenção por exemplo, e o meu grande objetivo é que um dia a gente possa fazer prevenção, aí a gente vai estar fazendo saúde mental, então meu objetivo com todo esse trabalho é poder promover uma saúde psíquica para esse paciente, fazer com que ele se torne cada vez mais responsável pela sua saúde psíquica [...]e muitas vezes a gente acaba apagando o fogo e deixando de fazer prevenção em saúde mental e eu acho que esse que tem que ser o nosso grande objetivo, é poder ir além só do atendimento, da profilaxia, é poder fazer uma coisa além disso, quando a doença já se instalou por exemplo, essa é uma das grandes dificuldades [...]poder trabalhar com prevenção, que eu acho que isso é fundamental e a gente ainda não conseguiu chegar lá, acho que a gente está caminhando, mas ainda falta bastante (E2)

O que eu tenho em vista assim no individual [...] é sempre buscar o potencial do paciente e de questionar com ele como ele está e como lidar com seus problemas e também eu saio um pouquinho desse diagnóstico nosológico do paciente e tento olhar para ele bem de acordo com Pichon ele tem uma tarefa, um problema, pode ser uma doença X, uma patologia X, mas a vida dele não se resume nisso, então eu trabalho em cima da saúde, não tanto na doença, a partir das tuas dificuldades o que tu está fazendo e o que tu pode vir a fazer (E9)

E meu objetivo é esse, é fazer com que eles sigam outro caminho lá fora, tenham uma vida melhor, a gente trabalha muito com eles e com a família também, mostrar para eles que eles têm capacidade de trabalhar com outras coisas [...] é tentar colocar assim: - olha vamos tentar melhorar um pouquinho, organizar a sua casa; que muitos a casa é precária, vamos tentar limpar onde você dorme, mas também tem muitos casos que são difíceis [...] a gente tenta trabalhar com eles, tenta mostrar que a vida ainda tem um pouquinho de brilho, apesar do sofrimento deles, é complicado, mas acho que sempre dá (E3)

a maioria dos pacientes tem condições, que trabalharam fora e que tem condições da gente estar ali comandando eles e eles fazerem(E4)

o empoderamento dele das coisas dele, dele voltar a poder tomar conta dele mesmo, sozinho e de ele ver que ele tem essa capacidade, que ele pode pegar um lápis e fazer um desenho, que ele pode ajudar a escolher o feijão e ele vai saber fazer isso, de tentar devolver a autonomia para o paciente [...]a gente tem que ter esse cuidado, de tu só fazer, só dar, tu tens que ensinar a pescar [...] tu podes até dar o peixe no primeiro momento que ele não está legal, que ele vai precisar do peixe, mas ao mesmo tempo que tu está dando o peixe vai ensinando o paciente a pescar e eu acho que as oficinas, os grupos terapêuticos são para isso, até em uma visita domiciliar, que tu tem a interação e tu vai fazendo ele achar novamente a sua autonomia, autonomia da pessoa, de poder tomar conta, dentro das limitações da doença mental (E6)

orientar eles a se cuidarem bem (E8)

estou sentindo que as pessoas realmente estão desenvolvendo o seu potencial e estão podendo exercer a sua cidadania de criticar várias coisas que vão muito além das suas patologias, eles estão podendo olhar para as suas vidas e todo o contexto sócio-cultural, econômico e político, não apenas a questão biológica, biomédica que faz parte da sua doença, então estou vendo assim que está sendo um exercício de trabalhar com potencialidades (E9)

a gente ajuda em tudo, para eles serem um pouco independentes, ajudar a fazer ligação a gente ensinou, ir num orelhão, fazer ligação a cobrar, esse tipo de coisa que para a gente é simples e para eles não (E13)

➤ **Espera que usuários se reinsiram socialmente**

orientar eles a ter participação social a terem melhores hábitos de vida a terem uma interação com a sociedade, a terem atividades, não ficarem só em casa, ter hobbies, tentar fazer alguma atividade física, por exemplo, não se restringir só a tomar remédios e ficar dentro de casa e vir para o CAPS, participar das atividades que são propostas pelo CAPS, mas fora da estrutura do CAPS, não se restringir só aquela questão de vir para o CAPS, toma o remédio [...] a gente tenta que a abordagem extrapole isso, não ser tão restrito (E8)

o avanço que eles têm de estar conversando sobre isso, de estar descobrindo o que eles têm e podendo ver o que vai fazer, porque assim, quando eles chegam eu vejo que é uma coisa que está bem, é quase como se fosse se conformar com uma vida bem limitada e aqui eles vêem que eles conseguem fazer outras coisas, que tem muita oficina aqui, acaba inserindo eles na sociedade (E10)

o que a gente espera é [...] vincular o paciente à sociedade [...] e os que têm condições que eles voltem para o mercado de trabalho, que eles voltem a ter uma vida normal (E11)

tem uma praça aqui do lado, tem o centro de eventos, tem o estádio, tem a arena de esportes [...] tem as competições de nataçãõ que a gente vai poder levar eles, estar levando eles em outros espaços [...] o centro de eventos sempre tem exposições, tem coisas culturais que eles vão poder estar participando (E12)

➤ **Espera estabelecimento de vínculo e maior interação com os usuários**

o vínculo deles, cada vez mais vínculo com a gente [...] então de todo esse trabalho você vê aquele vínculo que você cria e eles vem te procurar, isso é gratificante para a gente (E4)

a parte de oficinas e grupos eu não estou participando ainda [...] de poder fazer grupoterapia, grupo terapêutico, poder participar das oficinas, poder ter essa interação [...] até de conhecer melhor o indivíduo, porque tu acaba interagindo

mais, tu acaba tendo mais momentos com aquela pessoa em situações mais informais que uma consulta (E6)

eu acho que o vínculo que a gente cria com eles por si só isso já é bem, esse acolhimento já é uma expectativa, que uma coisa que a gente sempre espera, não é muito fácil, eles são bem fechados, então criar esse vínculo é o que a gente espera (E10)

Os trechos das falas que expressam a categoria: **Espera melhorias na administração pública**, são os seguintes:

➤ **Espera maior valorização do serviço por parte da Secretaria Municipal de Saúde**

se você começar levar para esse lado de chegar aqui e pensar que insatisfação, mas os caras não fazem isso, nós não temos isso, não temos aquilo, aí você acaba deixando de olhar para as coisas que você pode resolver e fica pensando nas coisas que não pode resolver [...] eu não tenho muitas expectativas que esse nosso quadro vai mudar a curto prazo, quem sabe daqui uns 20 anos quando eu já não estiver mais atuando aqui, talvez as pessoas já estejam olhando mais para a saúde mental como uma coisa realmente importante (E1)

é tanta coisa que a gente pede, que a gente reivindica, de dez a gente consegue uma durante o ano: - porque não tem dinheiro; tem dinheiro, os CAPS recebem uma verba, vem para a secretaria que repassa, quem repassa essa verba é a secretaria de saúde, a gente luta, luta, a gente produz APAC, tu tem que atingir o teto das APACs [...] O nosso CAPS deveria já ter uma sede própria [...] o serviço em si, o serviço precisa de adaptações, que os pacientes precisam disso e não tem [...]o restante são coisas que você gostaria de ter mais para trabalhar com eles, para fazer uma atividade boa com eles (E4)

a gente tem pouca oportunidade de extrapolar, as vezes o modelo é um pouco restrito no que o médico pode fazer e devido a demanda muito grande por consulta e as vezes como médico tu é muito requerido para fazer consulta, acaba que a gente poderia fazer mais coisas e acaba não conseguindo fazer tanto quanto poderia fazer (E8)

O meu sonho é que todo mundo, quem trabalha na atenção básica, até mesmo nas outras especialidades, [...] se todos viessem e conhecessem o serviço, para ter um entendimento de como é, como que funciona, sabe pelo menos ter uma visão para depois não haverem essas cobranças (E12)

A eu espero assim que eles vejam o CAPS de uma forma diferente, que não digam a casa dos louquinhos ou lá no lugar dos loucos, não, eu não tenho esse preconceito com eles (E12)

➤ **Espera maior articulação na rede de saúde mental**

E agora vai surgir o projeto de matriciamento, que a secretaria de saúde quer começar esse ano, que na verdade é um projeto do Ministério da Saúde para que os profissionais de CAPS, tanto AD, infantil e adulto dêem suporte para as equipes de saúde da família para atender a saúde mental, então vai se capacitar tanto a equipe, os profissionais de saúde mental, [...] esse projeto de matriciamento, ele vai envolver todas as equipes dos CAPS para dar esse suporte, é como se fosse mais ou menos como já está sendo feito essa questão da supervisão, só que não vai ser só com os clínicos, vai envolver desde o agente de saúde, o enfermeiro, como manejar os casos lá na unidade de saúde [...] Está sendo construído, isso já é um projeto que a princípio vai começar em março desse ano, junto com o pessoal dos NASF que estão sendo criados os NASF, que é o núcleo de apoio à saúde da família, onde tem psicólogos, enfermeiros, tem vários profissionais, então junto com essas equipes a gente vai planejar o matriciamento, [...] é um projeto muito interessante que vai aliviar inclusive a demanda para o CAPS (E2)

tem muita gente na fila de espera esperando atendimento com psiquiatra e na verdade muito desses atendimentos poderiam estar sendo feitos na unidade de saúde, se o pessoal for capacitado e se interessar por isso com certeza esse paciente não precisa chegar até o CAPS, chegarão aqueles casos que realmente precisam de um acompanhamento mais sistemático, vamos dizer assim os ditos casos mais graves, mais crônicos [...] existem muitos casos de repente que estão na fila de espera e que talvez nem haja a necessidade de psiquiatra, então o clínico mesmo pode acompanhar, de repente o psicólogo lá na unidade de saúde pode acompanhar esses pacientes em um grupo de psicoterapia (E2)

E essa questão das conquistas a gente sente que quer se acabar com a internação em hospitais psiquiátricos, mas por exemplo, que estrutura que tem a família, que tem o município para não mandar para um hospital psiquiátrico quando o paciente surta, aí o paciente vem para cá e fica aqui durante o dia e aí chega o horário da gente sair, aí faz o que? A família não quer que leve para casa, o paciente as vezes está em surto, ele precisaria ao menos de 72 horas para que o medicamento faça efeito, para ele sair da crise e aí, o Hospital Regional aqui não tem, não aceita e aí como que fica essa questão? Eu acho que tem que acabar com o hospital mas eu acho que tem que ter outras estruturas para dar suporte, porque senão como é que tu vai fazer, as famílias não têm, algumas não querem, mas algumas não têm estrutura mesmo para levar um paciente em surto para casa, como vai lidar, se ele é agressivo.[...] De repente um CAPS III, que aí ele funcionaria 24 horas aí quem sabe diminuísse realmente as internações (E11)

essa troca que tem que ter e eu acho que tem que ser maior, tem que trabalhar PSF e saúde mental e atenção básica, mas ainda está truncado, [...], então tu pode gastar um tempinho, gastar, não é gastar tempo, mas é tu ter esse tempo de escuta que a pessoa necessite (E12)

Típico da ação

Com o emergir das categorias concretas do vivido, foi possível elaborar o típico da ação dos trabalhadores em relação às intenções voltadas aos usuários, que orientam as suas ações no CAPS.

