

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIELLE CRISTINA SILVA SOUZA

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO EM
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

GOIÂNIA, 2015

Termo de Ciência e de Autorização para Disponibilizar as Teses e Dissertações Eletrônicas (TEDE) na Biblioteca Digital da UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Adrielle Cristina Silva Souza		
E-mail:	enfeadrielle@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:		Sigla:	
País:		UF:	
		CNPJ:	
Título:	Avaliação da Estrutura e processos de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial		
Palavras-chave:	Saúde mental; Serviços de saúde mental; Avaliação de processos; Enfermagem psiquiátrica.		
Título em outra língua:	Structure assessment and work processes in a Psychosocial Care Center		
Palavras-chave em outra língua:	Mental Health; Mental Health Services; Assessment Processes; Psychiatric Nursing		
Área de concentração:	A Enfermagem no cuidado à saúde humana		
Data defesa:	06/03/2015.		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós- Graduação em Enfermagem.		
Orientador (a):	Elizabeth Esperidião		
E-mail:	betesper@gmail.com		
Co-orientador (a):*			
E-mail:			

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Adrielle Cristina Silva Souza

Assinatura do(a) autor(a)

Data: /.... /.....

¹Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

ADRIELLE CRISTINA SILVA SOUZA

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO EM
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Esperidião

GOIÂNIA, 2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

ADRIELLE CRISTINA SILVA SOUZA

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO EM UM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 06 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Esperidião– Presidente da Banca
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dr.^a Neusi Aparecida Navas Berbel – Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade Estadual de Londrina

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra– Membro Efetivo
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dr.^a Camila Cardoso Caixeta – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

À minha mãe, Maria Licioni da Silva, pelo amor, carinho e apoio com que me conduziu e amparou em toda minha trajetória. Minha sempre companheira.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir chegar até aqui.

A minha mãe, Maria Licioni, meu exemplo de ser humano, a quem eu tenho eterna admiração por sua alegria, força e fé. Dedicou sua vida para proporcionar o melhor estudo e educação a mim e ao meu irmão. E, que por muitas vezes abriu mão dos seus sonhos, para possibilitar e compartilhar os meus. A ela devo tudo.

Ao meu pai, José Pedro, meu herói. Agradeço por se fazer presente, me apoiando e incentivando a conquistar meus propósitos e pelo amor que sempre a mim dedicou, o qual me ampara e me dá forças.

Ao meu irmão, Pedro Henrique, que me esteou a iniciar esta empreitada, participando da construção deste trabalho e o enriquecendo com seu olhar crítico. Por sempre acreditar no meu potencial me incentivando a perseverar. E por ser o melhor amigo que alguém pode desejar.

Ao meu companheiro, Alberto Bonifácio, por me estimular em minha carreira. Pela presença, mesmo quando me fiz ausente, pela paciência, carinho, cumplicidade, amizade e amor, o qual me inspira a seguir em frente, em busca do melhor.

A minha tia-mãe, Maria Bonifácio, pelas palavras encorajadoras ditas nas horas certas. Por acreditar em mim, e por seu amor e dedicação.

As minhas eternas companheiras Fernanda Ribeiro, Larissa Ribeiro, Verônica Cordeiro, Natália Cordeiro e Fernanda Oliveira por me proporcionarem alegres distrações, cuidando da minha saúde mental.

Em especial à Natália, pelo trabalho e apoio na finalização deste estudo.

À amiga Edna por estar presente neste caminhar e pela força e apoio que tem me dedicado.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Elizabeth Esperidião, que de forma excepcional desenvolveu seu papel de professora e orientadora, conduzindo-me na construção da minha carreira, desde minha graduação e se tornou minha referência profissional. A quem tenho sinceros agradecimentos, pela amizade, companheirismo e pelos momentos de dificuldade ter me acolhido amorosamente. Obrigada, principalmente, pelo crescimento e amadurecimento que me proporcionou.

A equipe do Núcleo RECID Eurides Pinho, Camila Caixeta, Nathália Santos, Douglas José, Anna Carime, Ana Caroline, que tanto se empenhou para a

realização deste estudo. Agradeço a todos pelo companheirismo, dedicação, ensinamentos, troca de idéias e de pelo alívio das angústias nessa trajetória.

A amiga Eurides Pinho, pelo entusiasmo em que me ajudou, e pela grande contribuição na construção de cada artigo resultante desta pesquisa.

A professora Camila Caixeta pelas aventuras em nossa ida a Manaus, e pelas reflexões e conversas que tanto contribuíram na construção deste trabalho.

As acadêmicas Kamilla e Fernanda pela parceria, empenho e pelas horas e horas que se dedicaram a transcrever os dados obtidos na pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás, pela valorosa contribuição na minha formação, sendo exemplos de profissionais e pesquisadores.

Ao Professor Marcelo Medeiros, e Professora Ana Lucia Queiroz, por aceitarem participar da minha banca de qualificação, e por extensão, pelas grandes contribuições realizadas.

Aos meus colegas de turma no mestrado, pelas trocas constantes de informações, compartilhando momentos de aflição, pelos momentos de descontrações, em especial nos grupos de rede social, os quais permitiram dividir e aliviar muitas angústias.

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo, pelo protagonismo na construção e desenvolvimento deste trabalho. Pelo envolvimento e conhecimento empenhado na busca de transformação da realidade. Também agradeço pelo acolhimento e amizade, em especial pela grande aprendizagem, crescimento pessoal e profissional que me proporcionaram. A vocês devo esta experiência exitosa.

As gestoras do Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo que prontamente aceitaram o desenvolvimento deste trabalho no serviço que coordenam, apresentando-se como grandes parceiras e incentivadoras deste processo.

Enfim, aos amigos e familiares, que direta e indiretamente fazem parte desta vitória. Agradeço as orações e boas vibrações.

“De perto ninguém é normal. De muito,
muito perto, toda pessoa é encantadora!”

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
RESUMO	13
ABSTRACT	14
RESUMEN	15
APRESENTAÇÃO	16
1-INTRODUÇÃO	19
2-OBJETIVOS	28
2.1-Objetivo Geral	29
2.2-Objetivos Específicos.....	29
3-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE PESQUISA	30
Saúde Mental: história e perspectivas	31
Assistência em saúde mental no Brasil.....	34
Avaliação da Estrutura e Processos de Trabalho	41
Estrutura e Processos de Trabalho no CAPS: produzindo cuidados	42
4-CAMINHO METODOLÓGICO	51
4.1-Tipo de pesquisa.....	52
4.2-Referencial Metodológico.....	52
4.3-Local da pesquisa	57
4.4-Participantes da pesquisa	58
4.5-Processo de Coleta de dados	60
4.5.1-Aproximação com o campo.....	60
4.5.2-Oficina preparatória para inserção no campo	61
4.5.3-Inserção no campo.....	64
4.5.4-Coleta documental e entrevista.....	65
4.5.5-Planejamento dos encontros.....	66
4.6-Desenvolvimento do Arco de Maguerez	66
4.7-Análise dos dados.....	67
4.8-Aspectos Éticos	68
5-RESULTADOS E DISCUSSÃO	70

5.1- Perfil profissional dos participantes.....	71
5.2- Desenvolvimento do Arco de Maguerez	73
5.3-Artigos.....	81
Artigo 01: Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa	83
Artigo 02: Análise da dinâmica assistencial em um Centro de Atenção Psicossocial	105
Artigo 03: Avaliação do processo de trabalho dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial	124
Artigo 04: O Projeto Terapêutico Singular como ferramenta de cuidado	139
Artigo 05: Percepções dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o processo de transição da CAPS II para III	157
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
8-APÊNDICES	185
Apêndice I: Pôster para apresentação da pesquisa.....	186
Apêndice II: Folder informativo entregue aos participantes	187
Apêndice III: Roteiro da entrevista com a gestão do serviço	189
Apêndice IV: Planejamentos dos encontros.....	190
Apêndice V: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	195
9-ANEXOS.....	198
Anexo I: Roteiro para coleta de dados documental.....	199
Anexo II: Roteiro para orientar observação participante no serviço	204
Anexo III: Parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde	205
Anexo IV: Anuência do Conselho Diretor	206
Anexo V: Anuência da coordenação do serviço para realizar a pesquisa.....	207
Anexo VI: Autorização da coordenação para acesso a documentos institucionais	208
Anexo VII: Parecer do CEP/HC/GO	209
Anexo VIII: Questionário autoaplicável para os participantes	211

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Arco de Maguerez

Figura 2: Encontros grupais no desenvolvimento do Arco de Maguerez

Artigo 02

Figura 1: Fluxograma de atendimento do CAPS

Artigo 03

Quadro 1: Problemas identificados pelos profissionais do CAPS no desenvolvimento dos processos de trabalho e hipóteses de soluções justificadas. Goiânia, GO. 2014.

Artigo 04

Figura 1: Mapa conceitual representando as ações e justificativas relacionadas ao PTS.

Quadro 1: Apresentação sistemática dos resultados das etapas 1, 2 do Arco de Maguerez.

Quadro 2: Ações planejadas para a transformação da realidade.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos participantes de acordo com idade e gênero

Tabela 2: Caracterização dos participantes de acordo com formação acadêmica.

Artigo 01

Tabela 1: Categorias temáticas e seus respectivos desfechos.

Tabela 2: Relação da frequência dos desfechos nos artigos pesquisados.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD- Álcool e outras drogas

AM - Arco de Maguerez

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial infantil

CC- Centros de Convivência

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DS - Discussão do Esquema

DSM- Divisão de Saúde Mental

EM - Execução da Maquete

ER- Execução na realidade

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FEN - Faculdade de Enfermagem

HC - Hospital das Clínicas

MP - Metodologia da Problematização

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OM- Observação da Maquete

OMS- Organização Mundial de Saúde

OR - Observação da Realidade

PET - Programa De Educação Tutorial

PIBIC – Programa de Iniciação Científica

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PPG - Programa de Pós Graduação

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RECUID - Refletir para Cuidar: Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

RT- Residências Terapêuticas

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPAIS - Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA - Unidades de Acolhimento

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UEL- Universidade Estadual de Londrina

UFG - Universidade Federal de Goiás

RESUMO

O modelo de atenção em saúde mental vigente no Brasil busca atender aos portadores de transtornos mentais, respeitando e estimulando sua autonomia, priorizando o atendimento em serviços substitutivos, realizado por equipe multidisciplinar, com vistas à assistência integral aos usuários e familiares. Assim, este estudo objetivou avaliar a estrutura e processos de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Goiânia-GO, a fim de conhecer como estão desenvolvendo as práticas assistenciais, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa de intervenção, do tipo qualitativo, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II no período de fevereiro a agosto de 2014. Participaram 29 profissionais da equipe técnica e de apoio. O processo de intervenção foi mediado pela Metodologia da Problematização, guiado pelo Arco de Maguerez, composto por cinco etapas: observação da realidade; definição dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade. Os dados foram obtidos em 08 encontros pré-agendados, os quais foram registrados em gravador de voz digital, além da observação participante, entrevista com os gestores, registros em diário de campo e coleta de dados documentais. Na primeira etapa, observação da realidade, refletiu-se sobre as práticas desenvolvidas no serviço, levando a identificação dos problemas ali existentes. Na etapa referente a pontos-chaves foram detectadas as causas dos problemas que interferiam nos processos de trabalho no serviço. A teorização dos problemas e suas causas, correspondente à terceira etapa, aconteceu por meio de estudos dirigidos, os quais ofereceram embasamento teórico para a elaboração de hipóteses de soluções, construídas nos moldes dos planos de ações que foram aplicadas na realidade. Perceberam-se vários entraves no desenvolvimento dos processos de trabalho, de acordo com a perspectiva do modelo psicossocial, tais como dificuldades no desenvolvimento do projeto terapêutico dos usuários; relação interpessoal dos profissionais, interferindo no desenvolvimento do trabalho em equipe e na sua integração; ineficácia da rede de atenção psicossocial em Goiânia; falta de sistematização da assistência e transição de complexidade de atendimento do serviço não planejada de forma adequada. O estudo proporcionou reflexão das práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe da instituição, visando melhorias na assistência prestada aos usuários e seus familiares. O movimento de ação/reflexão/ação, tendo os participantes como protagonistas do processo, possibilitou maior envolvimento e engajamento dos profissionais na busca de (re)adequações do serviço, oferecendo crescimento mútuo, para a academia enquanto instituição de ensino e pesquisa, e para o serviço, enquanto unidade assistencial, obtendo reformulações em suas práticas, especialmente em relação ao acompanhamento do projeto terapêutico, organização interna da unidades, postura do serviço em relação à rede, e na integração de trabalho intraequipe.

Palavras-chave: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Avaliação de processos; Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

The current model of mental healthcare in Brazil aims at aiding people with mental disorders, respecting and encouraging their autonomy. It also prioritizes substitute services therapies, performed by a multidisciplinary team, which fully assists both patients and families. This study aimed to evaluate the structure and work processes in a Psychosocial Care Center in the city of Goiânia-GO, in order to know how they develop healthcare practices based upon the Psychiatric Reform. It is a qualitative intervention research, developed into a Psychosocial Care Center type II from February to August 2014. Twenty-nine professionals from the technical and support staff participated in the research. The intervention process was mediated by the Problematization Methodology, led by the Arch of Maguerez, and consists of five steps: observation of reality; definition of the key points; theory; solution of assumptions and application to reality. Data were obtained in 08 pre-scheduled meetings, which were recorded in digital voice recorder, as well as participant observation, interviews with managers, field research journals and documentary evidence collection. In the first stage, observation of reality, the practices developed in the service were taken into consideration, leading to identification of problems there. In the step regarding the key points, the causes of problems that interfered in the work processes in the service were detected. The theorization of the problems and their causes, which corresponds to the third step, was carried out through directed studies. These studies offered theoretical basis for building solutions, built along the lines of the action plans that have been applied in reality. Several obstacles in the development of work processes were noticed, according to the perspective of the psychosocial model, such as difficulties in the development of user's therapeutic project; interpersonal relationship between professionals, which interfered in the development of teamwork and their integration; ineffectiveness of psychosocial care network in Goiania; lack of systematization of care and transition complexity of call service not planned properly. The study provided reflection of the care practices developed by the staff of the institution the main goal was to improve the care provided to users and their families. The process action / reflection / action, with the participants as process protagonists, allowed greater involvement and engagement of professionals in the search for (re) adjustments of the service, providing mutual growth: to the university as a teaching and research institution, and to the care services, as assistance centers. Thus, reformulations in their practices were driven, especially those related to the monitoring of the treatment plan, internal organization units, in relation to the network service approach, and to the integration of teamwork.

Keywords: Mental Health; Mental health services; Assessment processes; Psychiatric nursing.