No seu trabalho cotidiano no CAPS, a equipe de trabalhadores **espera promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários**, com os usuários obtendo melhoras em seu tratamento, com a promoção da saúde mental, da reinserção social desses usuários e com o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários. Além disso, os trabalhadores do CAPS esperam **melhorias na administração pública** no sentido de melhorar a atenção aos usuários do serviço, com maiores investimentos da Secretaria de Saúde ao CAPS e também uma maior valorização do serviço.

6.2.3 Análise compreensiva do típico da ação dos trabalhadores do CAPS

Após a apresentação das categorias concretas do vivido, com os discursos dos sujeitos, realizo a interpretação compreensiva de cada uma delas, remetendo às intenções que orientam as ações dos profissionais no CAPS. Para a interpretação compreensiva das informações utilizo o referencial da fenomenologia social, além de agregar a literatura relacionada com a saúde mental para enriquecer a discussão das informações.

Na categoria concreta **espera promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários**, os trabalhadores demonstram que com as suas ações no CAPS esperam que os usuários tenham melhora em seu tratamento, com a estabilização do quadro clínico e também a prevenção de crises dos usuários.

Os trabalhadores demonstram que, com as suas ações no CAPS, eles esperam a prevenção das crises dos usuários, além de que o transtorno mental dos usuários não se agrave, permanecendo estável.

a gente quer conseguir que o paciente permaneça como está, estável [...] prevenir as crises mais graves que é as que acabam resultando em internação (E1)

e que dê menos crises, como está sendo (E13)

que o paciente consiga chegar em um estágio da doença que se estabiliza (E7)

na verdade toda parte de mudança é lenta, mas a gente tem pacientes que a gente só tenta manter, evitar que venha a piorar [...] (E10)

Os trabalhadores, em seu cotidiano, têm a intencionalidade das suas ações em manter os usuários em um quadro estabilizado do transtorno mental, que os usuários não entrem em situação de crise, de agudização dos sintomas. Além disso, os trabalhadores reconhecem que as mudanças, quando se trabalha com saúde mental, ocorrem de maneira lenta e buscam que os usuários não precisem de internações psiquiátricas.

Identificam-se com essas falas, as intenções dos sujeitos em suas ações. Tais ações voltadas para que o usuário permaneça em um quadro estabilizado do transtorno mental demonstra que estas são uma forma de relevância intrínseca em

seu cotidiano, ou seja, uma ação que lhes desperta interesse. Schutz⁽¹⁶⁾ descreve um Sistema de Relevâncias que é determinado pelos nossos interesses à mão. É o nosso interesse à mão que motiva o nosso pensar, o nosso projetar e agir. Entretanto, não existe um interesse à mão isolado, mas sim uma variedade de interesses que chamamos na vida cotidiana de nossos planos, ou seja, são os planos de vida, de trabalho, de pensamento.

As regiões de relevâncias podem ser definidas em dois tipos de sistemas de relevâncias: o sistema intrínseco e o sistema imposto. Esses dois sistemas são tipos, construções que na vida cotidiana estão misturados com outros. As relevâncias intrínsecas são resultado de nossos interesses escolhidos, estabelecidos espontaneamente para resolver problemas por meio de nosso pensamento. Somos livres para decidir em que estamos interessados, mas esse interesse, quando estabelecido, determina o sistema de relevâncias intrínsecas com relação ao interesse escolhido. O interesse do qual as relevâncias intrínsecas dependem foi estabelecido pela nossa própria escolha e podemos, a qualquer momento, mudar o foco desse interesse e conseqüentemente modificar as relevâncias intrínsecas⁽¹⁶⁾.

Já as relevâncias impostas, estão fora do nosso controle, ocorrem sem a nossa interferência. As relevâncias impostas são as situações e eventos que não estão ligados a interesses por nós escolhidos, não surgem a partir da nossa vontade, e temos que aceitá-los exatamente como eles são, sem poder algum para modificá-los por meio das nossas atividades espontâneas⁽¹⁶⁾.

Outros trabalhadores também demonstram que com o seu trabalho no CAPS buscam transmitir aos usuários que o tratamento apresentará resultados no futuro, já que reconhecem que o tratamento em saúde mental caracteriza-se por ser de longo prazo, até pelo caráter crônico que os transtornos mentais apresentam.

eu espero que a gente consiga transmitir para eles que lá na frente vai ter um resultado disso tudo, porque é uma coisa a longo prazo [...] ou para o resto da vida [...]espero que lá na frente tenha algum reflexo (E7)

Apesar de alguns trabalhadores destacarem o caráter de cronicidade dos transtornos mentais e que visam um não agravamento da situação de saúde mental desses usuários, a equipe de trabalhadores também destaca que durante as suas ações, tem em vista a melhora dos usuários. Esses trabalhadores buscam, com o seu trabalho no CAPS, a diminuição de sintomatologia característica dos transtornos mentais e a promoção de uma recuperação na saúde mental dos usuários, como pode ser demonstrado nas seguintes falas:

Eu espero que melhorem [...] o que mais eu tenho em vista é o bom andamento dos pacientes [...], bem estar físico, bem estar mental deles (E4)

propiciando uma melhora na saúde mental do teu paciente (E6)

que eles possam melhorar, que a gente possa ajudar na atenção à saúde (E8)

vai aliviar os sintomas para ele poder se equilibrar (E9)

Eu espero, nossa que eu possa estar ajudando eles (E10)

A melhora deles [...] que eles se recuperem (E13)

Além desta busca para a estabilização da sintomatologia característica dos transtornos mentais e para a prevenção de crises, os trabalhadores demonstram que com as suas ações, eles esperam promover uma melhor qualidade de vida aos usuários.

dar um suporte melhor para ele ter uma qualidade de vida um pouco melhor [...] a gente faz mais é dar uma melhoria da qualidade de vida do paciente (E1)

É a melhora da qualidade de vida daqueles que me procuram, esse é o objetivo que eu tento com essas ações que eu desenvolvo aqui (E5)

que eles possam ir abrindo essas portas e vendo que eles podem ter uma vida boa também, eles podem ter qualidade de vida dentro das limitações deles (E10)

o que a gente espera é a melhoria da qualidade de vida do paciente, a melhoria no convívio familiar [...] vincular o paciente à sociedade para melhorar a qualidade de vida deles (E11)

Os trabalhadores, apesar de reconhecerem as limitações dos usuários, possuem a intencionalidade das suas ações, ou os *motivos para* destas, voltadas a uma melhor qualidade de vida dos usuários do serviço, que eles tenham um melhor relacionamento com os seus familiares e que também tenham uma melhor inserção na sociedade.

O comportamento humano é envolto de ações e os *motivos para* são o fim em razão da qual a ação foi realizada, eles referem-se ao futuro. Os *motivos para* possuem um significado subjetivo, pois referem-se à experiência do sujeito que está vivenciando algo, o motivo é a intenção de realizar algo projetado, alcançar um objetivo preconcebido e no caso destes trabalhadores do CAPS tal objetivo refere-se ao alcance da qualidade de vida dos seus usuários⁽¹⁶⁾.

Os trabalhadores da equipe consideram que seu trabalho de estar voltado para a promoção da saúde mental e não somente para a doença mental.

O que eu tenho em vista [...] é sempre buscar o potencial do paciente e de questionar com ele como ele está e como lidar com seus problemas [...] ele tem uma tarefa, um problema, pode ser uma doença X, mas a vida dele não se resume nisso, então eu trabalho em cima da saúde, não tanto na doença (E9)

Tal inversão da lógica de tratamento, de um tratamento que visava a doença mental e apenas a remissão da sintomatologia psiquiátrica dos sujeitos para um tratamento que valoriza a promoção da saúde mental e está centrado no sujeito que está em sofrimento surge com o movimento da reforma psiquiátrica brasileira e com a transformação do modo asilar para o psicossocial.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira pretende fazer uma ruptura com o modelo tradicional, o qual baseia-se no princípio doença-cura e compreende de forma predominantemente orgânica o processo saúde-doença, com estratégias de cuidado centradas na sintomatologia. A proposta que surge com a reforma, da estratégia atenção psicossocial, exige a superação desse paradigma para outro que compreenda o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos, que valoriza o usuário enquanto sujeito e que exigem uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a construção de uma rede de atenção integral⁽⁸⁴⁾.

Presume-se que os trabalhadores voltam o seu enfoque para a promoção da saúde mental utilizando-se do seu estoque de conhecimentos quanto as modalidades de atenção do modo psicossocial. O homem, na vida diária tem a qualquer momento um estoque de conhecimento à mão que lhe serve como um código de interpretações de suas experiências passadas e das atuais, e também determina sua antecipação das coisas que virão. O estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo e muda em termos de extensão e de estrutura. As experiências posteriores o enriquecem e o expandem⁽¹⁶⁾.