RESUMEN

El modelo de atención en salud mental vigente en el Brasil busca atender a los portadores de trastornos mentales respetando y estimulando su autonomía con prioridad el atendimento en los servicios substitutivos realizados por una equipo multidisciplinar con vista a la asistencia integral de los usuarios y de la familia. Así el estudio tiene el objetivo de evaluar la estructura y el proceso de trabajo en un Centro de Atención Psicosocial del municipio de Goiânia GO con el objetivo de conocer como están desarrollando las prácticas asistenciales, en la perspectiva de la Reforma de la psiquiatría. Tratase de una investigación cualitativa, desarrollada en un Centro de Atención Psicosocial del tipo II en el período de febrero hasta agosto de 2014. Participaron 29 profesionales de la equipe técnica y del apoyo. El proceso de intervención fue mediado por la metodología de la problematización, guiado por el Arco de Maguerez, compuesto por cinco etapas: observación de la realidad; definición de los puntos llaves, teorización; hipótesis de solución y aplicación en la realidad. Los datos fueron obtenidos en ocho encuentros con fechas marcadas, los cuales fueron registrados con grabadora/magnetón de voz digital, registros en los diarios de campo y colecta de datos documentales. En la primera etapa observación de la realidad, reflejase sobre las prácticas desarrolladas en el trabajo, llevando a la identificación de los problemas allí existentes. En la etapa que refiere a los puntos llaves fueron dictados las causas de los problemas que interfiere en los procesos de trabajo en el servicio. La teorización de los problemas y sus causas correspondientes a la tercera etapa ocurrió por medio de estudios dirigidos, los cuales ofrecen basamento teórico para la elaboración de hipótesis de soluciones, construidas moldes/ patrón de acciones que fueron aplicadas en la realidad. Detectaron varios lastre en el desarrollo de los procesos de trabajo, de acuerdo con la perspectiva del modelo psicosocial, tales como dificultades en el desarrollo del proyecto terapéutico de los usuarios; relación interpersonal de los profesionales interfiriendo en el desarrollo del trabajo en equipe y en la suya integración; ineficacia de la red de atención psicosocial en Goiânia; falta de sistematización de la asistencia y transición de complejidad de atendimento del servicio no planeado de forma adecuada. El estudio proporcionó una reflexión de las prácticas de cuidado desarrolladas por la equipe de la institución buscando mejorar la asistencia prestada a los usuarios y sus familiares. El movimiento de acción/ reflexión/acción tuvo los participantes como los protagonista del proceso, posibilitó mayor involucramiento de los profesionales en busca de (re)adecuaciones del servicio ofreciendo crecimiento mutuo para la academia mientras institución de ensino e investigación y para el trabajo, mientras unidad asistencial obtenido reformulaciones en sus prácticas, especialmente en relación al acompañamiento del proyecto terapéutico, organizaciones internas de las unidades, posturas del servicio en relación a la red y la inteligencia del trabajo en equipe.

Palabras clave: Salud mental; Servicios de salud mental; Procesos de evaluación; Enfermería psiquiátrica.

APRESENTAÇÃO

Em 2008 ao ingressar na graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, objetivava atuar na área da saúde cuidando das pessoas. O cuidar se faz interessante devido ao fato de que é necessário conhecer e compreender o ser humano em sua singularidade, com suas histórias e peculiaridades.

Ao passar pelas disciplinas de saúde mental e psiquiatria, percebi que estas áreas do cuidado me despertaram maior interesse em relação às demais vividas na graduação. Então, em 2010, me inseri no Programa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Goiás (UFG) quando participei de uma pesquisa na área da saúde mental. Esse estudo me possibilitou conhecer a trajetória de lutas e árduo desenvolvimento da psiquiatria, assim como a transição da assistência manicomial para a atenção psicossocial.

Nesta ocasião, pude participar de um projeto de pesquisa que visava caracterizar os serviços de saúde mental do Estado de Goiás, o qual apontava algumas lacunas que poderiam ser minimizadas com possíveis contribuições frutos de investigação voltada para as necessidades e demandas assistenciais desta região do país.

Assim, após me graduar, vi no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPG/FEN/UFG) a oportunidade de enveredar ainda mais no mundo da pesquisa para desenvolver projetos que pudessem cooperar para a área da saúde mental, tornando possível meu desejo de seguir na carreira acadêmica.

Ao ingressar como aluna regular do PPGENF/UFG construí junto a minha orientadora o presente estudo, no intuito de compreender os processos de trabalho desenvolvidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Goiânia e intervir de forma positiva, visando melhoria no serviço.

Acredito que ao desenvolver uma pesquisa intervenção, bons frutos serão colhidos no serviço cenário da pesquisa, como também poderão refletir nos demais serviços da rede de saúde, havendo avanços na assistência aos usuários e suas famílias.

O CAPS no qual se desenvolveu o estudo encontrava-se em período de mudanças do ponto de vista organizacional e reestruturação de funcionamento.

Nesta perspectiva, este estudo revelou-se oportuno para discutir e refletir esse processo junto aos profissionais de saúde atuantes no serviço.

Considerando o processo de mudanças pelo qual a instituição estava passando e o tipo de investigação proposta, consideramos oportuna a maior aproximação com o campo, no sentido de compreendê-lo de maneira mais fidedigna, além de firmar relação de confiança com os profissionais ali presentes. Nesta perspectiva, fiz uma imersão no serviço por um período de mais de trinta dias, observando e participando diretamente do cotidiano.

Por fim considero importante destacar que este estudo é fruto de profundo interesse e afeição à área de saúde mental e por acreditar que a assistência ao portador de transtorno mental alcançará o nível de qualidade muito discutido na literatura, que aos poucos vemos refletidos na prática, que busca respeitar o indivíduo em suas singularidades, tratando-o no meio social.

A presente dissertação está estruturada de acordo com as etapas de um estudo científico.

Na introdução é apresentado o tema, a proposta e justificativa de realização desta pesquisa. O referencial teórico está dividido em quatro partes que trazem contribuições da literatura para a compreensão do objeto do estudo: saúde mental: história e perspectivas; assistência em saúde mental no Brasil; avaliação da estrutura e processos de trabalho e estrutura e processos de trabalho no CAPS: produzindo cuidados.

O caminho metodológico está apresentado de forma lógica, cronológica e detalhada para que seja possível a análise crítica dos dados encontrados.

Para a apresentação dos resultados optou-se pelo formato de artigos. Desta forma foram elaborados cinco artigos, atentando para os objetivos da pesquisa em continência ao referencial teórico utilizado.

As considerações finais referem-se sobre o desenvolvimento do estudo e suas contribuições.

1- INTRODUÇÃO

Historicamente a área que trata de questões da psiquiatria é caracterizada pela violação dos direitos humanos, por práticas desumanas e omissão da sociedade. Daniela Arbex (2013) compara o tratamento vivido nos hospícios aos campos de concentração no holocausto.

Ao longo do tempo, o portador de transtorno mental era retirado do contexto social após um ou mais episódios de sofrimento e surto, sendo submetido a regras hospitalares frias e rígidas. Frente a essa situação, eclodiram-se críticas ao tratamento dessas pessoas, iniciando em todo o mundo a Reforma Psiquiátrica, visando, especialmente, a desospitalização com novas práticas de assistência em serviços substitutivos inseridos no território (FERRO, 2009).

No Brasil, o processo de análise e insatisfação ao modelo manicomial inicia-se na década de 1970, tomando força com a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), sancionada em 2001, após doze anos de tramitação (CORDEIRO; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

A partir daí, as Políticas Públicas de Saúde Mental vão sendo delineadas rumo ao modelo de Atenção Psicossocial, frontalmente oposto à reclusão e condutas discriminatórias às pessoas acometidas por algum tipo de transtorno ou sofrimento mental.

Nesta direção, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços abertos, de base comunitária, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade, oferecendo cuidados diários e diversificados. Os CAPS preconizam o atendimento territorializado, com inclusão da família no tratamento e/ou reabilitação, orientando o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente, com respeito à sua subjetividade (MIELKE *et al.*, 2009).

De acordo com a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde os CAPS são diferenciados em tipos de clientela atendidas (transtornos mentais, álcool e outras drogas, e infanto-juvenil) e em modalidades de serviços (tipo I, II ou III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS tipo I possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. A equipe técnica mínima exigida para o atendimento de limite máximo de 30 pacientes por dia deve ser composta por um médico, um enfermeiro, mais três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio. Seu funcionamento é em horário comercial, das

08 às 18 horas, durante os cinco dias úteis da semana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS tipo II tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes. A equipe técnica mínima para o atendimento do limite máximo de 45 pacientes por dia deve ser composta por seis profissionais de nível superior (destes, obrigatoriamente um deve ser médico psiquiatra e um deve ser enfermeiro com formação em saúde mental), além de seis profissionais de nível médio. Seu funcionamento é das 8:00 às 18:00 horas, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS tipo III possui capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção à saúde contínua, 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada em sete dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias. Como recursos humanos, deve possuir ao menos dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, mais cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio.

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: três técnicos/ auxiliares de enfermagem e um profissional administrativo. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por um profissional de nível superior, três técnicos de enfermagem e um profissional de nível médio. Sua capacidade de atendimento é o limite máximo de 60 pacientes/dia, em regime intensivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Há também o CAPS infantil, especializado para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de álcool e outras drogas. Possui como referência uma população de cerca de 200 mil habitantes ou critérios epidemiológicos. Funciona das 8 às 18 horas, podendo estender até às 21 horas, nos cinco dias úteis. Realiza atendimento de no máximo 25 crianças e/ou adolescentes por dia. Sua equipe técnica mínima é composta por um médico (psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental),

um enfermeiro, mais quatro profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para atender pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, tem-se o CAPS álcool e outras drogas, do tipo II ou III. O CAPS ad II possui capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70 mil habitantes. Possui funcionamento diário no horário comercial, podendo se estender até às 21 horas, de segunda a sexta-feira. Atende no máximo 45 clientes/dia. Como equipe mínima deve possuir um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, mais quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS ad III, por sua vez, destina-se a atender adultos, crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. Este serviço atende um grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes. Funciona durante as 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Possui limite máximo de 60 pacientes por dia. Como equipe mínima deve ter um médico clínico, um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, mais cinco profissionais de nível superior, quatro técnicos de enfermagem, quatro profissionais de nível médio, e um administrativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para os períodos noturnos, a equipe mínima será acrescida dos seguintes profissionais: um profissional de saúde de nível universitário (preferencialmente enfermeiro); três técnicos de enfermagem e um profissional de atividades de natureza administrativa. No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um profissional administrativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Estes serviços devem desenvolver a atenção em saúde mental, segundo as orientações da Reforma Psiquiátrica, que se baseiam também nos princípios da humanização da assistência, não reduzindo a pessoa a sinais e sintomas, mas a totalidade do sujeito. Além disso, a assistência psicossocial engloba estratégias nos espaços sociais, e não apenas no ato médico ou psicoterapêutico do consultório, utilizando diferentes pontos, heterogêneos, do campo social (TORRE; AMARANTE, 2001).

Independente do tipo de CAPS, todos devem pautar suas ações na perspectiva do modelo psicossocial. Porém, ainda depara-se com grandes

dificuldades para concretizar a desinstitucionalização do cuidado, já que muitas vezes esta proposta se reduz à mera desospitalização, sem a real desconstrução do hospital psiquiátrico, havendo apenas deslocamento das ações manicomiais para os serviços substitutivos (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Somente a criação de estratégias e de serviços substitutivos não garante a reabilitação psicossocial do usuário em sofrimento psíquico (DUARTE *et al.*, 2012). Para ser eficiente, necessita da alta qualificação dos profissionais envolvidos. É neste sentido que a formação, a especialização e a educação continuada de recursos humanos se tornam condutas chaves para o êxito das políticas nessa área (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). Assim, facilita a apreensão de conceitos e ações fundamentadas no modelo psicossocial, considerando o território em que os serviços estão inseridos, a população atendida e a rede disponível (SILVA *et al.*, 2013).

O aumento da acessibilidade ao cuidado em saúde mental no Brasil após a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é fato inquestionável, porém necessita de avanços, uma vez que ainda não dispomos de um patamar satisfatório de recursos assistenciais no país (PITTA, 2011).

Depara-se com várias dificuldades relativas aos recursos humanos dos CAPS, como baixos salários, entraves burocráticos para a realização de projetos inovadores, precárias condições de trabalho, falta de espaços para reflexão das práticas e falta de investimentos financeiros com vista à consolidação e à qualificação da atenção psicossocial (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Assim, muitas críticas são dirigidas ao processo de Reforma Psiquiátrica em andamento, por questões que vão desde uma suposta ideologia antipsiquiátrica, passando pela insuficiência técnica dos serviços até desembocar na lentidão do processo (GAMA, 2012).

Para que os CAPS apresentem o atendimento desejado segundo a PNSM - oferecendo suporte clínico, promovendo reinserção social dos usuários, inclusão da família no projeto terapêutico, projeto terapêutico efetivo, inserção dos dispositivos sociais no projeto terapêutico (para trabalho e lazer), articulação em rede e fortalecimento do matriciamento - é necessário que os profissionais tenham compreensão do modelo psicossocial de atenção em saúde, e sejam preparados para desenvolver ações que promovam o funcionamento com qualidade.

Diante disso, faz-se necessário o aperfeiçoamento das equipes buscando qualificar seus processos de trabalho apesar das limitações estruturais, primando pela resolutividade dos serviços (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Frente às dificuldades vistas na condução do modelo de atenção psicossocial e da complexidade dos processos de trabalho que devem ser desenvolvidos em um CAPS, indaga-se como estão atualmente as atividades nestes serviços, pois se desconhece qual caráter os profissionais estão dando a eles, assim como sua organização interna e sua relação com a sociedade no município de Goiânia.

No Estado de Goiás e em Goiânia somente a partir de 2008 foram realizados estudos nestes serviços, inseridos no programa de Mestrado Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Um estudo foi desenvolvido com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS) e o outro, desenvolvido no interior do estado, com a anuência e apoio da Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde (SPAIS), mais especificamente com a área técnica em Saúde Mental do Estado de Goiás.

Foram vários os desdobramentos destas investigações, sendo que uma delas tratou especialmente dos aspectos relacionados à estrutura dos serviços, com implicações no desenvolvimento dos processos de trabalho. Entre seus resultados evidenciou a falta de recursos humanos, físicos e materiais para a implementação das atividades, além da carência de educação permanente aos trabalhadores. A capacitação profissional por natureza favorece o agregar competências, necessidade constante para formar e manter os recursos humanos qualificados e cientes das diretrizes da PNSM (SILVA *et al.*, 2013).