Entretanto, um dos trabalhadores, apesar de apontar que possui o objetivo conseguir trabalhar com a promoção em saúde mental, reconhece que ainda o seu trabalho está voltado para a doença mental, especialmente devido a gravidade do quadro dos usuários que chegam ao serviço.

eu vejo muito que a gente não trabalha na verdade com saúde mental, eu acho que a gente trabalha mais com doença mental [...] quando ele chega aqui ele já está nos últimos casos e a gente não consegue fazer um trabalho de prevenção por exemplo, e o meu grande objetivo é que um dia a gente possa fazer prevenção (E2)

Pode-se identificar que os trabalhadores ainda possuem dificuldades em conseguirem desenvolver um trabalho que promova a saúde mental dos usuários, apesar de reconhecerem a importância de não se voltarem somente para as questões da sintomatologia dos transtornos mentais.

Os trabalhadores esperam que com o desenvolvimento de suas ações no cotidiano do trabalho do CAPS consigam estimular os usuários a buscarem exercer a sua cidadania e as suas potencialidades fora do espaço do serviço. Essas ações incluem tanto o estímulo para que os usuários consigam organizar as suas tarefas domésticas, em suas casas, quanto ao estímulo para que procurem trabalhos na sociedade.

E meu objetivo é fazer com que eles sigam outro caminho lá fora, tenham uma vida melhor, a gente trabalha muito com eles e com a família também, mostrar para eles que eles têm capacidade de trabalhar com outras coisas (E3)

a maioria dos pacientes tem condições, que trabalharam fora e que tem condições da gente estar ali comandando eles e eles fazerem(E4)

estão desenvolvendo o seu potencial e estão podendo exercer a sua cidadania de criticar várias coisas que vão muito além das suas patologias, eles estão podendo olhar para as suas vidas e todo o contexto sócio-cultural, econômico e político, não apenas a questão biológica, biomédica que faz parte da sua doença, está sendo um exercício de trabalhar com potencialidades (E9)

Os trabalhadores demonstram que suas ações estão voltadas para a melhora das condições de vida dos usuários, para o investimento nas suas necessidades, além da promoção do exercício da sua cidadania e inserção em diversos espaços da sociedade. Essas ações dos trabalhadores se dão no âmbito do mundo da vida cotidiana, no qual o homem pode intervir e pode modificar enquanto age nele, no qual os sujeitos podem ser compreendidos pelos seus semelhantes e atuar juntamente com esses. Somente no mundo da vida cotidiana pode se constituir um mundo circundante, comum e comunicativo entre os sujeitos⁽⁶³⁾.

Os trabalhadores em suas ações buscam estimular a autonomia, o empoderamento e o auto cuidado dos usuários frente suas vidas. Com as falas dos trabalhadores identifica-se que em seu trabalho eles possuem a preocupação de que os próprios usuários re-adquiram a sua autonomia no seu cotidiano, o que pode ser estimulado, por exemplo, em oficinas terapêuticas e em visitas domiciliares.

o empoderamento dele das coisas dele, dele voltar a poder tomar conta dele mesmo, sozinho e de ele ver que ele tem essa capacidade [...] tu tens que ensinar a pescar [...] acho que as oficinas, os grupos terapêuticos são para isso, até em uma visita domiciliar, que tu tem a interação e tu vai fazendo ele achar novamente a sua autonomia (E6)

orientar eles a se cuidarem bem (E8)

a gente ajuda em tudo, para eles serem um pouco independentes (E13)

Com os movimentos pela reforma psiquiátrica vem se buscando atuar no sentido do empoderamento dos usuários e incremento de seu poder de contratualidade na sociedade⁽⁸⁵⁾. O empoderamento engloba um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia dos sujeitos. Em saúde mental, o empoderamento relaciona-se como uma perspectiva do fortalecimento do poder, participação e organização dos usuários e familiares no âmbito de cuidado em saúde mental, além de estratégias de defesa de direitos, de mudança da cultura relativa à doença e saúde mental, de exercício do controle social no sistema de saúde e de militância social⁽⁸⁶⁾.

Com o seu trabalho no CAPS os trabalhadores esperam estar promovendo a reinserção social dos usuários, para que eles tenham maior interação social, participem de diversas atividades da sociedade e também retornem ao mercado de trabalho.

orientar eles a ter participação social a terem melhores hábitos de vida a terem uma interação com a sociedade, a terem atividades, não ficarem só em casa, ter hobbies, tentar fazer alguma atividade física, por exemplo, não se restringir só a tomar remédios e ficar dentro de casa e vir para o CAPS (E8)

o avanço que eles têm de estar conversando sobre isso [...] eles vêem que eles conseguem fazer outras coisas, que tem muita oficina aqui, acaba inserindo eles na sociedade (E10)

o que a gente espera é [...] vincular o paciente à sociedade [...] e os que têm condições que eles voltem para o mercado de trabalho, que eles voltem a ter uma vida normal (E11)

tem uma praça aqui do lado, tem o centro de eventos, tem o estádio, tem a arena de esportes [...] tem as competições de natação que a gente vai poder levar eles, estar levando eles em outros espaços [...] o centro de eventos sempre tem exposições, tem coisas culturais que eles vão poder estar participando (E12)

Tais preocupações dos trabalhadores, ao terem as ações voltadas para a promoção da reinserção social dos usuários, faz-se fundamental em um serviço substitutivo como é o CAPS, já que esse não possui apenas o papel de atendimento voltado para o tratamento psiquiátrico, mas sim, possui um importante

objetivo de trabalhar com a reabilitação psicossocial dos usuários e a sua inserção nas mais diversas atividades da sociedade.

Os CAPS são dispositivos estratégicos na consolidação da reforma psiquiátrica e como instrumentos para a promoção da reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico. Tais serviços devem promover ações para possibilitar a reabilitação psicossocial de seus usuários, por meio de atividades comunitárias para a integração social dos sujeitos em sofrimento psíquico na comunidade. Para que o CAPS realmente promova essa reabilitação psicossocial é necessário o envolvimento e mobilização de usuários, familiares, trabalhadores do serviço e da comunidade em geral⁽⁵⁴⁾.

Os trabalhadores ainda destacaram a importância do estabelecimento do vínculo e uma maior interação social com os usuários. No trabalho em saúde mental o estabelecimento de vínculo dos trabalhadores com os usuários faz-se de grande importância.

Durante as entrevistas os trabalhadores destacaram que possuem a intenção de estabelecer uma relação de vínculo com os usuários, apesar de reconhecerem que esta tarefa nem sempre é fácil.

o vínculo deles, cada vez mais vínculo com a gente [...]você vê aquele vínculo que você cria e eles vem te procurar, isso é gratificante para a gente (E4)

eu acho que o vínculo que a gente cria com eles por si só isso já é bem, esse acolhimento já é uma expectativa, que uma coisa que a gente sempre espera, não é muito fácil, eles são bem fechados, então criar esse vínculo é o que a gente espera (E10)

Alguns trabalhadores destacam que possuem o objetivo de criar atividades grupais para os usuários, até para este momento poder se configurar em um espaço de maior interação social.

a parte de oficinas e grupos eu não estou participando ainda [...] de poder fazer grupoterapia, grupo terapêutico, poder participar das oficinas, poder ter essa interação [...] até de conhecer melhor o indivíduo, porque tu acaba interagindo mais (E6)

No trabalho em saúde mental, o estabelecimento de vínculo dos trabalhadores com os usuários faz-se de grande importância e representa a confiança que ambos possuem sobre os outros.

A compreensão geral que temos das vivências de outras pessoas se baseia em nossas próprias vivências. Uma vez suposta a existência do tu temos entrado no domínio da intersubjetividade⁽⁸⁷⁾.

Uma outra pessoa está ao alcance da minha experiência direta quando ela compartilha comigo um tempo comum e um espaço comum. Ela compartilha comigo um espaço comum quando está presente, pessoalmente, e eu estou consciente dela como tal. Ela compartilha um tempo comum quando sua experiência flui lado a lado com a minha, ou seja, quando estamos envelhecendo juntos. A situação face a face pressupõe uma simultaneidade real de cada uma das correntes de consciência distintas, é aquela que ocorre em um mesmo tempo e espaço⁽¹⁶⁾.

Na categoria concreta **Espera melhorias na administração pública**, os trabalhadores apontam que necessitam de maiores investimentos da secretaria municipal de saúde, para poderem ter condições de trabalho favoráveis e poderem prestar ações assistenciais qualificadas aos usuários.

eu não tenho muitas expectativas que esse nosso quadro vai mudar a curto prazo, quem sabe daqui uns 20 anos [...] talvez as pessoas já estejam olhando mais para a saúde mental como uma coisa realmente importante (E1)

O nosso CAPS deveria já ter uma sede própria [...] serviço precisa de adaptações, que os pacientes precisam disso e não tem [...] coisas que você gostaria de ter mais para trabalhar com eles, para fazer uma atividade boa com eles (E4)

a gente tem pouca oportunidade de extrapolar, as vezes o modelo é um pouco restrito no que o médico pode fazer e devido a demanda muito grande por consulta e as vezes como médico tu é muito requerido para fazer consulta, acaba que a gente poderia fazer mais coisas e acaba não conseguindo (E8)

Identifica-se que os trabalhadores têm a intenção de receberem melhores condições de trabalho, tanto em questões de estrutura física própria, como em

questões de verbas para aquisição de materiais para o desenvolvimento de atividades aos usuários. Além disso, um dos trabalhadores destaca que não consegue desenvolver as ações que gostaria pela grande demanda de atendimentos que lhe é solicitado.

As falas dos profissionais, quanto à estrutura do serviço, remetem-nos ao conceito de ambiência, o qual está relacionado com um espaço que visa a confortabilidade, privacidade e a individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando o ambiente, garantindo conforto aos usuários e trabalhadores, enquanto um espaço que propicia o exercício das subjetividades⁽⁸⁸⁾. A ambiência está relacionada com espaço físico entendido enquanto espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporciona atenção acolhedora, resolutiva e humana. Considera-se a ambiência como um espaço que permite considerar que no serviço cor, o conforto, a privacidade, o sentir-se acolhido e seguro e a oferta de espaços de expressão de subjetividades são determinantes no processo de atenção psicossocial⁽⁸⁹⁾.