O estudo realizado nos CAPS dos municípios do interior do Estado de Goiás encontrou precários investimentos em recursos humanos, no qual 68% dos serviços não possuíam equipe mínima preconizada, apresentando premente necessidade de fortalecimento dos vínculos empregatícios, remuneração condizente com o desempenho profissional, de melhorias das condições de trabalho, além da capacitação dos seus profissionais (SILVA *et al.*, 2013a). É visto a necessidade de formar e manter os recursos humanos qualificados, cientes das diretrizes da PNSM (SILVA *et al.*, 2013b).

Os resultados destas iniciativas reforçam a ideia que os investimentos voltados aos profissionais podem representar a possibilidade de melhorias na

qualidade que a assistência psiquiátrica em saúde mental necessita para contemplar, de forma significativa as premissas da política vigente (SILVA *et al.*, 2013).

Mesmo com o desenvolvimento desses estudos, a área de saúde mental ainda carece de outras investigações, que contribuam para a visibilidade do panorama assistencial visando, sobretudo, a qualidade dos serviços existentes a partir das readequações de suas atividades.

Considerando que o CAPS é serviço ordenador em sua área de atendimento, urge a necessidade de, além de caracterizá-lo, avaliar suas ações e processos de trabalho, buscando subsídios de encontrar formas de otimização das práticas desenvolvidas pelos gestores e profissionais nele envolvidos.

No contexto da saúde, Avedis Donabedian (1969) propõe a análise da qualidade dos serviços de saúde em três dimensões: estrutura, processo e resultado. A análise da estrutura consiste na avaliação dos instrumentos do cuidado e da sua organização, inclui as propriedades de instalações, equipamentos, recursos humanos e financiamento. A análise do processo consiste em avaliar o cuidado em si (analisar todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes). A avaliação dos resultados consiste na avaliação dos produtos finais, normalmente especificada nos cuidados em termos de saúde do paciente, bem-estar e satisfação.

Portanto, após analisar a literatura brasileira depois da promulgação da lei que norteou a RPB, especialmente em relação à saúde mental/atenção primária, recursos humanos e terapêutica em saúde mental, percebe-se a necessidade de avaliar os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais do CAPS. Esta etapa é importante e decisiva para efetivação da assistência psiquiátrica conforme preconizam as políticas públicas em saúde no Brasil.

Se o corpo profissional do serviço não for qualificado e preparado para atender segundo o modelo de atenção psicossocial, as atividades desenvolvidas podem não apresentar finalidades terapêuticas para os usuários, ou até mesmo, representar manicomialização do serviço, visto que o processo de desinstitucionalização não ocorrerá de forma efetiva, resultando em assistência sem eficácia e sem qualidade.

Sendo assim, se fez viável uma pesquisa problematizadora com finalidade construtiva para o serviço, para os usuários e para a equipe multiprofissional.

Espera-se que os resultados e progressos oriundos desse estudo possam trazer elementos que contribuirão para readequações no desempenho profissional, com melhorias na qualidade da assistência prestada aos usuários e suas famílias.

Enfatiza-se que a busca pela qualidade nunca pode acabar, constituindo um processo rigoroso e exigente (DONABEDIAN, 1969). Para tanto, se faz necessário realizar uma investigação participativa para detalhar o funcionamento do serviço, tendo em vista desenvolver medidas que maximizem a qualidade da assistência.

Os CAPS precisam ser problematizados diariamente, avaliando seus processos de trabalho e suas estruturas para o pleno desenvolvimento das suas atividades, de modo que, estes serviços não devem ser vistos apenas como um lugar que hospeda, trata e que promovem os cuidados básicos ao indivíduo, como alimentação, medicação ou lazer (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

A assistência em saúde mental ainda se depara com a necessidade de resolutividade e efetividade em suas práticas. Seu atual contexto conjuga grandes desafios e dificuldades para seu alcance. Assim, para esclarecer o tal fato, cabe questionar como os profissionais contribuem para a atual situação de atendimento em saúde mental (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2012).

A partir da avaliação sistemática da estrutura e processos de trabalho dos profissionais do CAPS, é esperado que os resultados possibilitem atingir melhorias no atendimento, por meio de readequações e/ou reflexões no desenvolvimento do trabalho. Vislumbra-se que os desdobramentos deste estudo reflitam tanto nos demais serviços de Saúde Mental do município de Goiânia quanto em todo o País, na medida em que os conhecimentos neste sentido sejam oportunamente divulgados.

Após explanar o panorama da saúde mental, resta saber se a PNSM está sendo aplicada nos municípios, e se seus pontos essenciais estão sendo efetivados. Eventos recentes no campo da saúde mental mostram que, após o período de avanço significativo, talvez o processo de reforma psiquiátrica tenha ficado mais lento diante de novas dificuldades. O que se espera do processo da reforma é que ela abandone por completo o modelo anterior, eliminados os resquícios das práticas atuais (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

De tal modo, faz-se importante problematizar as práticas desenvolvidas nos serviços, questionando: Como as práticas assistenciais do CAPS estão sendo

desenvolvidas? Quais barreiras estão dificultando o avanço da proposta do modelo psicossocial?

Diante dessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia foi procurada pelos pesquisadores, a fim de estreitar a parceria na execução deste estudo, muito além da simples anuência ao seu desenvolvimento. Ao final, este estudo ofertará resultados acerca das potencialidades do serviço de saúde mental, como também fragilidades que devem ser trabalhadas e as readequações conquistadas.

O presente estudo é uma das iniciativas do grupo de pesquisa RECUID - Refletir para Cuidar: Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental, vinculado ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. Está inserido na linha de pesquisa Gestão e Formação de Recursos Humanos para a Integralidade do Cuidar em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação, Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

2- OBJETIVOS

2.1 – Geral

Avaliar a estrutura e os processos de trabalho dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental, no município de Goiânia.

2.2 – Específicos

- Conhecer a dinâmica assistencial do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental;
- Avaliar os processos de trabalho dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental;
- Analisar a dinâmica de construção e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental.

3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE PESQUISA

Saúde mental: história e perspectivas

Conhecer a história da assistência na área da saúde mental se faz importante para pautar a análise crítica da forma de pensamento e organização social em relação à loucura atualmente (TORRE; AMARANTE, 2001).

A psiquiatria nasceu dentro do hospital, em torno da ideia de isolamento do sujeito portador de adoecimento mental. Na segunda metade do século XVIII, na França, Philippe Pinel tido como fundador da psiquiatria, via no hospital um lugar ideal para a observação, a descrição e a intervenção do alienado mental, partindo do princípio de que o isolamento e o controle rígido do ambiente tinham uma função terapêutica fundamental para o tratamento da doença mental (MENEZES; YASUI, 2013).

Pinel define como alienação a incapacidade do sujeito de partilhar do pacto social, que tem alterada a sua possibilidade de juízo, ou seja, o sujeito que está fora de si, fora da realidade. Assim, o alienado como incapaz da verdade é, conseqüentemente, perigoso para si e para os demais (TORRE; AMARANTE, 2001).

Através do conceito de alienação, a sociedade relaciona-se com a loucura com o ideário de internação do louco, sob a égide da segregação e da opressão. A institucionalização é princípio universal, tendo como tratamento a reeducação moral, pois o isolamento é visto como terapêutico devido à instituição ser organizada de forma a afastar as influências maléficas, morbígenas, que causam e agravam a alienação. Assim, a institucionalização é o instrumento de cura (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012; TORRE; AMARANTE, 2001).

O tratamento manicomial é explicado devido ao seguinte entendimento:

O hospício, através do isolamento terapêutico, permite a possibilidade da cura e do conhecimento da loucura a um só tempo. O isolamento é ao mesmo tempo um ato terapêutico (tratamento moral e cura), epistemológico (ato de conhecimento) e social (louco perigoso, sujeito irracional) (TORRE; AMARANTE, 2001, p.75).

Assim, ao longo de toda a modernidade, o louco considerado inapto, imoral, ou mesmo indisciplinado, foi submetido à exclusão, mantido fora do convívio social. No entanto, na passagem do século XIX para o XX, as formas de tratamento aos doentes mentais foram alvo de fortes críticas, sendo que, no período Pós-Segunda Guerra Mundial, tais críticas se intensificaram, ao relacionarem as formas de

tratamento a campos de concentração, remetendo às questões dos direitos humanos e dos direitos à cidadania (OLIVEIRA, 2011).

A crítica ao modo opressor e a promessa de cura das doenças mentais causaram a crise do paradigma tradicional da psiquiatria, desencadeado na Reforma Psiquiátrica no mundo, com os diferentes enfoques, objetivos e até mesmo sentidos que ela tem assumido, nos diversos contextos sociais (SILVA *et al.*, 2012).

Estas críticas se apresentaram junto a propostas de reforma assistencial, representadas pelas comunidades terapêuticas, antipsiquiatria, psiquiatria preventiva e psiquiatria democrática italiana. Porém, tais propostas tiveram duração ligeira, com exceção da psiquiatria italiana (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Percebe-se que a história da loucura, caracterizada pelo asilamento e medicalização da loucura, que buscava a normatização do sujeito, levou a críticas, originando novas perspectivas de entendimento do fenômeno da loucura (TORRE; AMARANTE, 2001), surgindo assim a antipsiquiatria, em defesa dos portadores de transtornos mentais, dos seus direitos, em respeito a seu sofrimento psíquico. Este movimento social configurou-se numa corrente cuja característica principal, além de negar a psiquiatria tradicional, era promover formas alternativas de tratamento do sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2011).

Os movimentos sociais surgem como uma tendência contra-hegemônica que politiza as desigualdades sociais moldadas por práticas sociais e culturais; como uma concepção alternativa à cidadania desengajada. Justamente por politizar questões sociais, os movimentos refizeram as fronteiras do político e da democracia, indo além do modelo representativo, com seus partidos, instituições e Estado (AMARANTE; DIAZ, 2012, p.84).

A desconstrução do manicômio necessariamente deve transpor o contexto institucional, não reduzindo, apenas, à desospitalização. Deve-se atingir a desinstitucionalização, sendo este o objetivo mais amplo, sujeito de questionamentos nas instituições, pois é a desconstrução com transformação cultural (TORRE; AMARANTE, 2001).

É necessário atentar-se para o processo de desconstrução com olhar crítico, devido aos seus riscos embutidos na ideologia da troca de paradigma psiquiátrico, podendo manter a discrepância de poder entre os atores sociais vinculados ao tratamento em saúde mental (BARROSO; SILVA, 2011).

Nesta perspectiva, a Reforma Psiquiátrica mundial foi e tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, como em todos os processos que envolvem transformações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais (BOSCAGLIA, 2010).

Assim, é esperado no processo da Reforma Psiquiátrica o resgate da cidadania do doente mental, do respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como única possibilidade. Prevê auxílio na retomada de sua autonomia e na reintegração do sujeito à família e à sociedade. Vê-se como esse processo é complexo, pois não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte, sem preocupação com a adequada reinserção psicossocial (FORTES, 2010).

Atenta-se para a reinserção social, pois apesar das mudanças em andamento, ainda prevalece o estigma em relação ao portador de transtorno mental, muitas vezes, visto como incapacitado o suficiente para tomar decisões (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012), podendo assim comprometer o processo de autonomia, e resignificação do sujeito.

A estigmatização ao portador de transtorno mental é constantemente percebida no mundo do trabalho, na sensação de afastamento dos familiares e amigos, nos momentos e espaços de lazer, na novela que exhibe a loucura como castigo por mau comportamento. Diante disto, campanhas informativas podem se configurar como possibilidade para seu enfrentamento. Além da integração pela cultura, a aproximação com outros movimentos culturais é uma saída já apontada nos estudos (AMARANTE; DIAZ, 2012).

A cultura manicomial enraizada pela história da loucura ainda persiste na mentalidade da sociedade e das instituições, pois foi construída e vivida durante anos, não sendo destruída facilmente. No entanto é preciso manter o processo de constante reflexão e desenvolvimento de saberes sobre a loucura e seu lugar social instituído pela Reforma, não se deixando vencer por comodismo, apatia e ceticismo (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

Para o senso comum, os doentes mentais ainda são cuidados nas instituições, vigiados, alimentados e medicados pelos técnicos, em regime de internação, que protege a todos- sociedade, familiares e pacientes. Tal dimensão

cultural e ideológica deve ser superada, e se pensar em uma sociedade sem manicômios, rompendo com o histórico de mais de 200 anos (AMARANTE; DIAZ, 2012).

A desinstitucionalização de fato só irá se processar a partir da criação de novas relações com a loucura, por meio de mudança das relações institucionais internas, somados a novas subjetividades e um novo lugar para o sujeito louco, produzidos em relação com o meio social (TORRE; AMARANTE, 2001).

Atualmente é urgente a necessidade de produzir uma nova cultura que não apenas tolere o transtorno mental, mas que o aceite como uma condição inerente ao ser humano, para que se busquem respostas técnicas e científicas que não desqualifiquem ou punam quem já enfrenta limites para compreender o mundo. A ressignificação do sentido da loucura, como uma realidade humana que faz interseção com os diversos campos do universo, precisa ser cultivada como cultura, refletindo no direito de cidadania (SILVA *et al.*, 2012).

Assistência em saúde mental no Brasil

A assistência psiquiátrica no Brasil, como nos modelos externos, tratou os portadores de transtornos mentais por meio da exclusão do convívio social, retirando os seus direitos, o que acarretou em dívidas sociais, por submeter estes sujeitos ao modo institucionalizado (FORTES, 2010).

Em algumas regiões do Brasil é relatado existência de pressão social no sentido de forçar a internação dos portadores de transtornos, para retirá-los das ruas, ação esta operacionalizada por meio das autoridades policiais, nas capitais e no interior das províncias. De tal modo, percebe-se que o processo de institucionalização aqui, foi caracterizado pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e a legitimidade da reclusão em hospícios (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

A partir de 1978, no final da ditadura militar e início da redemocratização da sociedade brasileira, surge no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica. Contrapondo o antigo modelo assistencial, os movimentos sociais conquistaram a possibilidade de se organizar e se manifestar sem a repressão dos anos anteriores. Iniciou assim, a mudança da relação do louco com a sociedade, por meio do reconhecimento da pessoa com transtorno mental, no estatuto de cidadania,

ganhando projeção a luta por seus direitos civis, sem desconsiderar seus direitos sociais (ROSA; CAMPOS, 2013; VASCONCELOS, 2012).

Os movimentos sociais se formaram através de uma construção coletiva, a qual articulou várias organizações, tais como sindicatos e partidos políticos. Estes movimentos reivindicaram seus direitos nos espaços públicos, onde muitos personagens sociais excluídos ou subalternos ganharam força e visibilidade no alargamento do campo político (AMARANTE; DIAZ, 2012; MENEZES; YASUI, 2013).

Os movimentos sociais precisam, ainda, encontrar uma linguagem política para as suas lutas, pois cada uma delas revela o esforço de parte da sociedade para se emancipar de um mal social considerado repugnante para os que estão engajados (AMARANTE; DIAZ, 2012, p.84).

Já nos anos 1990, com a redefinição do papel do Estado, há uma nova relação entre sujeitos dos movimentos e Estado, ou seja, no lugar de práticas clientelistas e assistencialistas, criaram-se fóruns de negociação, no qual as demandas populares ganham espaço nas políticas públicas (AMARANTE; DIAZ, 2012; MENEZES; YASUI, 2013).

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi um passo fundamental para a busca da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Vale ressaltar a influência da diversidade de interpretações teóricas que permearam as alterações nas políticas públicas de saúde mental no Brasil (BARROSO; SILVA, 2011).

A psiquiatria comunitária norte-americana, baseada em intervenções na comunidade e na prevenção de internações, constituiu a principal referência para os primeiros programas e serviços extra-hospitalares em saúde mental na década de 1980, no Brasil. Já a reforma italiana, desde 1990, é referência para os setores mais progressistas da psiquiatria mundial e para a OMS (Organização Mundial de Saúde). Ela passou a ser adotada como principal estratégia política para a Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da criação do Movimento Antimanicomial, em 1987. O movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica no Brasil reúne uma pluralidade de tendências teóricas e clínico-assistenciais em sua constituição (VASCONCELOS, 2012).

A Reforma Psiquiátrica brasileira defende os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. Infere o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental; garante o direito do usuário de ser participante ativo

em sua terapia; resguarda que os usuários devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Além da inclusão, este movimento contesta o modo de lidar com a doença mental contrapondo-se à prática repressiva produzida pela Psiquiatria tradicional (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011).

A reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, respaldada pelas portarias ministeriais, despontaram na criação de uma rede de cuidados em saúde mental, incluindo CAPS, ambulatórios em saúde mental, Centros de Convivência (CC), leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, emergências em pronto-socorro geral e residências terapêuticas (RT) (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

A construção de uma política pública intersetorial para álcool e drogas, e também para crianças e adolescentes, contribuiu para reinserir essas pessoas na sociedade por meio do programa De Volta para Casa. Assim, conseqüentemente houve redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, já que os pacientes que permanecem por longos períodos nas clínicas voltam para seus lares (AMARANTE; DIAZ, 2012).

A instituição de programas como o De Volta para Casa e das Residências Terapêuticas devolve o direito do portador de transtorno mental a residir em uma casa, sem as regras e rotinas praticadas em uma instituição hospitalar, desvinculando a imagem do tratamento por isolamento da sociedade, (con)vivendo no meio social, que por extensão, possibilita a prática de seus direitos e de sua cidadania, respaldados por lei. Além disso, favorece a reaproximação dos sujeitos com seus familiares, evidenciando que o usuário tem capacidade de viver em um lar e que os cuidados familiares por vezes serão suficientes (MARTINS *et al.*, 2012).

Em contraponto, com a restrição do acesso às internações psiquiátricas, a responsabilidade maior recai sobre a família, que se não bem assistida, não tem estrutura para suportar, ocasionando assim, famílias desestruturadas. Ao passo que reduzem as internações, as políticas públicas devem oferecer todas as formas de atendimento às famílias junto aos portadores de transtorno mental, ou seja, tal assistência é imperiosa ao Estado (AMARANTE; DIAZ, 2012).

O processo de mudança de modelo assistencial no Brasil pode ser identificado nos dados sobre a diminuição de leitos psiquiátricos, na extensão da rede CAPS e no perfil de custos do programa. Em decorrência da mudança de paradigma em nível nacional o número de leitos vem caindo ano a ano. Em 1996 o

país contava com 72.514 leitos, já em 2010 com 32.735. Foram desativados mais de 50% dos leitos psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS) (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Ainda há várias críticas à proposta de readequação na saúde mental brasileira. Muitos afirmam que esta não instituiu mecanismos claros para a extinção dos manicômios, provocando desospitalização em massa sem a implantação de uma rede capaz de atender a demanda. Porém, para os defensores da Reforma Psiquiátrica, esta impõe um novo rumo ao processo de reestruturação assistencial (ARBEX, 2013).

É perceptível a expressiva transformação no campo da saúde mental, no qual o portador de transtorno mental passa a ser sujeito político e social. Nessa perspectiva, o objetivo da transformação assistencial na saúde mental não deve ser reduzido a um processo restrito a mudanças administrativas ou técnicas dos serviços (TORRE; AMARANTE, 2001).

Entretanto a Reforma Psiquiátrica está carregada de contradições, sendo necessário o exercício da superação para promover novos meios de ressignificar e libertar o portador de transtorno mental, condenado anteriormente a modelos de exclusão (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

A luta ideológica contra manicômios reivindica primeiramente o direito à cidadania e à conquista de direitos civis aos portadores de transtornos mentais, além de eleger como principal adversário os hospitais psiquiátricos (AMARANTE; DIAZ, 2012).

Ressalta-se que o processo da reforma trouxe considerável deslocamento dos usuários do regime de internação para o regime ambulatorial e extra-hospitalar. No entanto, há situações em que o agir do sujeito se manifesta em sentido inconscientemente prejudicial contra a vida ou a integridade física e moral de si próprio ou do outro, em que a internação é indicada (FORTES, 2010), devendo ocorrer em hospitais gerais, ou mesmo em CAPS III, e que a permanência em regime de internação dure até o momento que a crise cessar.

Vale destacar, que os hospitais gerais têm muita dificuldade em promover atenção que vá além dos leitos em psiquiatria, e trabalhar na lógica de articulação com a rede de saúde mental e a comunidade, sendo este o grande desafio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Uma das necessidades atuais mais urgentes é a

de compor uma rede de comunicação entre os serviços de saúde mental, de forma a enriquecê-los e fortalecê-los através das trocas (TORRE; AMARANTE, 2001).

Nesta perspectiva, os CAPS devem ser estruturas intermediárias entre a internação e a vida social, objetivando atenção integral, que postula a desospitalização e a desmedicalização, promovendo uma clínica interdisciplinar ampliada, o resgate da cidadania e a re-integração social (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011). Vale destacar que para a efetividade de ações desenvolvidas nos CAPS, como articuladores na rede de serviços de saúde e de outras redes sociais, é fundamental a articulação com o território. O território não é apenas uma área geográfica, mas é constituído pelas instituições e cenários nele existentes e pelas pessoas que nele habitam, com todas as suas relações, conflitos e interesses. Assim essa noção de território busca organizar uma rede de atenção às pessoas com sofrimento psíquico e suas famílias, amigos e interessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2010).

Em algumas cidades a implantação de CAPS substituiu o modelo hospitalar. No Rio de Janeiro, como apresenta o estudo de Pande e Amarante (2011), esses novos serviços coexistem com os serviços existentes anteriores a eles, tais como hospitais psiquiátricos. A mesma situação é vista em Goiás, onde ainda as internações ocorrem em hospitais psiquiátricos, devido à inexistência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Os serviços nacionais que preconizam a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no âmbito do SUS, estão instituídos na portaria nº 3.088/2011, que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta propõe a mudança de paradigma na assistência em saúde mental, com combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; e organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, por meio do estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A RAPS deve ser instituída com o propósito de cuidado e reinserção dos usuários no meio social. Alguns serviços psicossociais ainda se encontram concentrados na lógica do modelo biomédico/hegemônico, que no lugar de “incluir”

para “libertar”, estão praticando “incluir” para “tratar”, como se fosse ao interior do serviço que o cuidado devesse ser prestado, e não na perspectiva da inclusão na comunidade, que é a premissa ideológica de reabilitação psicossocial. Tal incoerência pode desenvolver a cronificação dos sujeitos nos novos espaços assistenciais (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Embora consigam desenvolver um cuidado de base territorial, os novos dispositivos de cuidado ainda não contemplam a intersectorialidade de fato. Ao ampliar a concepção de cuidado, chega-se na atuação dentro do cotidiano dos usuários. Assim, torna-se imprescindível a construção de uma rede com base na participação social em diversas áreas, em espaços de inserção, contemplados nos equipamentos intersectoriais, tais como centros de arte, bibliotecas, cinemas, museus, espaços com apresentações artísticas, escolas de artes e ginásios de esporte etc. Ou seja, deve-se incluir o usuário nos espaços que possam contribuir para o cuidado e o desenvolvimento da sua autonomia (NETO; AMARANTE, 2013).

As inserções dos usuários nos dispositivos intersectoriais devem ser mediadas e trabalhadas pelos profissionais dos CAPS, na intenção de conscientização e desconstrução da imagem pejorativa que ainda envolve tais pessoas (MARTINS *et al.*, 2012). Desse modo elas são aceitas e exercem seus direitos sociais contemplando seu processo de reabilitação.

A alteração do modelo de assistência à saúde mental representa um desafio para os profissionais, no sentido de que estes devem obter novos saberes, tecnologias e metodologias de trabalho, passando pelas relações entre os demais componentes da equipe de trabalho (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011). As equipes multiprofissionais devem procurar estabelecer uma relação horizontalizada com os usuários do serviço, tentando superar a centralidade no ato médico do saber e fazer, procurando atingir a forma de trabalho interdisciplinar (SCHNEIDER *et al.*, 2009).

Para o avanço da PNSM ressaltam-se três desafios em relação a recursos humanos: aumentar o número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços; adequar a formação para que o profissional reconheça a multiplicidade dos determinantes da saúde mental e o caráter intersectorial desse campo de atuação; e capacitar, treinar e supervisionar profissionais que já estão no sistema de saúde (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Em conformidade com este panorama, indaga-se sobre a qualidade do cuidado, pois não se exige formação especializada para este trabalho, a interdisciplinaridade pouco ocorre devido à herança do trabalho hierárquico e monodisciplinar da psiquiatria e a coordenação do cuidado quase inexistente. Resume-se a encaminhamentos ou referências, resultando em grande parcela populacional não atendida adequadamente (TESSER; SOUSA, 2012).

É sabido que para chegar à efetiva desinstitucionalização requer um processo contínuo de questionamentos das práticas cotidianas de cuidados, visando transformá-las. Destaca-se que tais questionamentos abarcam o modo institucional, as posturas, saberes e os pensamentos, em oposição a todas as formas de intervenções de caráter manicomial (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Momentos de estagnação e de crise também podem ser momentos de criação, em que encontramos soluções mais elaboradas para o problema que se coloca diante de nós. Acreditamos estar diante de um momento desses, no qual paramos, olhamos para trás, revemos algumas falhas e vislumbramos saídas criativas para a superação da realidade (PAIVA; YAMAMOTO, 2007, p.568).

Atualmente o processo da reforma encontra-se em crise, pois se desenvolve a passos extremamente lentos, e para superá-la faz-se necessário construir novos conhecimentos, novos saberes e novas práticas (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

É visível que no Brasil o estigma contra portador de transtorno mental persiste. Evidências disso são percebidas na não escuta e não credibilidade da palavra dessas pessoas, acarretando na postergação de suas demandas. Outro problema é a falta de compromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, do direito, até mesmo da previdência e da assistência social, que administram com ambiguidade a ideia de uma sociedade onde o portador de transtorno mental seja parceiro na definição de políticas e nos seus próprios tratamentos (PITTA, 2011).

A efetivação das perspectivas da Reforma Psiquiátrica necessita da produção de debates sobre temas ainda incompreendidos em sua complexidade, a exemplo do louco e da loucura, cujas políticas públicas para seu enfrentamento ainda não se realizam satisfatoriamente. Somente assim poderá criar possibilidades para a emancipação dos sujeitos, e cultivar a individualidade e a singularidade na diversidade, uma vez que é entendido que o significado da loucura é mais amplo e profundo do que o seu recorte apenas como doença mental, que busca relacionar com as pessoas, e não apenas com suas doenças (SILVA *et al.*, 2012).

Após décadas de luta por Direitos Humanos, deve-se atentar para continuar em ritmo de progressão nos serviços de atendimento psicossociais, sendo válidos os processos de problematização e avaliação destes, na tentativa de evitar estagnação, ou até mesmo retrocesso assistencial, muitas vezes podendo ser justificado por precárias condições na estrutura e processos de trabalho (PAIVA; YAMAMOTO, 2007).

Na Última década muitas bandeiras de luta se tornaram realidade no país, como a RAPS e o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa” que possibilitaram a desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas, ao mesmo tempo em que se assistiu uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos. Paralelamente houve a solidificação de um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e no sujeito, e não mais centrado no hospital (PITTA, 2011).

Avaliação da Estrutura e Processos de trabalho

O desenvolvimento do processo avaliativo necessita ter critérios e padrões, que serão a base do julgamento, para assim, chegar a um acordo a respeito do que é a qualidade nos cuidados (DONABEDIAN, 1969).

Critérios e padrões estão implícitos em qualquer juízo de qualidade (DONABEDIAN, 1969), pois avaliar consiste em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou acerca de qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar ao adotar as decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A avaliação permite o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços por meio do controle de qualidade, haja vista que monitorar continuamente os serviços de saúde, possibilita a detecção de desvios de padrões encontrados, contribuindo assim, para correção precoce (DONABEDIAN, 1978).

Sabe-se que o compromisso com a qualidade do atendimento é responsabilidade dos profissionais dos serviços (DONABEDIAN, 1969). Assim, Donabedian propõe que a avaliação da qualidade de serviços de saúde deve ser baseada na tríade: estrutura, processo e resultado.

A avaliação da estrutura trata da análise dos instrumentos de cuidado e de sua organização, inclui as propriedades de instalações, equipamentos, mão de obra e de financiamento. É a principal abordagem usada para a avaliação, certificação ou

acreditação por órgãos oficiais. Infere-se que atendendo condições específicas, se obtenha bons cuidados (DONABEDIAN, 1969).

A avaliação do processo busca analisar todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes (DONABEDIAN, 1992).

Ao referir avaliação de processo de trabalho, trata-se do próprio cuidado, nos quais os elementos e detalhes do atendimento estão sujeitos aos julgamentos profissionais. A auditoria é um exemplo desta abordagem (DONABEDIAN, 1969).

E, avaliar resultado consiste no estudo dos efeitos e consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação dos usuários (DONABEDIAN, 1992).

Além da tríade de Donabedian, o mesmo autor propõe que a qualidade dos serviços de saúde pode ser avaliada por meio dos sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Eficácia significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis para o paciente. Efetividade é o grau em melhoria na saúde alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Eficiência é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Otimização é o uso da relação do custo/ benefício na assistência à saúde. Aceitabilidade é a adequação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias, depende da efetividade, eficiência e otimização. Legitimidade é a aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. Equidade trata-se do princípio de justiça na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população (DONABEDIAN, 1990).