Nas falas dos trabalhadores aparece a questão do recurso financeiro que é repassado aos CAPS e deveria ser destinado diretamente ao serviço, a qual parece que não está sendo exclusivamente destinada ao CAPS estudado. As falas dos trabalhadores inclusive demonstram que não estão confiantes com relação à maior valorização do serviço por parte da secretaria municipal de saúde e dos outros serviços do município.

Os trabalhadores também apontam que gostariam que o CAPS recebesse uma maior valorização por parte dos demais serviços da saúde do município, inclusive, que o serviço não fosse enxergado com um olhar preconceituoso e estigmatizante em decorrência de trabalharem com pessoas com sofrimento psíquico.

O meu sonho é que todo mundo, quem trabalha na atenção básica, até mesmo nas outras especialidades [...] se todos viessem e conhecessem o serviço, para ter um entendimento de como é [...] espero que eles vejam o CAPS de uma forma diferente, que não digam a casa dos louquinhos ou lá no lugar dos loucos (E12)

Os trabalhadores apontam em suas falas uma intencionalidade, uma intenção, que é identificada nas suas motivações quanto à forma com que gostariam que o serviço fosse enxergado pelos outros profissionais da saúde. Quanto aos motivos, especificamente os *motivos para*, relacionam-se com uma categoria essencialmente subjetiva. O projeto é o ato intencionado, imaginado como realizado e o *motivo para* é a condição futura de situações a serem realizadas pela ação projeto, em outras palavras, o *motivo para* relaciona-se com a atitude do ator vivenciando o processo de sua ação em desenvolvimento^(74,16).

Outros trabalhadores ao falarem sobre as intenções das suas ações no CAPS referem a necessidade de uma rede estruturada em saúde mental para dar suporte ao seu trabalho no CAPS.

Alguns trabalhadores destacam sobre a relação do CAPS com a atenção básica, sendo que um dos entrevistados discorre sobre a intenção da secretaria municipal de saúde em iniciar um projeto de matriciamento, envolvendo as equipes dos três CAPS do município e os trabalhadores da atenção básica. Além desse processo de matriciamento um entrevistado destaca a implantação dos Núcleos de apoio a Saúde da Família como uma forma de diminuir a demanda de usuários para o CAPS. Os trabalhadores apontam a importância da articulação da saúde mental com a atenção básica e a necessidade de uma maior escuta na rede básica aos sujeitos que buscam atendimento.

vai surgir o projeto de matriciamento, que a secretaria de saúde quer começar esse ano [...] para que os profissionais de CAPS, tanto AD, infantil e adulto dêem suporte para as equipes de saúde da família para atender a saúde mental [...] esse projeto de matriciamento, ele vai envolver todas as equipes dos CAPS para dar esse suporte [...] vai envolver desde o agente de saúde, o enfermeiro, como manejar os casos lá na unidade de saúde [...] estão sendo criados os NASF, que é o núcleo de apoio à saúde da família, onde tem psicólogos, enfermeiros, tem vários profissionais, então junto com essas equipes a gente vai planejar o matriciamento [...] é um projeto muito interessante que vai aliviar inclusive a demanda para o CAPS (E2)

Eu não vou acompanhar esse matriciamento, mas vou ficar por dentro de tudo porque eu estou no CAPS, com intermédio dos CAPS, com as unidades (E4)

essa troca que tem que ter e eu acho que tem que ser maior, tem que trabalhar PSF e saúde mental e atenção básica, mas ainda está truncado (E12)

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Essa metodologia de gestão do cuidado pode ser utilizada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar. O apoio matricial pretende disponibilizar retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, por meio da construção conjunta de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial⁽³³⁾.

Para que ocorra a integração das ações desenvolvidas pelo CAPS e pela ESF, é preciso que o CAPS conheça e interaja com as equipes de atenção básica de seu território e estabeleça iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre as principais necessidades de saúde mental no território. É fundamental esse trabalho de apoio matricial do CAPS para as equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; realize atividades de educação permanente sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica⁽¹²⁾.

Os CAPS, por meio da estratégia do apoio matricial, devem realizar um trabalho em conjunto com as equipes de Saúde da Família e trabalhar na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários. O matriciamento é fundamental para dar um suporte à atenção básica, em especial às ESFs, já que nessa, os sujeitos podem ser acolhidos, assistidos e ter a sua qualidade de vida melhorada. A ESF é um importante espaço para assistir a população no nível primário de atenção, possibilitando o desenvolvimento de ações de inclusão da família na atenção ao usuário⁽⁹⁰⁾.

Esta estratégia do apoio matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica vem sendo proposta pelo ministério da saúde, desde o ano de 2003, para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica⁽⁹¹⁾. No entanto, a saúde mental ainda tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação na ESF, o que pode dificultar a efetivação da assistência nessa estratégia⁽⁹²⁾. Além disso, as ações em saúde mental realizadas na ESF, ainda apresentam-se de forma

isolada e necessitam de articulação em sua operacionalização, para que tal estratégia de atendimento possa se constituir como um componente da rede de atendimento em saúde mental⁽⁹³⁾.

Outra estratégia que vem sendo implantada no município de Chapecó, para o matriciamento de saúde mental para a atenção básica, são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais possuem o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços. Os NASF constituem-se em equipes de profissionais de diferentes áreas com atuação em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde, atuando em diversas áreas, sendo a saúde mental uma delas⁽⁹⁴⁾.

Um dos trabalhadores também destaca as dificuldades enfrentadas quando há usuários em crise, pela falta de estrutura da rede em acolher estes usuários especialmente durante o período noturno.

se acabar com a internação em hospitais psiquiátricos, mas que estrutura que tem a família, que tem o município para não mandar para um hospital psiquiátrico quando o paciente surta, o paciente vem para cá e fica aqui durante o dia e aí chega o horário da gente sair, aí faz o que? A família não quer que leve para casa, o paciente as vezes está em surto, ele precisaria ao menos de 72 horas para que o medicamento faça efeito [...] Jo Hospital Regional aqui não tem, não aceita [...] Eu acho que tem que acabar com o hospital, mas eu acho que tem que ter outras estruturas para dar suporte.[...] De repente um CAPS III, que aí ele funcionaria 24 horas aí quem sabe diminuísse realmente as internações (E11)

Este entrevistado demonstra que concorda que os usuários não sejam encaminhados para hospitais psiquiátricos, mas que há necessidade de uma estruturação da rede para receber esses usuários em momentos de crise. Este participante da pesquisa aponta as dificuldades enfrentadas com o hospital geral do município que não realiza acolhimento de usuários em crise e coloca como uma possível solução a criação de CAPS III, que envolve atendimento nas 24 horas do dia, incluindo finais de semana.

Fica evidente a necessidade de o município estruturar a sua rede de apoio para situações de urgência em saúde mental, com instituições que disponibilizem atenção especialmente nos turnos em que os CAPS não se encontram em funcionamento, ou seja, à noite e finais de semana.

O estabelecimento de leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência⁽⁹⁵⁾.

Os leitos de atenção integral, preconizados pelo Ministério da Saúde para atendimento à usuários em crise são todos os recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno articulados à rede de atenção à saúde mental: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas. Tais leitos devem ofertar o acolhimento integral ao usuário em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é que essa rede de leitos de atenção integral se expanda e substitua a internação em hospitais psiquiátricos convencionais⁽⁹⁶⁾. Ainda é necessário expandir os leitos de saúde mental em hospitais gerais para a garantia de acesso aos usuários⁽⁹⁷⁾.

Os CAPS III são serviços ambulatoriais de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Neste serviço, além dos atendimentos normalmente preconizados para todos os tipos de CAPS, nesta modalidade está incluído acolhimento noturno, atendimento nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso ou observação⁽⁶⁾. Pode ser destacada como positiva a permanência do usuário com a mesma equipe de trabalhadores nos momentos de crise, pelo fato da existência de leitos nos CAPS III, sendo um importante diferencial em relação ao modelo hospitalocêntrico⁽⁹⁸⁾.

6.3 Reciprocidade de perspectivas entre o típico da expectativa do usuário e o típico da intenção do trabalhador

A partir da identificação dos *motivos para* dos usuários, ou seja, das suas expectativas quanto aos trabalhadores do CAPS e dos *motivos para* das ações dos trabalhadores no CAPS, ou seja, das intenções dos trabalhadores do serviço quanto às suas ações junto aos usuários busquei as convergências entre o típico da ação desses sujeitos, deixando emergir a reciprocidade de perspectivas entre eles.

Apresento então as convergências entre o típico da expectativa do usuário quanto aos trabalhadores do CAPS e o típico da intenção do trabalhador quanto às ações que desenvolve no CAPS. No momento em que há convergências entre o típico das ações dos usuários em buscar atendimento e entre o típico das ações assistenciais dos trabalhadores do CAPS, pode-se dizer que nesta relação social existe uma *reciprocidade de perspectiva*.

As *reciprocidades de perspectiva* consistem nas trocas possíveis de pontos de vista e a congruência dos sistemas de relevâncias entre os sujeitos. As reciprocidades referem-se a construções típicas de objetos de pensamento que resultam dos objetos de pensamento da experiência particular do sujeito com o seu semelhante. Com essas construções do pensamento do senso comum presume-se que o que é um pressuposto para um sujeito também é tido como pressuposto para seu semelhante⁽¹⁶⁾.

A tese geral da reciprocidade de perspectivas supõe que as idealizações que as construções tipificadoras de objetos de pensamento superam os objetos de pensamento de minha experiência privada e a de meu semelhante; é a pressuposição para um mundo de objetos comuns⁽⁶³⁾. Neste estudo esses objetos em comum localizam-se com as ações assistenciais em saúde mental desenvolvidas no CAPS, ou seja, se a oferta e a busca pelas ações convergem para os mesmos objetivos.