Estrutura e Processos de trabalho no CAPS: produzindo cuidados

Como citado anteriormente, é necessário conhecer os critérios e padrões assistenciais da estrutura e do desenvolvimento dos processos do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para posteriormente confrontar com os dados obtidos, executando assim o processo avaliativo da qualidade dos mesmos.

No contexto dos cuidados em saúde mental, os serviços substitutivos se desvelam como propostas inovadoras, transformadoras, como alternativas viáveis

para redefinir a atenção psiquiátrica hospitalocêntrica. No Brasil, os serviços substitutivos são chamados de CAPS, os quais foram criados tendo por diretrizes os princípios da reforma sanitária, e assim revelam a materialização dos ideais sanitários como: garantia de acesso, acolhimento e tratamento digno ao indivíduo com sofrimento mental, e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial. Estes dispositivos devem oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, realizados por uma equipe multiprofissional, e seu funcionamento deve ser ininterrupto, podendo também contar com leitos de repouso (PAIVA; YAMAMOTO, 2007; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Os CAPS surgem da necessidade de reorientação do modelo assistencial, e é considerado o carro-chefe do vigente modelo de cuidado, com capacidade de organizar a rede assistencial e articular as condições para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade (ROSA; CAMPOS, 2013). Ele traz consigo uma nova cultura institucional, que permite que os novos significados se manifestem em todas as dimensões da vida das pessoas que experimentam a loucura, conferindo os direitos destes sujeitos (SILVA *et al.*, 2012).

Na perspectiva psicossocial, ao receber o usuário, o CAPS deve ser capaz de acolher o contexto de vida do mesmo, reconhecendo as suas necessidades de saúde, em suas diferentes demandas. Assim, não é concebível separar a doença da existência global do sujeito. Sabe-se, que essa fragmentação ainda é a forma predominante de produzir saúde na nossa sociedade, nas diversas áreas de atenção a saúde (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Nesse sentido, esses dispositivos de saúde são instrumentos de reorganização assistencial, pois se acredita que não basta tratar as pessoas como indivíduos em sofrimento, elas precisam ser tratadas como cidadãos, que, como tal, têm direito de acesso aos serviços, assim como de atendimento nos diferentes níveis de atenção/complexidade (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Ao visar cuidado integral, os CAPS são tidos como serviços articuladores da rede de saúde mental e a sua principal característica é buscar a integração com o ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, sendo a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Por vezes, o CAPS, em seu papel ordenador na saúde mental, tenta favorecer a cidadania dos usuários, porém em certos momentos preocupa-se em

protegê-los dos desafios impostos pela sociedade. Assim, no mesmo momento em que quer aproximar o sujeito do meio social, sobressaem alguns receios ressaltando as diferenças, mantendo a segregação destes. Esses serviços convivem com situações dicotômicas, onde podem cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo (PANDE; AMARANTE, 2011). Deste modo, deve-se atentar para o tipo de assistência prestada, para evitar encapsular os usuários, mantendo-os institucionalizados no CAPS, ferindo as premissas da Reforma Psiquiátrica.

O princípio da assistência nos dispositivos de atenção na saúde mental é basicamente humano-dependente, ou seja, a tecnologia do cuidado está especialmente na formação dos profissionais, em função da orientação da PNSM. Deve formar profissionais com competências e habilidades para atuarem na consolidação do processo de mudança, e aqueles que têm formação essencialmente hospitalar devem superar o chamado paradigma asilar, não limitando as ações intramuros nos novos dispositivos (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

A formação adequada para se trabalhar nesses dispositivos é imperativa, pois o cuidado é sustentado na ótica da corresponsabilidade, em que a equipe consegue perceber a importância da contribuição de cada um dos seus integrantes. Tais espaços de trabalho dependem fortemente dos profissionais tomarem a responsabilidade de cuidar para si, numa ação transdisciplinar potente (PITTA, 2011).

No modelo vigente, o lugar do medicamento e do médico na relação com o usuário é algo que precisa ser trabalhado, e desmistificado (PITTA, 2011). Deve-se superar a idéia de autossuficiência por parte de algum profissional e/ou especialidade, pois dificulta a construção de práticas interdisciplinares, sendo que a integralidade implica na abertura ao diálogo, contrapondo ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos (MENEZES; YASUI, 2013).

Estudos mostram que os profissionais de saúde em geral têm apresentado dificuldades para se incluírem no presente modelo assistencial, de modo que o trabalho realizado atualmente nos serviços abertos muitas vezes não condiz com o proposto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008). A mudança de paradigma na saúde mental brasileira tem na preparação dos recursos humanos seu ponto mais frágil (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Entrar num contato mais próximo com o paciente, construir um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas, tendo que ressignificar o seu próprio saber, rompe com uma prática tradicionalmente instituída e reproduzida nos cursos de formação (KODA; FERNANDES, 2007, p. 1456).

A formação e capacitação devem ser pensadas e incentivadas pelos gestores, como também oferecidas nas instituições de ensino, remetendo para a reinserção social do usuário, com ideias antimanicomiais. Estes processos educacionais deveriam ser buscados pelos próprios trabalhadores da área da saúde (RÉZIO; OLIVEIRA, 2010) na procura de crescimento próprio e atendimento de qualidade.

Um aspecto imprescindível a ser destacado na formação dos profissionais é a atenção às famílias em suas necessidades integrais de forma interdisciplinar. Os responsáveis devem desenvolver olhar atento aos familiares, pois o CAPS deve oferecer momentos para informar, orientar e atender às carências de quem cuida (CAVALHERI, 2010), como afirma o autor:

No percurso transitório para uma nova organização assistencial, as primeiras ações concretas se caracterizaram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela criação de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar. Estas implicaram intensificação das exigências de comprometimento das famílias dos indivíduos mentalmente doentes, modificando-se de modo significativo a trajetória de sua participação no processo assistencial (CAVALHERI, 2010, p. 52).

A família, agora como parte ativa no cuidado, deve ser constantemente orientada, evitando situações de castração do direito do portador de transtorno mental, já que pode ignorar a vontade do usuário, ou simplesmente não dar valor ao que ele expressa, pensa ou deseja, justificando para si mesma que essas expressões seriam decorrentes da sintomatologia da doença. A família precisa ser preparada para compreender a patologia do indivíduo, para respeitar suas limitações, compreendendo sua singularidade. Caso contrário, a convivência familiar interferirá no processo de ressocialização e reinserção social (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

É importantíssimo também assistir a família constantemente, pois esta pode sofrer de sobrecarga de cuidados para com a pessoa adoecida (CAVALHERI, 2010), e assim adoecer junto.

A família também deve ser estimulada pelos profissionais a construir junto com os usuários seus projetos terapêuticos singulares (PTS), para assim compreenderem que outros espaços da comunidade podem servir de ambiente de promoção de saúde mental, e assim utilizá-los amplamente (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

É competência dos CAPS atuarem articulados com outros espaços sociais e unidades de saúde. Os recursos sociais são múltiplos, precisando ser mais bem explorados para receber os usuários do CAPS (RODRIGUES; MOREIRA, 2012), contribuindo efetivamente no processo de tratamento e/ou reabilitação pela reinserção social.

Em relação à articulação com os serviços de saúde, ressalta-se que a atenção básica é a aposta primária para tecer a rede, sendo uma interlocução frutífera, por concretizar os direitos conquistados e, principalmente, por ampliar o cuidado conforme uma visão integral do sujeito (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Esta relação de trabalho junto à atenção básica é denominada matriciamento, ou mesmo apoio matricial.

O matriciamento surge com a constatação de que não é possível avançar na Reforma Psiquiátrica se a atenção básica não for incorporada ao processo. Logo, o Ministério da Saúde propôs esta estratégia para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de Saúde Mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

No entanto, o diálogo sobre a saúde mental na atenção básica é ainda incipiente e revela-se pela desapropriação dos profissionais quanto ao que é apregoado na Reforma Psiquiátrica e ao que deve ser praticado dentro da unidade no que se refere aos usuários com transtorno mental (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Muitas vezes os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) não se sentem capacitados para atender portadores de transtorno mental e se restringem a se preocupar com a medicação que aquele usuário utiliza ou necessita. Por isso, é importante que sejam acolhidos em seus anseios, capacitados e apoiados pelos profissionais que lidam especificamente com essa demanda (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Neste sentido, vale ressaltar que a procura das equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são os serviços que

ocupam o lugar central na proposta da Reforma Psiquiátrica, e buscam dar melhor assistência aos indivíduos em sofrimento mental (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

O apoio matricial prevê, na integração do CAPS com a atenção básica, o fornecimento de orientação e supervisão, atendimento conjunto nas situações mais complexas e a realização de visitas domiciliares com a presença de ambas as equipes. O matriciamento é completamente diferente do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A corresponsabilização do cuidado implica na perspectiva da integralidade ao permitir o olhar ampliado sobre o sujeito. Haja vista que, nesse tocante, a atenção básica é considerada um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, pois é conexas com a comunidade, podendo atuar não somente segundo o que chega às unidades de saúde, mas em uma interação com o que envolve a comunidade e a família (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Essa interação com o território e com os familiares coloca o profissional diante das situações que compõem a vida de um sujeito. Esse confronto pode inicialmente gerar algumas inseguranças decorrentes da mudança estrutural da lógica de trabalho, pois a história da loucura ainda incide nas práticas atuais. Como ainda se permanece na luta, é imperativo desconstruir práticas fundamentadas na institucionalização, e persistir tentando construir outras formas de intervenções que consideram que o sujeito é complexo, necessitando de intervenções pensadas nesta complexidade. Gradualmente as mudanças vão se concretizando. Até pouco tempo a saúde mental não existia para a atenção básica, hoje é realidade (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Entre os ganhos na saúde mental, têm a implantação das residências terapêuticas (RT), sendo uma solução necessária para permitir aos exilados em manicômios, a convivência em comunidade. O processo de transferência dos usuários da instituição hospitalar psiquiátrica para as RT exige dos mesmos, condições psíquicas para estabelecimento de novos vínculos interpessoais e com o novo ambiente, pois se deparam com modos de viver diferentes. Ou seja, antes os usuários não possuíam autonomia, acarretando alto grau de dependência de cuidados devido aos longos anos de internação. Assim, se fez necessário contar com acompanhamento contínuo, esboçado no apoio e cuidados da equipe do CAPS (MARTINS *et al.*, 2012).

Os profissionais dos CAPS devem estar preparados para orientar e amparar a adaptação dos usuários na comunidade, incentivando sua autonomia e cidadania. Ao reconhecer as capacidades das pessoas acometidas de transtornos mentais, a equipe possibilita que esses desempenhem um papel mais ativo em relação a decisões sobre práticas e cuidados de saúde que os afetam direta ou indiretamente (FORTES, 2010).

A questão do território em saúde mental é uma das grandes dificuldades vividas pelos trabalhadores do CAPS, já que o serviço inova no sentido de ser aberto à comunidade, mas tem dificuldades de ir ao encontro dela (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Nesse sentido, embora seja preconizada a promoção do cuidado descentralizado e territorializado, o usuário recebe prioritariamente assistência dentro dos serviços, restringindo o território em adscrição geográfica, em vez de utilizá-lo como espaço de convivência, no qual ocorre a significação e a construção da familiaridade e do pertencimento a esse local. Por mais que o CAPS seja considerado a instituição de referência, não pode ser o único espaço do cuidado (NETO; AMARANTE, 2013). E, ao priorizar os atendimentos intramuros, a equipe acaba se envolvendo menos com as questões externas ao serviço, no restante do território (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

O processo da reforma psiquiátrica brasileira traz inúmeros desafios para o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde mental. Em um ritmo dialético, os trabalhadores são tensionados a pensar que a busca pela certeza absoluta para a sua prática e para o modo de organização em equipe nem sempre parece dar respostas concretas às complexidades dos serviços e das ações de saúde mental focalizadas na comunidade (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010a).

Dentre os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe do CAPS também se destacam os atendimentos individuais, oficinas e grupos terapêuticos, visitas domiciliares, assembleias, participação em associações, atividades que possibilitam melhor qualidade de vida através de ações interdisciplinares e são entendidas como potentes geradores de transformação e inserção social (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

As visitas domiciliares fazem parte do processo de territorialização, pois faz com que o CAPS vá até a comunidade, revelando-se como um instrumento gerador

de vínculos, pela valoração positiva do usuário e sua família, demonstrando comprometimento de ir até eles, buscando atender segundo suas demandas (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). Também é favorável no planejamento de intervenções do cuidado, pois estas visitas permitem reconhecer *in loco* as necessidades dos usuários e seus familiares, muitas vezes não percebidas no convívio dentro do serviço.

As terapias oferecidas pelos CAPS ocorrem nos moldes de oficinas de vários tipos, de cursos, práticas artesanais e laborais, teatro, arte, música, práticas corporais, esportes, grupos terapêuticos ou (psico)terapias para pacientes e familiares, grupos de autoajuda, cursos profissionalizantes, atividades geradoras de renda, alfabetização, orientação. Estas atividades unem terapêutica, prevenção e promoção da saúde, e apresentam igual importância da terapia medicamentosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; TESSER; SOUSA, 2012).

O Ministério da Saúde define as oficinas terapêuticas como uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, por meio de atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais. Nas oficinas são realizadas diversas atividades que podem ser definidas através do interesse e necessidades dos usuários e das possibilidades dos técnicos e do serviço. Tem como objetivo desenvolver áreas como a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A oficina terapêutica faz parte do processo reabilitador e, desta forma, se mostra como experiência positiva, sendo avaliada pelos usuários, familiares e equipe como importante instrumento de trabalho no processo de socialização e fortalecimento de vínculos. Estas atuam no campo da cidadania, consistindo em uma maneira de incentivar a preparação para o mercado de trabalho, fazendo com que o usuário retome suas atividades e descubra novas habilidades, na busca por sua independência, reforçando as potencialidades, podendo desencadear processos de geração de renda (MIELKE *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2012).

Diante da importância dessas atividades, as oficinas devem ser feitas de forma planejada e organizada, com objetivos pré-definidos. A temática deve estar de acordo com a realidade da comunidade, visando à reabilitação biopsicossocial (DUARTE *et al.*, 2012).

Sendo assim, para a efetividade das oficinas e grupos, as atividades não devem ser passadas, nem visualizadas apenas como tarefas para preencher o tempo, mas sim, como importantes espaços para trabalhar a concentração e as possíveis ansiedades do indivíduo ou do grupo, estimulando a criatividade e abordando manifestações culturais pertinentes ao contexto dos usuários (JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009). Estas atividades devem ser pautadas nas afinidades dos usuários, e avaliadas continuamente, readequando as necessidades dos mesmos.