Inicialmente destaco as ações que os usuários apontam que recebem dos profissionais do CAPS e as ações que os trabalhadores elencam que desenvolvem no serviço.

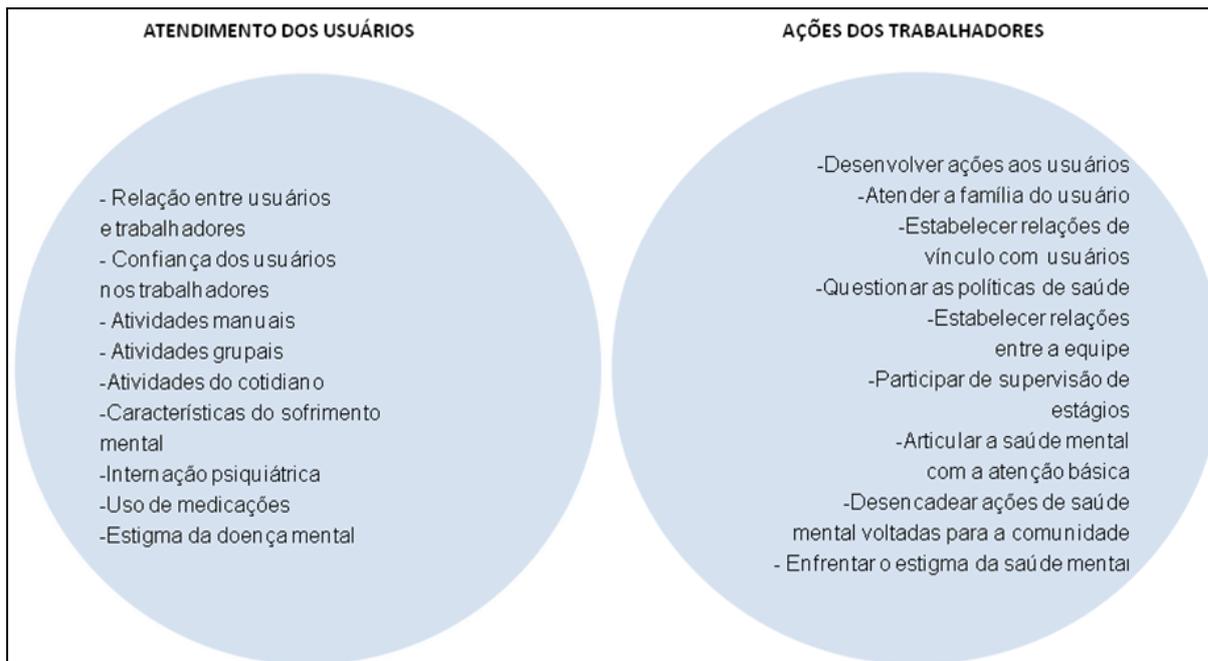


Figura 3- Síntese dos atendimentos relatados pelos usuários e ações desenvolvidas pelos trabalhadores do CAPS

É possível identificar que, quanto aos atendimentos que os usuários sinalizaram que recebem no CAPS, esses confluem em algumas questões com as ações que os trabalhadores apontam que desenvolvem no CAPS. Quanto a essas aproximações, elas surgem nas relações entre os usuários e trabalhadores, na relação de vínculo e confiança entre os usuários e trabalhadores; nas atividades desenvolvidas no serviço, como atividades manuais, grupais e atividades do cotidiano. Ainda, nas falas tanto dos usuários como dos profissionais há o apontamento para as questões ainda presentes na sociedade do estigma e preconceito envolvendo a saúde mental.

Entretanto, algumas questões que os trabalhadores pontuam que desenvolvem no CAPS não são identificadas nas falas dos usuários, podendo-se presumir que os usuários não reconhecem o desenvolvimento de tais atividades por parte dos profissionais. Dentre as ações que não surgem convergências nas falas dos trabalhadores e usuários, encontram-se as ações de saúde mental voltadas para a comunidade, expressas nas falas dos trabalhadores. Tais ações estão voltadas para o desenvolvimento de visitas domiciliares, o acompanhamento de pacientes para internação em outros municípios, o encaminhamento dos usuários para outros dispositivos da rede de saúde mental como, por exemplo, para

atividades de trabalho e o desenvolvimento de ações na comunidade como passeios e participação em atividades de lazer e cultura.

Sobre essas ações voltadas para a comunidade, apesar de os usuários referirem em suas falas sobre a ocorrência de internações psiquiátricas, eles não relacionam essas internações como uma ação que parte dos trabalhadores do CAPS. Outra ação de fundamental importância nos serviços substitutivos, a visita domiciliar, também não é pontuada pelos usuários, levando-nos à reflexão da periodicidade e da abordagem utilizada nesse tipo de ação. Uma ação pontuada na fala de uma usuária expressa as ações como passeios e o incentivo para que a usuário volte a frequentar a escola, como segue na fala a seguir:

tem os passeios que a gente sai, quinta que vem a X vai levar nós ali na praça para nós passear ali na praça [...] quando eu voltei no CAPS a professora daqui [...] ela que me fez eu voltar a estudar (U14)

Dada a importância dos CAPS enquanto dispositivos que visam proporcionar a reabilitação psicossocial, a inserção em diversos espaços sociais e a promoção da cidadania dos usuários, essas ações voltadas para o espaço da comunidade devem ser incrementadas pelos trabalhadores do serviço, de modo a que os usuários sintam-se contemplados com tais ações.

Schutz parte da constatação de que a realidade é construída socialmente através do conhecimento, ou seja, das diferentes atribuições de sentido que os sujeitos desenvolvem em determinados contextos⁽⁹⁹⁾. A partir desta realidade socialmente construída destaco a as reciprocidades entre os típicos das ações sociais de usuários e trabalhadores.

A partir da construção do típico da ação dos usuários em buscar atenção no CAPS e do típico da ação dos trabalhadores em desenvolver ações voltadas aos usuários, pode-se identificar as reciprocidades de perspectivas entre ambos.

Apresento, de forma sintetizada, na Figura 4 as expectativas dos usuários em relação aos trabalhadores do CAPS e as intenções das ações dos trabalhadores do serviço.



Figura 4- Síntese das expectativas dos usuários quanto aos trabalhadores do CAPS e às intenções dos trabalhadores

A partir da identificação dos *motivos para* dos usuários, ou seja, das suas expectativas quanto aos trabalhadores do CAPS e dos *motivos para* das ações dos trabalhadores no CAPS, ou seja, das intenções dos trabalhadores do serviço quanto às suas ações junto aos usuários busquei as convergências entre o típico da ação desses sujeitos, deixando emergir a reciprocidade de perspectivas entre eles.

De acordo com a tese geral de reciprocidade de perspectivas, pressuponho que o típico da ação do usuário e o típico da ação do trabalhador tem em comum um sistema de relevâncias, homogêneo em estrutura e conteúdo, que são, pelo menos em parte, congruentes⁽¹⁰⁰⁻¹⁰¹⁾.

Na figura 5 apresento as convergências expressas no típico da expectativa do usuário quanto aos trabalhadores do CAPS e no típico da intenção do trabalhador quanto às ações que desenvolve no CAPS. Na convergência entre o típico das ações dos usuários em buscar atendimento e entre o típico das ações assistenciais dos trabalhadores do CAPS, localizam-se as reciprocidades de perspectiva.

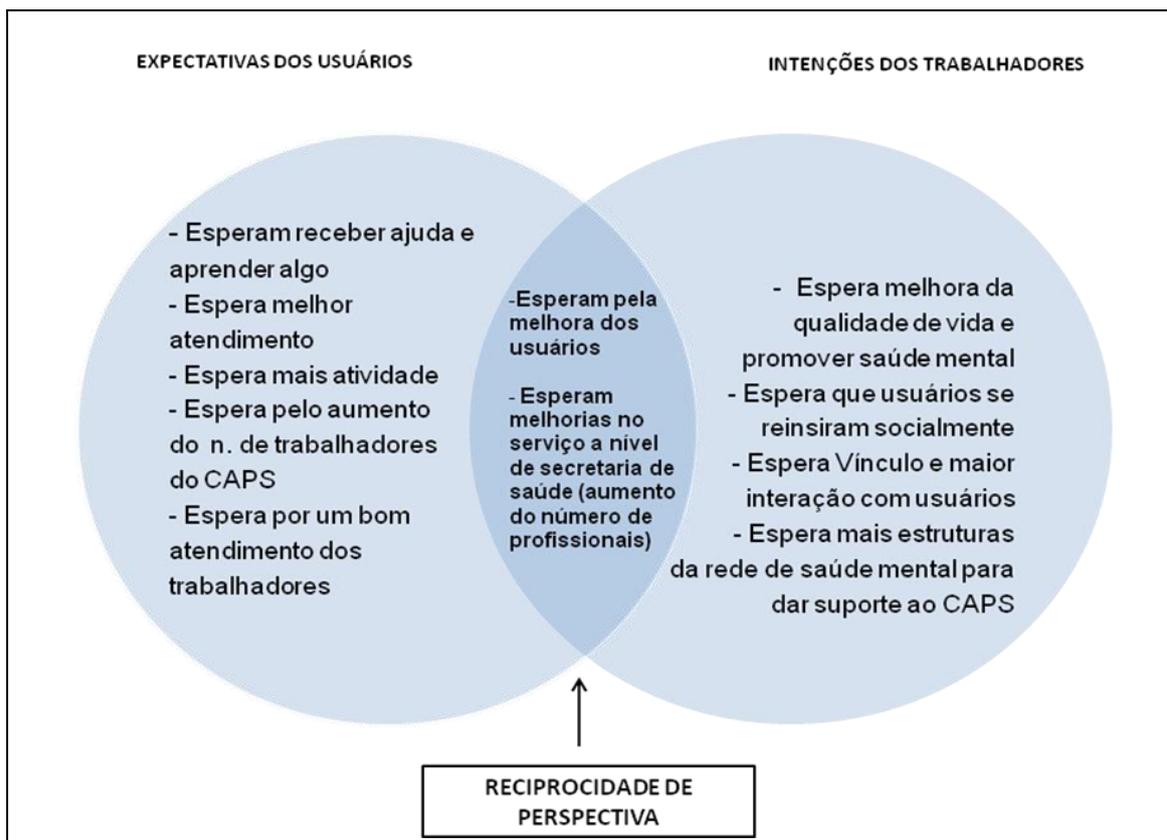


Figura 5- Convergências entre as expectativas dos usuários e intenções dos trabalhadores

Nas falas, tanto de usuários, quanto dos trabalhadores identifica-se a expectativa de que os usuários apresentem uma melhora e de que ocorram melhorias no serviço em nível de secretaria de saúde, de maneira a poder oferecer um melhor atendimento aos usuários. Quanto às expectativas dos usuários em melhorar, essas são expressas na necessidade de querer viver mais e evitar uma piora. Os trabalhadores expressam a intenção de que, com o seu trabalho, sejam evitadas crises nos usuários, que eles permaneçam estáveis, que os trabalhadores possam auxiliar na melhora da saúde mental, aliviar os sintomas, ajudar na recuperação e buscar o potencial dos usuários.

Quanto às expectativas dos usuários por melhorias no CAPS, essas estão expressas na necessidade que identificam de um número maior de trabalhadores no serviço. Eles também apontam a rotatividade frequente de trabalhadores no CAPS, o que pode prejudicar o vínculo usuário-trabalhador. Já os trabalhadores apontam a necessidade de mudanças estruturais no CAPS, como a aquisição de

uma sede própria; e também apontam para uma demanda elevada de atendimentos dos trabalhadores.

Considerando que o objetivo geral deste estudo consiste em discutir a relação social estabelecida entre o usuário e os trabalhadores que atuam no CAPS e que tal relação permeia tanto as ações quanto às expectativas destas, trago na figura 6 pontuado quando essa relação é expressa tanto pelos usuários como pelos trabalhadores.

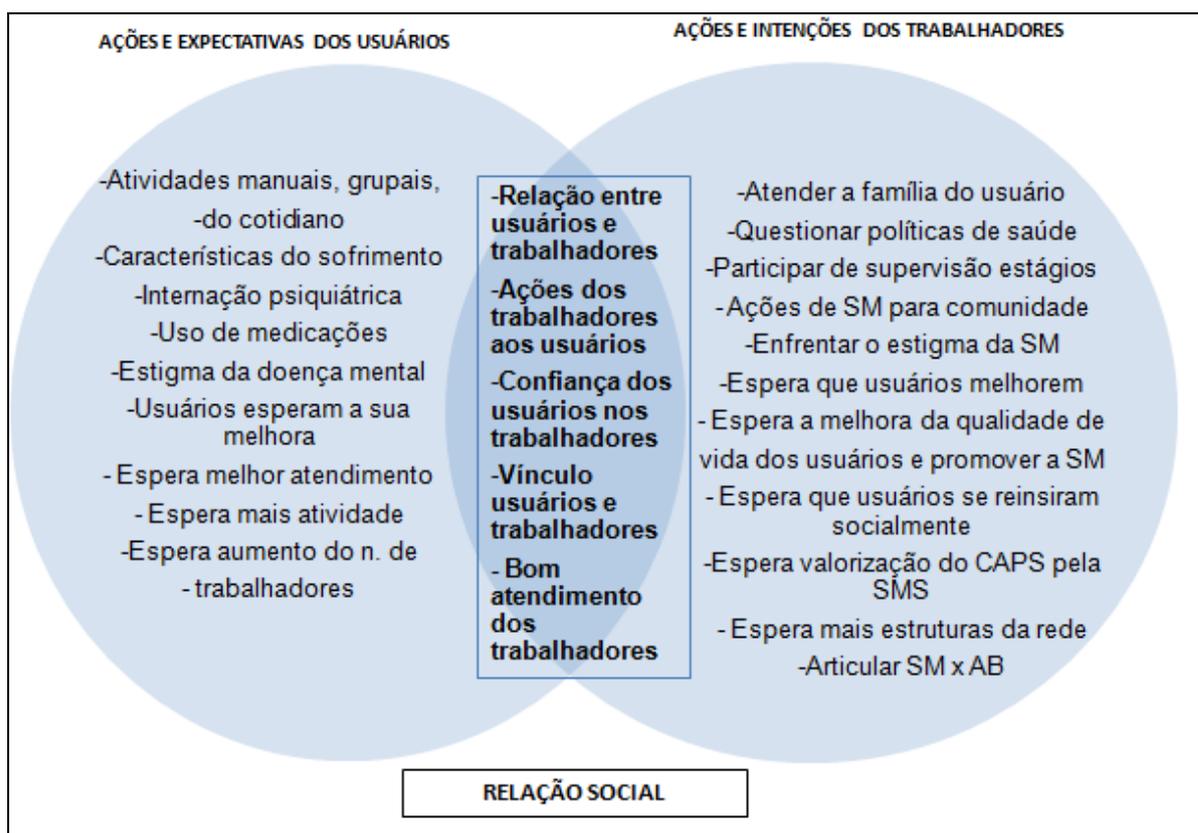


Figura 6- Convergências quanto ao relacionamento social entre usuários e trabalhadores

Destaca-se que para os trabalhadores, no momento da entrevista, não foi focado diretamente na questão da relação que estabelecem com os usuários, essa questão surgiu espontaneamente ao referirem-se às suas ações.

Os usuários, ao referirem-se aos trabalhadores, consideram que esses disponibilizam um bom atendimento, que são sujeitos com os quais gostam de conversar, que são prestativos, que oferecem ajuda e com os quais possuem uma relação de confiança e vínculo. Eles também demonstram o desejo de que os trabalhadores prestem um bom atendimento a eles.

Os trabalhadores expressam as ações que desenvolvem junto aos usuários, como atendimentos individuais, grupais, oficinas, suporte em atividades do cotidiano dos usuários. Os trabalhadores expressam a intencionalidade de suas ações em promover a autonomia e a qualidade de vida dos usuários e no estabelecimento de uma relação de vínculo com esses.

Além disso, a relação social estabelecida entre usuários e trabalhadores, sujeitos contemporâneos, que se encontram em um mesmo mundo social, é permeada pela atenção psicossocial que os trabalhadores desenvolvem no serviço, pela expressão de que os usuários podem obter ajuda dos trabalhadores, pela relação de confiança e estabelecimento vínculo que vai sendo construída no cotidiano do serviço. É fundamental que nesta relação social seja levada em consideração as necessidades de saúde, ou necessidades de cuidados dos usuários, para que os trabalhadores possam intervir e orientar suas ações para essas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa pesquisa tive o objetivo geral de discutir a relação social entre trabalhadores que atuam no CAPS e o usuário do serviço. Para chegar até esse, meus objetivos específicos incluíram conhecer as expectativas dos usuários quanto à assistência no CAPS e as intenções que orientam as ações dos trabalhadores deste serviço, para então buscar as convergências entre as ações dos usuários e dos trabalhadores.

Para tanto, este estudo foi norteado pela perspectiva da fenomenologia social de Alfred Schutz, o qual não busca estudar um sujeito em particular, mas sim pesquisar um grupo social e as características deste e, portanto é condizente de ser discutido em estudos de enfermagem em saúde mental, como no caso do presente estudo que esteve voltado ao grupo social de usuários e trabalhadores de um CAPS.

Durante o desenvolvimento deste estudo busquei agir em uma abordagem compreensiva, não fazendo pré-julgamentos ou tendo preconceitos com os sujeitos, de acordo com a perspectiva da redução fenomenológica, ou *epoché*. As inquietações quanto a essa temática originaram-se das vivências que tive com usuários e trabalhadores de CAPS, sobre a realidade social que esses se compartilham, além de serem originadas dos estudos, reflexões e discussões teóricas realizadas no âmbito da pós-graduação em enfermagem, especialmente durante as disciplinas e no grupo de pesquisa em enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Os questionamentos quanto a esta temática relacionavam-se com a maneira com que os usuários percebem o atendimento no CAPS, quais necessidades eles expressaram e quais as suas expectativas quanto aos profissionais do CAPS. Quanto aos trabalhadores os questionamentos estavam relacionados com a maneira com que desenvolviam suas ações e quais as intenções destas.

Quanto às características do grupo dos usuários entrevistados foi identificada a sua situação biográfica, a qual está relacionada com usuários em sua maior parte do sexo feminino, principalmente nas faixas etárias dos 20 aos 39 anos,

a maioria reside com familiares e possui ensino fundamental incompleto, estão em afastamento do trabalho ou recebendo auxílio doença, principalmente com diagnóstico médico de transtorno afetivo bipolar, em atendimento no CAPS há mais de seis anos.

Quanto à caracterização dos atendimentos que os usuários referem que recebem no CAPS, esta emergiu das aproximações entre as falas dos sujeitos, apontando para a atenção em saúde mental dos trabalhadores do CAPS, que envolve as relações e a confiança entre usuários e trabalhadores; para as atividades que desenvolvem no CAPS; e para a atenção relacionada com características que fazem parte do sofrimento mental.

Com a caracterização dos trabalhadores identificou-se que a maioria são do sexo feminino, principalmente nas faixas etárias dos 30 aos 49 anos, a maioria casados, com ensino superior completo, e grande parte com tempo de trabalho no CAPS que variou de um a cinco anos. Sobre as ações que este grupo desenvolve no CAPS elas se expressam em ações voltadas para os usuários e seus familiares, no desenvolvimento de vínculo com os usuários, no questionamento de políticas de saúde, no estabelecimento de relações entre a equipe, na supervisão de estágio e no enfrentamento do estigma da saúde mental. Além disso, há ações que desenvolvem voltadas para o espaço da comunidade.

Busquei discutir a relação social estabelecida entre usuários e trabalhadores, por meio da análise compreensiva das falas dos sujeitos acerca das ações desenvolvidas no CAPS. A partir das falas dos entrevistados foram expressos os *motivos para* dos usuários, ou seja, as suas expectativas quanto aos trabalhadores do CAPS e os *motivos para* das ações dos trabalhadores no CAPS, ou seja, as intenções dos trabalhadores do serviço quanto às suas ações junto aos usuários.