Quanto aos atendimentos individuais, geralmente são realizados por meio de consultas, basicamente médicas, pautadas no tratamento medicamentoso (o que remete a um modelo medicalocêntrico). Porém, mesmo que a consulta psiquiátrica seja indispensável para o atendimento do usuário, não é suficiente para promover a ressocialização psicossocial e não deve ser lançada como única possibilidade terapêutica nos serviços de saúde mental (DUARTE *et al.*, 2012).

Para obter uma atenção em saúde mental com qualidade, a equipe deve organizar-se de maneira horizontal, compartilhando saberes e práticas, discutindo cotidianamente as situações e determinando, em conjunto, as possíveis estratégias de intervenção, que vão muito além da medicalização. Dessa maneira, a equipe vai se desfazendo do conjunto de categorias específicas, se organizando de forma interdisciplinar, responsabilizando-se por atender as diferentes demandas e dimensões que o sujeito em sofrimento mental apresenta (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010a).

4- CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 - Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo nos moldes da pesquisa - intervenção, mediada pela Metodologia da problematização, empregando o Arco de Maguerez.

A pesquisa intervenção possibilita o desenvolvimento de procedimentos de pesquisa que se converteram em práticas, sendo um fértil intercâmbio entre pesquisa e prática, além da contribuição teórica que essa relação proporciona (SZYMANSKI; CURY, 2004). Rompe com os enfoques tradicionais de pesquisa, ampliando as bases teórico-metodológicas dentre as pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A abordagem qualitativa busca compreender as percepções, considerações e reflexões de determinados grupos. Esse tipo de pesquisa é o caminho ideal para penetrar e compreender o significado e a intencionalidade das falas, vivências, valores, percepções, desejos, necessidades e atitudes. Essa abordagem se desenvolve numa situação natural, sendo rica em dados descritivos, tendo um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma contextualizada, utiliza a observação pelo pesquisador, e a interação com os atores envolvidos em decorrência do envolvimento intenso e da permanência no campo (LUDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO, 2000).

4.2- Referencial Metodológico

A pesquisa intervenção apresenta-se de forma crítica e implicativa, afastando-se de posturas e posições reativas (de negação e julgamento), ampliando assim as condições de um trabalho compartilhado (AGUIAR; ROCHA, 2007).

Neste tipo de pesquisa, destaca-se a mudança de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, acentua-se o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto. A relação pesquisador/ objeto pesquisado é dinâmica e determina os caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido (AGUIAR; ROCHA, 1997 e 2007).

Diante das perspectivas da intervenção optou-se por desenvolvê-la empregando a Metodologia da Problematização (MP) com o uso do Arco de Maguerez (AM), pois este se constitui um rico caminho para estimular o desenvolvimento de saberes diversos pelos seus participantes. A essência dessa

metodologia está em suas características e etapas mobilizadoras das habilidades intelectuais dos sujeitos, exigindo disposição e esforços por quem a desenvolve, seguindo sistematicamente a sua orientação básica, para alcançar os resultados pretendidos (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez possui três versões, modificadas ao longo de sua trajetória. As três versões apresentaram preocupação com a formação educacional de seres humanos e tem presente a ideia de partir do concreto, caminhar no abstrato e retornar ao concreto, ganhando novas denominações e tomando novos contornos nas versões 02 e 03 (BERBEL; GAMBOA, 2012).

É perceptível o processo de reinterpretação e ressignificação do Arco de sua primeira à terceira versão. Cada uma das versões possui uma população alvo diferente e inicialmente a metodologia foi aplicada na formação profissional de adultos analfabetos, passando a ser utilizado na formação pedagógica de profissionais para atuar no ensino superior, e atualmente utiliza-se em situações de ensino e pesquisa (BERBEL, 2012).

Na primeira versão, de progressão pedagógica, proposta por Charles Maguerez, as decisões eram centradas nos condutores ou elaboradores da proposta, e a problematização não estava presente. Seu processo era denominado de Esquema Pedagógico, representado em forma de arco, em que OR era Observação da Realidade (observa os dados do problema e seleciona aspectos que entram na solução do problema); seguido de OM: Observação da Maquete (resumo da realidade, orientado pela escolha dos aspectos e características mais importantes para solucionar o problema). A terceira etapa era DS, Discussão do Esquema (descreve teoricamente as ações), seguido por EM, Execução da Maquete (confronta o esquema da ação e os dados da realidade resumidos e escolhidos). Finalizando com ER, Execução na realidade (aplicação do esquema de ações na realidade) (BERBEL, 2012 e 2012a).

Na segunda versão, de pedagogia problematizadora, desenvolvida por Juan Diaz Bordenave e Adair Martins Pereira, termos e significados foram alterados, observação da maquete torna-se pontos-chaves e execução da maquete torna-se hipótese de solução. Nesta versão os problemas são elaborados pelos professores, que também forneciam e os textos para estudar o tema. As etapas feitas por Charles Maguerez sofreram adaptações, visando maior estímulo no aprendizado do que no

ensino propriamente, considerando o aluno como agente transformador, decorrente do contato do aluno com a realidade (BORDENAVE E PEREIRA, 1982; BERBEL, 2012a).

A partir de 1992, a Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez tornou-se alvo de prática e de estudo, na Universidade Estadual de Londrina (UEL) (BERBEL; GAMBOA, 2012), resultando na terceira versão de explicação do Arco de Maguerez.

A terceira (última) versão, que será utilizada nessa pesquisa, caracterizada pela problematização, proposta pela professora Neusi Aparecida Navas Berbel.

Esta versão apóia-se bastante em Bordenave e Pereira, mantém a forma e elemento do arco (BERBEL, 2012b), porém altera sua operacionalização, que se volta mais para a ação do aprendiz, que ganha o papel de protagonista em todo o processo, desde a observação da realidade até o retorno a mesma, contribuindo ativamente para sua transformação. Nesta versão o orientador do processo assume apenas a condução metodológica, deixando de ser fonte central de informações ou decisões em cada momento (BERBEL, 2012a).

O processo é denominado “arco”, pois sua operacionalização visualmente apresenta-se em forma de um arco, como especificado na figura 1:



Figura 1- Arco de Maguerez (BERBEL, 1998).

Tal proposta é composta por cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade que se pretende investigar, descritas por Berbel (1998): Observação da

Realidade, Pontos – Chaves, Teorização, Hipóteses de solução e Aplicação à Realidade.

A primeira etapa, Observação da Realidade social, concreta, se dá a partir de um tema, olha-se atentamente e registra-se de forma sistemática o que for percebido sobre a parcela da realidade que está sendo vivida, podendo para isso ser dirigidos por questões gerais que ajudem a focalizar o tema. Tal momento objetiva identificar os problemas, dados como dificuldades, carências, discrepâncias, de várias ordens, que serão problematizadas, ou seja, transformadas em problemas (BERBEL, 1998).

Desde a primeira etapa, é possibilitado ao participante, intencionalmente, desenvolver uma postura crítica em relação à realidade, bem como a construção de uma postura diante do estudo, proporcionando um envolvimento intelectual, emocional e político ao longo das etapas do Arco de Maguerz (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Os Pontos – Chaves surgem da reflexão sobre os fatores e as causas da existência dos problemas levantados na primeira etapa. Assim, podem-se avaliar as variáveis implicadas nesse processo e realizar uma síntese, na qual serão elencados os pontos essenciais que deverão ser estudados a partir do(s) problema(s) selecionado(s) (BERBEL, 1998). Os pontos chaves podem ser expressos de diversas formas, como questões da forma que apresentam para o estudo, afirmações sobre aspectos do problema, tópicos a serem investigados, ou outras formas que se decide trabalhar. Essa etapa descreve de forma clara toda a reflexão, com as possíveis explicações do problema, percebendo sua complexidade e multideterminação (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A terceira etapa é a da Teorização, que corresponde à busca de informações que se necessitam sobre o problema, dentro de cada ponto-chave. Esta etapa se desenvolve em forma de pesquisa, podendo se utilizar de diversos métodos como a pesquisa em campo, convidar especialistas no tema, entrevista, observação direta, entre outras e nas mais variadas fontes, como bibliografias relacionadas ao foco, leis, especialistas, entre outras fontes. Assim, as informações obtidas são tratadas, analisadas e avaliadas quanto a suas contribuições para resolver o problema (BERBEL, 1998).

Todo estudo realizado deverá fornecer elementos para elaboração de possíveis soluções. O que precisa acontecer para que o problema seja solucionado? O que precisa ser providenciado? O que pode realmente ser feito? (BERBEL, 1998).

Na última etapa, Aplicação à Realidade, as decisões tomadas deverão ser executadas na prática, é o retorno do estudo à realidade investigada, na qual se intervém de forma concreta, utilizando-se uma ou mais hipóteses de solução delineadas. Desta forma, o papel transformador está mais presente, tem-se a responsabilidade de levar uma resposta dos estudos, visando transformar a realidade em algum grau (BERBEL, 1998). É a possibilidade de intervir, exercitar, e/ou manejar situações associadas à solução do problema (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Nesta etapa os participantes analisam a aplicabilidade das hipóteses de soluções, delineando as que poderão vir a serem ações. Simplificando, o retorno à realidade significa, para o participante, uma prática consciente, informada e intencionalmente transformadora (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Findando as cinco etapas cronológicas, completa-se o Arco de Maguerez, a cadeia dialética de ação - reflexão – ação (BERBEL, 1998), ou seja, discute-se a prática, articula-se com a teoria, quando se espera que a prática seja realimentada a partir da fundamentação teórica.

O movimento de partir da prática social, passar por um processo de reflexão sobre problemas detectados e depois retornar para a parcela da realidade da qual o problema foi extraído, com mais informações, de modo consciente e intencionalmente transformador é uma proposta de trabalho ativo, que envolve muita reflexão e se caracteriza como mais que um caminho ativo, possuindo também um sentido crítico e criativo orientador da atividade intensa envolvida, por se complementar com a transformação da realidade (BERBEL; GAMBOA, 2012).

A metodologia da problematização diferencia-se do método de solução de problemas por sua perspectiva transformadora, pois ultrapassa a forma já existente de se tratar as questões do conhecimento e da vida em sociedade, através de uma nova ação, subsidiada pela reflexão metódica e informada cientificamente (BERBEL, 1995). Seu ponto de partida se dá por meio da aproximação e conhecimento da realidade na qual se observa o problema, e efetiva-se no ponto de chegada, retornando à mesma realidade, com novas informações e conhecimentos que permitem sua transformação em algum grau (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A Problematização é mais que um método, pois exige exercício intelectual e social, que permite enxergar e transformar a realidade com maior criticidade (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Todo o processo é altamente relevante, já que se pretende promover transformações, tendo em vista o desenvolvimento de atitudes científicas, políticas e éticas diante da realidade. Ressalta-se que há transformações verdadeiras. Caso não ocorra na intensidade desejada junto ao contexto de onde se extraiu o problema, com certeza ocorre nas pessoas que vivem esse processo (BERBEL, 1995).

O caráter transformador desse método reflete seu grande potencial metodológico, diante de sua proposta que se coloca como mediadora entre a teoria e a prática. O processo ação–reflexão–nova ação (intencionalmente transformadora) leva o participante a desenvolver um compromisso com a práxis. Assim, pode preparar o cidadão para atuações futuras com desafios cada vez mais complexos, pois possibilitando um olhar cada vez mais crítico para atuar na realidade social (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Destaca-se como ponto central desta metodologia a preocupação com o processo em si e não com o produto propriamente. Para tanto, é essencial a interação entre o pesquisador e o grupo pesquisado, proporcionando espaço, onde as pessoas falem por si mesmas, desvelando a sua realidade, interagindo e ensinando-se mutuamente. Nesse tocante, a população envolvida na pesquisa tem parte em todo o processo. População e pesquisador tornam-se partícipes do processo em construção para a transformação (GUARIENTE; BERBEL, 2000).

4.3 – Local da pesquisa

O presente estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial tipo II do território de referência do Distrito Sanitário Leste/Norte de Goiânia, destinado a atender pessoas com 18 anos ou mais, portadores de transtornos mentais severos, psicóticos e/ou neuróticos graves.

A escolha foi determinada após reunião entre as pesquisadoras e o coordenador da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (DSM/SMS). Nesta oportunidade foi apresentada a proposta do projeto de pesquisa e analisado quais serviços poderiam ser incluídos no estudo, a partir das suas características e necessidades.

Levou-se em consideração a região em que o CAPS se encontra, considerando que faz parte do território acompanhado pelas atividades da Universidade Federal de Goiás. Há de se destacar que o referido serviço é um dos cenários de prática da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da Faculdade de Enfermagem/UFG, situação que poderia também favorecer o desenvolvimento de ações decorrentes da presente investigação.

Este serviço é o primeiro Centro de Atenção Psicossocial regionalizado do município de Goiânia, surgiu por necessidade de acatar as propostas da Reforma Psiquiátrica, atendendo a solicitação do movimento social, Fórum Goiano de Saúde Mental e Associação dos usuários de Saúde Mental de Goiânia, formados por usuários e trabalhadores que defendiam o cuidado em liberdade, fora de estruturas asilares e manicomiais. Assim, em 1999, foi adquirida uma área de 6000 m² para sediar a unidade, sendo inaugurada em 16 de novembro de 2000. Sua área de abrangência envolve as regiões Leste e Norte de Goiânia, que atende um total de 88 bairros, que em 2011 correspondia a uma população de aproximadamente 332.000 pessoas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011).

De acordo com um levantamento realizado em 2011, em 10 anos de existência, foram acolhidos 2.635 usuários e familiares, sendo que o serviço atendia em média 600 usuários/mês nos vários grupos e oficinas, fundamentando-se nas diretrizes na Política Nacional de Saúde Mental (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011).

No ano de 2010, o serviço foi lotado em um prédio provisório, durante a construção da nova sede, para que as novas instalações atendessem o perfil de unidade de Saúde Mental tipo CAPS III, visando atendimento 24 horas, atendendo as reivindicações dos usuários, movimento social e trabalhadores em saúde mental.

Conhecer um pouco da história do CAPS foi de grande importância para construção deste trabalho, pois mediante fotos e leituras de registros da construção e evolução do serviço foi possível sentir a riqueza do campo, no qual se escolheu trabalhar junto aos profissionais, sendo que muitos destes estão lotados neste serviço desde sua inauguração.