Com o emergir das categorias concretas do vivido foi possível elaborar o típico da ação dos usuários, o qual demonstra que as necessidade e expectativas dos usuários estão voltadas para a espera da sua melhora, pela expectativa de melhor atendimento, mais atividades e aumento do número de trabalhadores no CAPS e por um bom atendimento dos trabalhadores.

Já com relação ao típico da ação dos trabalhadores este se expressa na intenção dos trabalhadores em que os usuários tenham melhora em seu tratamento, que tenham melhora na qualidade de vida, na intenção da promoção da

saúde mental e da reinserção social dos usuários e no estabelecimento de vínculo e interação social com os usuários. Os trabalhadores também possuem a intenção de maior valorização do serviço por parte dos gestores municipais e um incremento nas estruturas da rede de saúde mental.

Quanto às convergências entre o típico da ação dos usuários e trabalhadores essas são identificadas na expectativa de que os usuários apresentem uma melhora e de que ocorram melhorias no serviço em nível de gestão municipal, visando um melhor atendimento aos usuários. Os usuários expressam suas expectativas em melhorar, na necessidade de querer viver mais e evitar uma piora. Os trabalhadores expressam a intenção de que com o seu trabalho sejam evitadas crises nos usuários, que possam auxiliar na melhora da saúde mental, aliviar os sintomas, ajudar na recuperação e buscar o valorizar o potencial dos usuários.

Quanto às expectativas dos usuários por melhorias no CAPS estas estão expressas na necessidade de um número maior de trabalhadores no serviço e que não ocorra muita rotatividade de trabalhadores no CAPS, o que pode prejudicar as relações estabelecidas entre usuário e trabalhador. Já os trabalhadores apontam a necessidade de mudanças estruturais no CAPS, como o investimento em uma sede própria e para a redução da demanda elevada de atendimentos dos trabalhadores.

Um fator importante que emergiu das motivações dos trabalhadores foi a espera destes pela reinserção social dos usuários, inclusive o retorno para o mercado de trabalho. Entretanto, neste ponto não houve convergência com as falas dos usuários, demonstrando que tal questão deve ser enfatizada com os usuários do CAPS, para que eles próprios tenham esta motivação e busquem por essa reinserção social.

Pude compreender a relação social estabelecida entre usuários e trabalhadores do CAPS, a qual é permeada pelos princípios da atenção psicossocial, pela expressão de que os usuários podem obter ajuda dos trabalhadores, pela relação de confiança e estabelecimento vínculo construída no dia a dia no serviço.

Destaco a relevância em estudos que estejam voltados para as necessidades dos usuários, as quais devem constituir-se no alvo tanto das ações dos trabalhadores, desenvolvidas no cotidiano do CAPS, quanto da formulação e

implementação de políticas públicas. Para tanto, é fundamental que na relação social estabelecida entre usuários e trabalhadores seja levada em consideração as necessidades de saúde, ou necessidades de cuidados dos usuários, para que os trabalhadores possam refletir e intervir sobre essas.

Neste estudo não assumo uma postura neutra, imparcial, ao contrário, minhas inquietações e motivações para a realização desta pesquisa ocorreram no sentido de buscar fortalecer o movimento da reforma psiquiátrica, e discutir maneiras de se qualificar a atenção em serviços substitutivos em saúde mental, como os CAPS que já se encontram em quantidade expressiva no país e estão em crescente ascensão, motivados pelas políticas públicas que norteiam a sua implantação.

Considero que estudos com tal temática são importantes para dar visibilidade a maneira com que vem ocorrendo à atenção em saúde mental nestas estruturas da rede e se estes estão cumprindo o seu papel de serem substitutivos ao modelo asilar e se vem contribuindo para a reinserção social dos seus usuários. Tais investigações são pertinentes até para envolver trabalhadores e usuários nas reflexões sobre a maneira com que o serviço está estruturado e para que construam juntos novas possibilidades de qualificar as ações deste.

Além do mais, o desenvolvimento de estudos no âmbito dos CAPS é importante para que a atenção em saúde mental seja desenvolvida de modo a contemplar as necessidades de saúde do usuário, favorecer práticas de inclusão na sociedade e evitar que nesses serviços e que se reproduzam antigas práticas manicomiais.

Considero que nos CAPS existem dificuldades, entraves, resistências para que o trabalho seja desenvolvido de forma efetivamente voltadas para o paradigma psicossocial de atenção, entretanto, considero que esta modalidade de serviço possui um potencial importante para a efetiva transformação do modo de lidar com os usuários. Além disso, tal tipo de serviço, na medida em que cada vez mais estiver inserido no espaço comunitário, poderá promover práticas inclusivas, desensibilizando os sujeitos para o preconceito ainda presente em nossa sociedade.

Nesta tese emergiram alguns pontos de convergência entre as expectativas dos usuários e as intenções dos profissionais. Entretanto, ainda há várias questões

que divergem entre os sujeitos. Compreendo que quanto mais pontos houverem de convergência entre esses dois grupos de sujeitos melhor será o resultado da atenção psicossocial desenvolvida no CAPS.

Assim, considero a pertinência de que mais estudos sejam desenvolvidos nos espaços dos CAPS, voltando-se o olhar para as necessidades dos usuários, de maneira a fortalecer este tipo de serviço junto a uma rede de atenção à saúde mental, para que se priorizem as potencialidades dos usuários.

REFERÊNCIAS

- 1 Kantorski LP. (Coord.) Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL). Relatório Final, 2008. 327 p.
- 2 Nasi C. Schneider JF. O Cotidiano de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Perspectiva da Sociologia Fenomenológica – Nota prévia. Online Braz J of Nurs. 2008, 7(2). Disponível em:<
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1628>>
Acesso em: 15 de maio de 2009.
- 3 Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 141-68.
- 4 Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Cienc. saúde colet. 2009;14(1):297-305.
- 5 Kantorski LP; Pitiá ACA, Miron VL. A reforma psiquiátrica nas publicações da revista “Saúde em Debate” entre 1985 e 1995. Rev Eletr Enferm 2002 [citado 12 mar 2009];4(2): 03-09. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília, 2002.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. Edição Especial: IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. 5(7). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 8 Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. Rev Esc Enferm USP 2008;42(1):127-34.
- 9 Nasi C; Schneider JF. Relacionamentos sociais no cotidiano de usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo fenomenológico. Online Braz J of Nurs [periódico na internet]. 2010 [citado 2010 jun 03]; 9(1). Disponível em:
http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2745/html_96.
- 10 Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001a. 178 p.
- 11 Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 13-18.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

13 Yasui S. A produção do cuidado no território: há tanta vida lá fora. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 4, 2010, Brasília. Anais eletrônicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1 Acesso em: 15 de março de 2011.

14 Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA de. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO; 2001. p. 113-126.

15 Oliveira DC. As necessidades Humanas e de Saúde e sua Apropriação no Campo da Enfermagem em Saúde Coletiva. In: Santos I, David HMSL, Silva D, Tavares CMM. Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva, Realidade, Questões e Soluções. São Paulo: Atheneu. 358p. 2008

16 Schutz A. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz.. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319p.

17 Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 117 p.

18 Alverga AR, Dimenstein M. Psychiatric reform and the challenges posed by deinstitutionalization. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2006; 10(20): 299-316.

19 Amarante P. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

20 Nasi C. O Cotidiano de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Perspectiva da Sociologia Fenomenológica. 2009.100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

21 Almeida Filho AJ, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. Rev. RENE 2009;10(2): 158-165.

22 Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Cienc. saude colet 2011; 16(4):2133-2143.

23 Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

24 Delaney KR. Psychiatric Mental Health Nursing and Health Care Reform: Learning to See the Playing Field. Archives of Psychiatric Nursing. 2009; 23(4):337-39.

25 Kantorski LP. Mental health care in Brazil. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002, 9: 251–253

26 Brasil. Ministério da Saúde. Lei Federal n.º 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial na área da saúde mental. Brasília, 2001

27 Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília: 2005. [citado 2009 out 03] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>.

28 Alves DS. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO, 2006.

29 Nunes M, Torrenté M de, Ottoni V, Moraes NV, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad saude publica*. 2008; 24(1):188-96.

30 Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, Olschowsky A, Wetzel C. conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Rev Min Enferm*. 2009;13(1): 139-146.

31 Pande MNG, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Cienc. saude colet*. 2011; 16(4):2067-2076.

32 Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Gaucha Enferm* 2009;30(4):692-9.

33 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad saude publica* 2007; 23(2): 399-407.

34 Filizola CLA; Milioni, DB; Pavarini, SCI A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Rev Eletr Enferm [periódico na internet]* 2008 [citado 2010 mai 15]; 10(2): 491-503. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8061/5828>.

35 Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA, Valencia E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Rev saude publica* 2009;43(Supl. 1):23-8.

36 Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, MachadoMS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Cienc. saude colet*. 2009; 14(1):159-164.

- 37 Nunes M, Torrenté M. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe . Rev saude publica 2009; 43 (supl 1): 101-108.
- 38 Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Cienc. saude colet. 2011; 16(4):2145-2154.
- 39 Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowky A, Schneider JF, Bielemann VL, Schwartz E, Coimbra VCC, Quevedo ALA, Saraiva SS. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. Rev saude publica 2009; 43(Supl. 1): 29-35.
- 40 Soares SRR, Saeki T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. Rev Lat Am Enfermagem 2006; 14(6).
- 41 Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev Lat Am Enfermagem 2003; 11(6): 786-91.
- 42 Moll MF, Saeki T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Lat Am Enfermagem 2009; 17(6): 66-72.
- 43 Cirilo LS, Oliveira Filho P. Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Psicologia Ciência e Profissão 2008; 28(2): 316-329.
- 44 Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thuné E, Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cad saude publica 2010; 26(4):807-815.
- 45 Teixeira Junior S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. Rev Gaucha Enferm 2009;30(3):453-60.
- 46 Liss P-E. Health Care Need: meaning and measurement. Aldershot: Avebury, 1993.
- 47 Liss P-E, Bub MBC. Incertainties in the identification of need for nursing care: conceptual obscurities. Texto & contexto enferm 2002; 11(2): 41-49, maio-ago.
- 48 Liss P-E. Allocation of scarce resources in health care: values and concepts. Texto & contexto enferm 2006; 15 (Esp): 125-34.
- 49 Cecilio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006, p. 37-50.