4.4 – Participantes da pesquisa

O quadro de recursos humanos do CAPS no momento da pesquisa contava com 72 profissionais, desde a equipe de apoio até a equipe técnica. Assim, por se

tratar de uma proposta que visa avaliar os processos de trabalho da unidade de saúde, que abrange todos os trabalhadores da instituição, a intenção foi abarcar na pesquisa todos os profissionais que ali trabalham.

Neste sentido, a gestão do serviço ao entender a importância do envolvimento de todos os trabalhadores nesta pesquisa, ofereceu folgas a quem não estava escalado para trabalhar nos dias em que ocorreriam os encontros. Desta forma, foi possibilitado que todos os trabalhadores participassem do estudo.

Assim, eles foram convidados a conhecer a proposta da investigação, por meio de dois momentos pré-agendados, um pela manhã e um à tarde, nos quais se apresentou a equipe de pesquisadores e a pesquisa, utilizando pôster (Apêndice I) e folder informativo (Apêndice II), o qual foi entregue aos profissionais. Os que não puderam estar presentes nestes momentos foram posteriormente abordados individualmente, esclarecidos da pesquisa e convidados a participar da mesma, deixando o folder com cada um.

Em relação à equipe médica, a qual não participa das reuniões semanais de equipe, foi realizado convite individual, apresentado a pesquisa e entregue o folder, antes de iniciarem os atendimentos médicos. Como última estratégia de conseguir alguma participação desses profissionais na pesquisa, foi feito contato com o supervisor dos residentes buscando alternativas para favorecer a sua participação, porém ainda assim não houve adesão dessa categoria profissional.

Participaram da pesquisa 29 profissionais da equipe multiprofissional que atuam na assistência direta e indireta ao usuário no serviço especificado, representando 40,28% dos trabalhadores. Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais que atuam no serviço no período mínimo de três meses.

A perda foi justificada principalmente pelo horário fixo dos encontros (sexta feira pela manhã), no qual neste período, grande parte dos profissionais da instituição não trabalha ou está envolvido com outros vínculos empregatícios. A equipe de apoio, composta por sete profissionais que atuam na cozinha e na limpeza, não se sentiu à vontade de participar da pesquisa, recusando de imediato o convite.

4.5– Processo de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu de janeiro a agosto de 2014, por meio de várias estratégias: observação participante, registros em diário de campo, pesquisa documental, utilização de instrumentos para avaliação da estrutura do serviço e atividades desenvolvidas; entrevista com o corpo gestor do serviço, encontros grupais e registros fotográficos.

Todo este processo está apresentado de forma cronológica, desde a inserção no serviço até chegar à execução dos encontros grupais.

4.5.1- Aproximação com o campo

Anteriormente ao início do processo de coleta de dados realizaram-se várias estratégias de aproximação com a unidade de saúde, pois, o método problematizador requer interação dos envolvidos no processo. Assim, foi percebida a necessidade de se conhecer o serviço e as pessoas que nele trabalham, buscando firmar uma relação de confiança antes de se iniciar especificamente a aplicação das etapas do Arco de Maguerez. Ressalta-se que a proposta de pesquisa a todo o momento, foi trabalhar em moldes de parceria academia/serviço, visando total envolvimento de ambas as partes, obtendo enriquecimento mútuo, melhorias na prática do serviço, além de resultados que trouxessem impacto na produção do conhecimento e impacto social.

Destaca-se ainda que a problematização trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, em que os problemas a serem estudados precisam valer-se necessariamente de um cenário real (BERBEL, 1998). Portanto, para o adequado desenvolvimento da Metodologia Problematizadora o pesquisador deve ser conhecedor da realidade a ser trabalhada.

Frente a isso, inicialmente, para maiores esclarecimentos em relação à pesquisa, foi realizada uma oficina de três dias com a participação de parte da equipe de pesquisadores (mestranda, orientadora, dois professores colaboradores da pesquisa FEN/UFG e duas alunas de graduação), equipe gestora da unidade de saúde e alguns profissionais do serviço onde o estudo seria desenvolvido. Nesta ocasião foram apresentados os objetivos da pesquisa juntamente com a proposta metodológica problematizadora. Ressalta-se que tal metodologia já se fazia conhecida pelas gestoras e profissionais, pois havia desenvolvido algumas

atividades de reflexão naquele serviço, baseada na metodologia do Arco de Maguerez. Assim, a aderência foi imediata e destacaram que a proposta se enquadrava com o perfil do serviço, pois a equipe apresentava caráter participativo e com facilidade de trabalhar em grupo, características estas que facilitaram o processo problematizador.

No andamento do primeiro dia da oficina, confirmou-se a pertinência em convidar a equipe gestora para este momento preparatório de inserção dos pesquisadores no campo de pesquisa, visando obter sugestões para melhor entrada no serviço, além de oportunizar informações importantes do perfil dos profissionais e rotina da unidade de saúde.

Ao final da oficina, estabeleceram-se as datas da coleta de dados de forma que a participação contasse com o maior número possível de profissionais, interferindo minimamente na rotina da unidade de saúde.

Desta forma, ficou decidido que os encontros para a aplicação das etapas do AM ocorreriam nas sextas feiras pela manhã, momento reservado para reunião semanal de equipe, sendo realizados oito encontros com intervalos em média de 15 a 30 dias.

4.5.2- Oficina preparatória para inserção no campo

A oficina ocorreu em três dias consecutivos, na Faculdade de Enfermagem da UFG, em uma sala de aula. Estes momentos foram extremamente importantes e enriquecedores.

1º dia:

Estiveram presentes a gestora geral, um enfermeiro e uma assistente social, como representantes do serviço. Como equipe de pesquisadores a mestranda, duas alunas de graduação inseridas na pesquisa, a orientadora da pesquisa, e três colaboradores (dois professores da área de Enfermagem Psiquiátrica e uma mestranda do programa de mestrado profissional/UFG, que também desenvolveu sua pesquisa pautada no Arco de Maguerez).

Iniciou-se o dia com a apresentação do projeto de pesquisa aos trabalhadores do CAPS, sanando suas dúvidas e inquietações em relação principalmente aos objetivos e processos metodológicos da pesquisa. A todo o

momento a equipe de pesquisadores expressou seu grande desejo em se realizar a pesquisa no ambiente do CAPS, ressaltando como o processo avaliativo, via Arco de Magueréz, seria participativo e enriquecedor, visando fortalecer a equipe e o serviço em si. Logo, os profissionais do CAPS ali presentes manifestaram apoio com a realização da pesquisa, nos moldes propostos, visto que parte da equipe já conhecia o método, pois em janeiro de 2014, numa iniciativa da Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, vários serviços estavam refletindo sua prática por meio desta respectiva metodologia. E, especificamente, este CAPS estava finalizando um processo de discussão acerca do acolhimento, que segundo os participantes, trouxe momentos significativos de discussão entre os trabalhadores.

Vale salientar ainda que alguns profissionais deste serviço haviam participado de uma ação de extensão promovida pela UFG envolvendo a SMS, intitulado “Saúde Mental na Roda”, cujo objetivo central é a educação permanente nos serviços do município de Goiânia, que também trabalhou a metodologia problematizadora via Arco de Magueréz. Considerado que os participantes desse processo se mostraram satisfeitos com a metodologia, além de ter atendido as necessidades de reorganização do serviço, bem como aperfeiçoou a integração do Ensino-Serviço, a adesão foi facilitada.

Em seguida, a pesquisadora que utilizou a metodologia da problematizadora explanou sua experiência exitosa ao utilizar o Arco de Magueréz no Centro de Convivência de Goiânia, apresentando os resultados positivos obtidos e também o decorrer do processo. Assim, ao relacionar a experiência apresentada e a proposta de pesquisa a ser realizada no CAPS, os profissionais ressaltaram o quanto era ampla a proposta e principalmente o quanto iria entrar nas especificidades do serviço. Diante de tal colocação, os pesquisadores firmaram que não haveria exposição indevida do serviço, e que devido a sua magnitude, era de extrema importância a inserção da mestranda no campo, lembrando que era essencial o CAPS trabalhar em parceria com os pesquisadores, numa relação horizontal e aberta. A partir da experiência vivida, também ficou claro o quanto era trabalhoso, porém gratificante, desenvolver o Arco de Magueréz, transformando a realidade por meio da reflexão dos participantes e suas ações no serviço, resultando possivelmente em uma combinação de sentimentos de ansiedade, expectativas e preocupações.

É relevante destacar que a trajetória da Faculdade de Enfermagem/UFG nos serviços de saúde mental do município - por meio de atividades de extensão, ensino e pesquisa - e o engajamento dos seus docentes foram igualmente importantes para a aceitação dos gestores em acolher e aceitar o convite dos pesquisadores.

2º dia:

No segundo dia apenas a equipe de pesquisadores se reuniu para avaliar o encontro do dia anterior, refinar os detalhes e finalizar as propostas de inserção no campo, assim como cronograma e algumas especificidades para obtenção de dados.

3º dia:

No último dia de oficina a reunião foi entre a equipe de pesquisadores e quatro profissionais do CAPS, os três presentes no primeiro dia de oficina (gestora geral, enfermeiro, assistente social), além da arteterapeuta. Foi oportunizado que apresentassem sua recente experiência com a utilização do Arco de Maguerez, que ainda estava em processo, apontando aspectos exitosos e eventuais dificuldades. Destacaram que até aquele momento haviam percebido melhorias do serviço, especificamente do tema que estavam discutindo.

A equipe do serviço valeu-se da imagem de um caleidoscópio para expressar os resultados de suas experiências com a metodologia do AM. *Scopeo* vem do grego que significa olhar, observar e traz sua beleza no movimento e foi assim que salientaram todo o processo que estavam vivenciando na educação permanente, na Saúde Mental na Roda, na medida em que foi um impulso para os profissionais olharem sua realidade, e durante o processo cada movimento da equipe promoveu combinações, soluções variadas, resultando em transformações no serviço.

Finalizando a oficina, ficou acertado que a mestrandia, responsável pela condução da pesquisa, participaria por quatro semanas das atividades do serviço, conhecendo sua rotina, atuando junto aos profissionais em suas atividades, visando real aproximação. Tal inserção também se fez importante para que os profissionais do CAPS se sentissem familiarizados com a equipe de pesquisadores, para que não sejam percebidos como pessoas estranhas no período de coleta de dados, podendo inibir a participação efetiva dos profissionais. Para os demais membros da equipe não houve necessidade de inserção naquele momento, pois já atuavam junto ao

serviço como professores supervisores das atividades práticas dos alunos de graduação do curso de Enfermagem, e por meio do PET (Programa de Educação Tutorial).

Estes momentos propiciaram adequar o planejamento da pesquisa ao perfil do serviço, obtendo maior proximidade com os profissionais da unidade, facilitando a entrada dos pesquisadores e a aceitação do processo deste trabalho.

4.5.3- Inserção no campo

O momento de inserção no campo se caracterizou por fortes mudanças políticas no cenário da Saúde Mental no município, fragilizando algumas relações de trabalho e deixando o serviço constantemente sobre pressão. Tal momento interferiu substancialmente na rotina do serviço, pois exigiu mudanças bruscas no atendimento ao usuário e no formato de funcionamento da unidade de saúde.

No entanto, a inserção da pesquisa se caracterizou por excelente receptividade dos profissionais à pesquisadora, pois em sua maioria mostraram-se prestativos em apresentar a rotina do serviço e toda a dinâmica assistencial desenvolvidas no decorrer da semana. Ficou evidente que a boa receptividade se deve também ao trabalho desenvolvido pelo professor supervisor de estágio em Enfermagem Psiquiátrica, pela professora responsável pelos alunos do PET Saúde Mental e devido à relação positiva entre os gestores e trabalhadores do CAPS com todos integrantes do grupo de pesquisa RECUID.

Há de salientar que foi expressada pelos profissionais do serviço a grande estima por estes professores e pelo trabalho que eles desenvolvem, gerando uma relação respeitosa interinstitucional, aspecto que facilitou a aceitação deste serviço ao desenvolver a pesquisa.

As relações de trabalho, desde o período de inserção, aconteceram de forma horizontal nos moldes de parceria, não houve resistências em mostrar as atividades desenvolvidas, levando a pesquisadora a participar ativamente das atividades da unidade, tendo sido possível contribuir para o serviço e ao mesmo tempo aprender além do esperado.

Todo este processo permitiu conhecer o perfil da equipe, sendo possível delinear estratégias adequadas a serem trabalhadas nos encontros grupais, embasado no Arco de Magueréz. A equipe se caracteriza por ser participativa e

crítica durante suas várias atividades, nos repasses diários e nas reuniões semanais de equipe quando os assuntos colocados em pauta são exaustivamente debatidos.

Portanto, este período permitiu aproximar da dinâmica assistencial do serviço, cuja experiência extrapolou a observação da realidade, significou vivê-la, constituindo-se em uma experiência inestimável e essencial para o desenvolvimento das ações que esta investigação tinha como meta. A inserção propiciou ainda maior envolvimento com a pesquisa, permitiu sentir e viver a proposta do projeto, refletindo inegavelmente para empoderamento da pesquisa.

4.5.4- Coleta documental e entrevista

Para coleta documental foi consultado o caderno no qual são registradas todas as atividades ocorridas no serviço, e repassados diariamente ao final de cada período, se assemelhando ao que acontece nas passagens de plantões. Tal ação tem por finalidade que todos tenham ciência dos acontecimentos da unidade.

Também se utilizou o registro histórico da unidade de saúde, através do qual foi possível conhecer seu desenvolvimento enquanto serviço central na assistência ao portador de transtorno mental. E por fim, recorreu-se ao documento que institui as atividades fixas do CAPS, permitindo apreciar o organograma da unidade, seguindo um instrumento (Anexo I) adaptado do instrumento de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL, 2010). Tal análise documental permitiu conhecer as atividades desenvolvidas junto aos usuários, família e utilização dos dispositivos sociais.

Para avaliar a estrutura física utilizaram-se fotos e observação participante, seguindo um instrumento de coleta de dados (Anexo II), também adaptado do Instrumento CAPSUL.

A fim de se conhecer como ocorre a dinâmica assistencial do serviço foi realizado entrevista conjunta com a equipe gestora (gestão técnica, geral e administrativa, conduzida pela pesquisadora, e norteada por um instrumento criado pela equipe de pesquisadores (Apêndice III). Este momento foi importante, pois para se avaliar os processos de trabalho dos profissionais deve-se ter prévio conhecimento da rotina assistencial realizada pelos mesmos, devido ao fato que, por muitas vezes, o que se realiza no cotidiano do serviço não conjuga com o que se encontra nos documentos da instituição.