50 Tocantins FR, Rodrigues BMRD. Necessidades assistenciais em saúde: uma estratégia metodológica para enfermeiros. *Rev Enferm UERJ*. 1996;(n esp):113-8.

51 Ferreira VM, Tocantins FR, Nogueira ML. Enfermeiro e familiar de usuário de centro de atenção psicossocial: necessidades de saúde expressa. *Rev Gaucha Enferm* 2009; 30(2): 235-41.

52 Schneider JF, Camatta MW, Nasi C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. *Rev Gaucha Enferm* 2007; 28(4): 520-6.

53 Camatta MW, Nasi C, Schaurich D, Schneider JF. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz para as pesquisas em enfermagem – revisão de literatura. *Online Braz J Nurs [periodic na internet]* 2008 [citado 2008 set 01]; 7(2). Disponível em:<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/14>.

54 Nasi C, Schneider J. Actividades cotidianas de usuarios de un servicio de salud mental: una investigación fenomenológica. *Index Enferm [periódico na internet]* 2010[citado 2011 abr 15]; 19(4): 249-53. Disponível em:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

55 Popim R C, Boemer M R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13(6): 677-85.

56 Carvalho GM de, Merighi MAB, Jesus MCPde. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto & contexto enferm* 2009; 18(1): 17-24.

57 Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3): 367-73.

58 Chrizostimo MM, Rosas AMMTF, Alves L, Bartoly MG, Silva CMC, Alves EMC. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schütz. *Ciencia y Enfermeria* 2009;15(3): 21-28.

59 Campoy MA, Merighi MAB, Stefanelli MC. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13(2):165-72.

60 Camatta MW, Schneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(2):393-400.

61 Camatta MW. Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares. 2010. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

62 Schutz A. El problema de la realidad social. *Escritos I*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 327 p.

- 63 Schutz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 315 p.
- 64 Capalbo C. Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz. 2 ed. Londrina: 1998. 97p.
- 65 Nogueira ML; Tocantins FR. Profissionais de saúde não enfermeiros e a pessoa HIV infectada: contribuições para a enfermagem. Revista de Pesq.: cuidado é fundamental 2005; 9(1/2): 31-39.
- 66 Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- 67 Schneider JF. O ser esquizofrênico e a retomada do tempo: estudo fenomenológico. Goiânia: AB, 1996.
- 68 Schneider JF. Ser-Família de Esquizofrênico: o que é isto. Cascavel: Edunioeste, 2001.
- 69 Peixoto AD. A origem e os fundamentos da fenomenologia: uma breve incursão pelo pensamento de Husserl. In: Peixoto AD (org.) Concepções sobre Fenomenologia. Goiânia: editora da UFG, 2003. p. 13-31.
- 70 Aranha MLA, Martins MHP. Filosofando: introdução à filosofia. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1997. 395p.
- 71 Husserl E. A idéia da fenomenologia. Lisboa: Edições 70, 1990.
- 72 Borba JMP. Fenomenologia da literatura de auto-ajuda financeira e subjetividade. Anais de Trabalhos Completos - XV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2009. Disponível em:
<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/505.%20fenomenologia%20da%20literatura%20de%20auto-ajuda%20financeira%20e%20subjetividade.pdf> Acesso em: 20 de março de 2011
- 73 Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.
- 74 Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de cuidar do idoso. Rev Lat Am Enfermagem 2005; 13(6): 1019-26.
- 75 IBGE. IBGE Cidades @. 2007. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 14 de setembro de 2010.
- 76 Chapecó. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde – Gestão 2010-2013. Disponível em:
<http://www.chapeco.sc.gov.br/prefeitura0/secretarias/index.php?id_sec=1&pagina=texto.php&id_link=21&id_sublink=34&menu=menu_21>. Acesso em: 14 de setembro de 2010.

77 Sordi RC. As competências do enfermeiro no cuidado ao usuário dos Centros de Atenção Psicossocial de Chapecó-sc: uma abordagem fundamentada na teoria sistêmica. Monografia. [enfermagem] Curso de enfermagem Universidade Estadual de Santa Catarina. 2008

78 Merighi MAB. Trajetória Profissional das Enfermeiras Obstétricas Egressa das Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo: um enfoque da Fenomenologia Social. Rev Lat Am Enfermagem 2002; 10(5):644-53.

79 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

80 Brasil. Congresso Nacional. Lei dos Direitos Autorais nº 9.610. Dispõe sobre a alteração, atualização e consolidação da legislação sobre direitos autorais. Brasília, 1998.

81 Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. Abordagem da Fenomenologia Sociológica na investigação da mulher que amamenta. Rev Enferm UERJ 2009; 17(1):52-6

82 Amarante P, Torre, EHG. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Cienc saude colet 2001; 6(1): 73 – 85.

83 Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 55-59

84 Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate 2008; 32(78/79/80): 27-37.

85 Almeida KS, Dimenstein M, Severo AK. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. Interface - Comunic Saude Educ 2010; 14(34):577-89.

86 Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008

87 Schutz A. La construcción significativa del mundo social: introducción a la sociología comprensiva. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1993. 279 p.

88 Schneider JF, Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, Kantorski LP. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial Brasileiro. Ciencia y Enfermeria 2009; 15(3): 91-100.

89 Kantorski LP, Coimbra VCC, Silva ENF, Guedes AC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. Cienc. saude Colet. 2011;16(4):2059-2066.

- 90 Moura LS, Kantorski LP, Galera SAF. Avaliação e Intervenção nas famílias assistidas pela equipe de saúde da família. Rev Gaucha Enferm 2006; 27(1): 35-44.
- 91 Brasil. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários - inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: 2003.
- 92 Pereira MAO, Machado MP, Nascimento SABG. Inserção da saúde mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(1): 59-64.
- 93 Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2007; 60(4): 391-5.
- 94 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: 2008
- 95 Brasil. Ministério da saúde. Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992. Brasília: 1992.
- 96 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2011.
- 97 Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.
- 98 Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, ML, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev. Saúde Pública 2009; 43(1).
- 99 Kieling CG. A Fenomenologia de Alfred Schutz Aplicada à Comunicação: uma ponte entre o conhecimento e o mundo da vida. 2010 Anais do Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação- XI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/congresso/regionais/2010/sul/chamada.shtml>> Acesso em 20 de março de 2011
- 100 Tocantins FR. As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1993.
- 101 Nery TA; Tocantins FR. O enfermeiro e a consulta pré-Natal: o significado da ação de assistir a gestante. Rev Enferm UERJ 2006; 14(1):87-92.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do pesquisador.

Título do projeto: **A Relação Social entre Profissionais e Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**

Pesquisadores: Cíntia Nasi

Telefone para contato: 49 9986 2405

Orientador: Jacó Fernando Schneider

Telefone : 51 30130854

O Objetivo desta pesquisa é Discutir a relação social entre profissionais que atuam no CAPS e o usuário do serviço.

A sua participação na pesquisa consiste em responder um questionário que será realizado pelo próprio pesquisador, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____
 CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome e assinatura do sujeito: _____

APÊNDICE B - Caracterização Dos Usuários

Data: ____/____/____

Entrevista No: _____

- Sexo: _____

- Idade: _____

- Mora com quem? _____

- Escolaridade: _____

- Ocupação: _____

- Diagnóstico (CID10): _____

- Tempo de atendimento no CAPS: _____

- Regime de Atendimento no CAPS: _____

- Profissional de Referência: _____

- Porque foi encaminhado ao CAPS? _____

- Porque freqüenta o CAPS? _____

APÊNDICE C – Caracterização Dos Trabalhadores

Data: ____/____/____

Entrevista No: _____

- Sexo: _____

- Idade: _____

- Estado civil: _____

- Escolaridade: _____

- Profissão: _____

- Tempo de formação: _____

- Tempo de trabalho no CAPS: _____

- Formação em saúde mental: _____

APÊNDICE D – Questões orientadoras das entrevistas com usuários e trabalhadores do CAPS

Usuários:

1. Conte para mim sobre os atendimentos que você vem recebendo dos profissionais do CAPS.
2. O que você espera com relação aos profissionais do CAPS?

Trabalhadores:

1. Conte para mim que ações você desenvolve no CAPS.
2. O que você tem vista com essas ações?"

ANEXO I PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ
MANTIDA PELA FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DO
DESENVOLVIMENTO DO OESTE - FUNDESTE
CNPJ: 02.702.642/0001-08
IE: 254.344.747

AVENIDA SENADOR ATÍLIO FONTANA, 591 E
TEL: (49) 3321 8000 | FAX: (49) 3321 8263
CAIXA POSTAL: 1141
CHAPECÓ | SC | CEP: 89809-000

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador: **CÍNTIA NASI**
Orientadora: **PROF. DR. JACÓ FERNANDO SCHNEIDER**

Registro do CEP: **263/10**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ – analisou o protocolo de pesquisa Nº. 263/10, referente ao projeto de pesquisa: “A RELAÇÃO SOCIAL ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO** – pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Chapecó, 10 de DEZEMBRO de 2010

Prof.ª. Dr.ª. Eleci Terezinha Dias da Silva

Coordenadora do Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
End: Av. Sem. Atílio Fontana, 591-E, Bairro Efapi- Cep:89809-000 – Caixa Postal: 747- Chapecó – SC.

Email: cep@unochapeco.edu.br

ANEXO II
CARTA DE APROVAÇÃO DA COMPESQ



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: PG DR. 028/2010
Versão 10/2010

Pesquisadores: Cíntia Nasi e Prof. Jacó Fernando Schneider

Título: A RELAÇÃO SOCIAL ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 18 de Outubro de 2010.



Profª. Dra. Eliané Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ
Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEN - UFRGS