4.5.5- Planejamento dos encontros

Cada encontro contou com 4 horas de duração, no período matutino, quando usualmente havia reunião da equipe do serviço. A cada encontro os pesquisadores organizavam o local, por vezes uma ou mais salas, a depender da estratégia de coleta de dados. Ficou acordado que terminada esta etapa, haveria uma curta reunião de equipe, na qual se passava os informes e brevemente discutia os acontecimentos importantes da semana. Assim, o tempo dos encontros foi cuidadosamente planejado e seguido.

O planejamento ocorria uma ou duas semanas antes de cada encontro com intensa discussão do processo que estava sendo vivido e a adequação das técnicas grupais para a aplicação das etapas do Arco de Maguerez (Apêndice IV).

Para cada encontro, planejaram-se técnicas de acolhimento, de discussão e fechamento do conteúdo trabalhado, procedimento que teve papel facilitador dos momentos da coleta de dados, proporcionando ambiente reflexivo para as discussões em grupo.

Rotineiramente participava toda a equipe de pesquisadores e outros parceiros desta investigação. Assim, contou-se com a participação, para além da mestranda responsável desta pesquisa e professora orientadora deste estudo, duas alunas de graduação em enfermagem da FEN/UFG, dois professores da área de Saúde Mental da FEN/UFG, além de uma Psicóloga inserida na Escola de Saúde Pública de Goiânia, duas Enfermeiras inseridas no Programa de Pós-graduação em Enfermagem/FEN/UFG – Mestrado e Doutorado, e uma Terapeuta Ocupacional, ligada ao programa de Mestrado Profissional da UFG.

Por fim, ao finalizar o planejamento de todas as atividades que orientariam o desenvolver do arco de Maguerez, eram levantados os materiais necessários para execução das atividades, para serem previamente disponibilizados pela equipe de pesquisadores.

4.6 - Desenvolvimento do Arco de Maguerez

Todos os encontros de coleta de dados foram sustentados pelas cinco etapas do Arco de Maguerez, cujo desenvolvimento foi facilitado pelo uso de técnicas, delineadas nos encontros de planejamento e, necessariamente ajustadas à meta de cada etapa.

Assim, alguns encontros foram trabalhados em subgrupos, outros em apenas um grupo, com todos profissionais juntos. Quando separados em subgrupos, em cada um havia dois gravadores de áudio, uma moderadora e mais uma auxiliar, garantindo o melhor andamento e registro dos dados. Quando trabalhado em grupo unitário, havia ao menos duas moderadoras e três gravadores de áudio dispostos em vários pontos na sala.

Havia sempre a presença, além da mestranda, de ao menos mais um membro da equipe de pesquisadores para atuar como mediador das discussões. Estas foram registradas em gravador digital de voz e como complemento de registros utilizou-se o diário de campo, além dos materiais produzidos pelos participantes, ao longo das atividades.

4.7 – Análise dos dados

A metodologia adotada neste estudo implica em um movimento contínuo entre a obtenção e a análise dos dados que ocorreu durante todo o percurso metodológico, de forma processual. Assim, os dados produzidos foram analisados durante o processo no qual pesquisadores e participantes empoderaram a realidade estudada, necessitando dos dados sistematizados para concluir cada etapa e iniciar a seguinte.

Os relatos gravados foram transcritos e identificados com letras “P” para profissional e “M” para os moderadores e foram numerados por encontro de acordo com a ordem dos relatos.

Após a transcrição, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, orientada por Bardin (2010), a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido cuja frequência ou presença faça sentido para o objetivo de análise escolhido, sendo organizada em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento, e interpretação dos resultados.

A pré-análise consiste em organizar os dados a serem analisados e estabelecer contato com eles por meio de uma leitura flutuante; a exploração do material é a fase de efetuar as operações de codificação dos dados; e por fim, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativamente validados, faz-se a categorização temática, em que os núcleos de sentido são inferidos e interpretados por meio do inventário (isolamento dos elementos relevantes e classificação), assim, separam-se os elementos e organizam-se as mensagens. O

resultado da técnica é o desmembramento do texto em unidades de registro, que no presente estudo foram agrupados pela similaridade dos conteúdos.

De igual forma, os dados documentais, assim como os obtidos por meio dos encontros foram transcritos e submetidos ao mesmo procedimento de análise.

Após categorização e análise temática dos dados, os resultados foram confrontados com dados validados na literatura científica.

4.8 – Aspectos Éticos

Todos os aspectos éticos foram atendidos, embasando-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Primeiramente, obteve-se a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (Anexo III), para a realização da coleta dos dados junto aos profissionais do CAPS em estudo. Atendendo as recomendações do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, o projeto foi submetido à análise do Conselho Diretor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (Anexo IV). Posteriormente, seguindo os trâmites legais obteve-se consentimento formal da coordenação do CAPS para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo V), e acesso aos documentos necessários para complementar a coleta de dados (Anexo VI).

Desta forma, o projeto de pesquisa foi cadastrado e submetido na Plataforma Brasil, sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG), tendo como parecer de aprovação o numero 623.678/2014 (Anexo VII).

Ao serem convidados a participar da pesquisa, os profissionais foram devidamente esclarecidos sobre os detalhes da investigação, sendo-lhes garantido o direito de não participarem, bem como retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem algum tipo de penalização. Ressalta-se, portanto que a participação na pesquisa foi de caráter exclusivamente voluntário. Da mesma forma, o sigilo e anonimato dos sujeitos e das informações tanto documentais quanto oriundas dos encontros foram assegurados. Por fim, a pesquisadora se comprometeu, ao final do estudo, a apresentar os resultados aos participantes com o compromisso de que serão utilizados somente para os fins previstos no protocolo e publicação dos resultados no meio científico.

Assim, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice V), em duas vias, uma entregue à pesquisadora e outra permaneceu com o sujeito da pesquisa, seguindo os trâmites éticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Este documento atesta que o profissional aceitou participar da pesquisa voluntariamente, e consentiu o uso de falas e imagens (fotos) capturadas, pelos pesquisadores.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira parte dos resultados estão apresentadas as características gerais dos profissionais do CAPS participantes do presente estudo. Na segunda parte está apresentado o desenvolvimento do Arco de Maguerez, enquanto coleta de dados e estratégia ativa de aperfeiçoamento das práticas assistenciais do serviço. Na terceira parte trata-se dos artigos científicos, sendo cinco em sua totalidade.

5.1- Perfil profissional dos participantes

O perfil profissional dos participantes foi levantado a partir de um questionário autoaplicável (anexo VIII), sem identificação, que possibilitou conhecer o gênero, idade, escolaridade, categoria profissional, remuneração, relação empregatícia e tempo de trabalho em saúde mental e no presente serviço.

A tabela 1 evidencia o número de participantes de acordo com idade e sexo.

Idade	Gênero		Total	
	Masculino Nº	Feminino Nº	Nº	%
20 a 30	0	01	01	3,45%
31 a 40	02	05	07	24,13%
41 a 50	02	13	15	51,72%
51 a 60	0	05	05	17,25%
>60	0	01	01	3,45%
Total	04	25	29	100%

Tabela 1 - Caracterização dos participantes de acordo com idade e gênero

Destaca-se que o maior contingente dos participantes deste estudo é do gênero feminino (86,20%), com idade entre 41 e 50 anos (51,72%). A idade dos participantes oscila entre 25 e 61 anos.

Dos 29 participantes, um possui ensino fundamental incompleto, dois possuem ensino médio completo e dois possuem cursos tecnológicos (um técnico em enfermagem e o outro técnico em hotelaria) e 24 possuem curso superior completo.

A equipe de assistência técnica conta com formações distintas, desde a área da saúde a área de arte e cultura, como demonstrado na tabela 2.

Formação profissional	Nº	%
Psicologia	08	33,33%
Assistência Social	04	16,7%
Enfermagem	03	12,5%
Professor de Educação Física	03	12,5%
Terapia Ocupacional	02	8,33%
Arteterapia	02	8,33%
Artes cênicas	01	4,17%
Musicoterapia	01	4,17%
Total	24	100%

Tabela 2 - Caracterização dos participantes de acordo com formação acadêmica.

O tempo de conclusão de graduação da equipe técnica variou entre dois a 32 anos: dois profissionais com até cinco anos, sete profissionais entre seis a 10 anos, nove profissionais entre 11 a 20 anos, cinco profissionais entre 21 a 30 anos, e um profissional com mais de 30 anos de conclusão de curso. Todos possuem formação complementar, como cursos e/ou pós-graduações, sendo que, um profissional possui curso, com carga horária menor que 360 horas, na área de Saúde Mental, já os outros 23 profissionais possuem pós-graduações, sendo que destes, 12 profissionais são especialistas em Saúde Mental, e 11 são especialistas em outras áreas.

Dos 23 profissionais pós-graduados sete possuem cursos de atualização e/ou treinamentos em diversas áreas, da saúde, cultura e lazer. E, dos 12 profissionais pós-graduados em Saúde Mental, cinco possuem especialização *lato sensu* em outra área.

Em relação ao tempo de atuação em saúde mental, quatro profissionais possuem até cinco anos, doze profissionais de seis a 10 anos, doze profissionais de 11 a 20 anos e um com mais de 21 anos completos trabalhando em saúde mental.

Na presente instituição dez profissionais têm até cinco anos completos, doze trabalham de 06 a 10 anos e sete tem de 11 a 20 anos de CAPS.

Dentre os participantes, 27 (93,10%) são vinculados ao CAPS por concurso, um profissional tem vínculo por contrato (tal contrato foi realizado por meio de

seleção por uma empresa terceirizada), e um profissional está vinculado por credenciamento, este último adentrou ao serviço via indicação.

A carga horária variou de 30 a 44 horas por semana, sendo que onze profissionais não especificaram sua carga horária semanal, 15 referem fazer 30 horas semanais, dois referem 40 horas semanais e um faz 44 horas semanais.

Para apresentar a variação salarial, calculou-se tendo por base o salário mínimo vigente no período da pesquisa que era R\$ 724,00. O salário bruto dos participantes em geral variou de um salário mínimo a sete mil reais, sendo que oito profissionais omitiram seu salário, quatro profissionais recebem até dois salários mínimos, um recebe de três a quatro salários mínimos, quatro recebem de cinco a seis salários mínimos, oito profissionais recebem de sete a oito salários mínimos e três recebem de nove a 10 salários mínimos.

A discrepância salarial deve-se pelo fato de ter como participantes pessoas da equipe de apoio como da equipe técnica.

Destaca-se que houve pouca diferença entre a quantidade de participantes que possuem outro vínculo empregatício (n=14) dos que não possuem (n=15). Dos 14 profissionais que somam mais uma atividade trabalhista, cinco são na área de saúde mental. Ainda em relação a esses 14 profissionais, sete possuem o trabalho adicional na rede privada, e sete na rede pública, destes últimos, um trabalha na rede municipal e seis trabalham no Estado.

5.2- Desenvolvimento do Arco de Maguerez

Para percorrer o caminho do arco, utilizaram-se técnicas em grupo pertinentes às características de cada etapa. As técnicas iniciais buscavam aquecer e estimular o grupo a participar ativamente do encontro, focando a meta do dia. Estas técnicas tiveram papel acolhedor e facilitador na climatização do momento de coleta de dados, proporcionando ambiente reflexivo.

As técnicas finais buscavam deixar reflexões acerca dos momentos vividos nos encontros, assim, os profissionais eram levados a pensar nas mudanças individuais e do grupo ao final de cada dia, haja vista que muitas vezes trouxeram sentimentos como “*felicidade, alívio, esperança, exaustão, tristeza, preocupação, expectativas*” entre outros.

Em todos os encontros foram servidos lanches, tempo que serviu de pausa para descanso e interação de todo o grupo (profissionais e pesquisadores). Nessas ocasiões também se esclareciam dúvidas sobre o andamento da pesquisa, ou acerca da metodologia. No entanto o que mais chamou atenção foram os vários comentários em *off*, repletos de opiniões fortes e ricos sobre os temas abordados nos grupos, mas que não quiseram se expor diante da equipe.

1ª Etapa – Observação da realidade e detecção dos problemas

O AM inicia-se com a observação da realidade, que é a ação de olhar atentamente a parcela da realidade que está sendo vivida, objetivando identificar problemas, dados como dificuldades, carências, discrepância, de várias ordens, que serão problematizadas (BERBEL, 2012). Problematizar significa formular o problema (uma questão, uma afirmação ou uma negação) a partir da observação, ao perceber aspectos inquietantes, instigantes ou inadequados. A problematização é relativa ao modo como o grupo olha a realidade, a partir dos conceitos e valores que possui (BERBEL, 1995).

A fim de estimular os participantes a observar a realidade, com seus próprios olhos, identificando suas características, foi proposto que a divisão em dois subgrupos, para personificação do serviço, apresentando-se, partindo da pergunta “QUEM É VOCÊ CAPS?”. Foram disponibilizadas sucatas diversas, tesouras, lápis coloridos, cartolinas e revistas, para que o grupo representasse quem era a unidade de saúde CAPS.

O subgrupo 01 personificou por meio de uma imagem encenada, na qual os integrantes entrelaçados e unidos uns aos outros, representando o trabalho em equipe, os elos entre eles e do serviço com a rede, integração da equipe/família/usuários.

O subgrupo 02 personificou utilizando objetos dispostos sobre uma cartolina, em que traziam significados como: serviço que oferece novas perspectivas, de portas abertas, acolhedor, que escuta e atende os usuários, que busca trabalhar com a família, e em equipe, que possui conhecimento, luta a favor do modelo de atenção vigente e que se diverte no cotidiano do serviço.

Ao reunir os subgrupos, a partir da realidade ali apresentada foram retirados os problemas que poderiam ser trabalhados pelos profissionais. Inicialmente foram levantados 37 problemas que envolviam vários aspectos da estrutura e processos

de trabalho do CAPS. Entende-se por questões estruturais os instrumentos utilizados no cuidado e na sua organização, inclui as propriedades de instalações, equipamentos, recursos humanos e financiamento, processos de trabalho e todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes (DONABEDIAN, 1969).

Muitos dos problemas levantados não cabem ao serviço saná-lo. Assim, como critério de seleção adotado pelo grupo foi priorizar os problemas que poderiam ser resolvidos no serviço, que estava na alçada do CAPS enquanto unidade de saúde. Os problemas que dependiam de outras instâncias seriam trabalhados em outros momentos, assim que possível, logo, de 37 foi reduzido para 26 problemas.

Este momento se caracterizou por tensas discussões, movimentando o íntimo do serviço, se apresentando como situação incômoda para alguns. Falar e discutir problemas é realmente complicado e delicado em qualquer situação.

Na seleção de problemas, com a técnica em grupo utilizou-se uma que objetiva o saber priorizar, na qual foi deixado no meio da roda dos participantes um vaso pequeno, uma pedra grande, uma pedra média, feijões e sementes de jacarandá, e foi solicitado que o grupo fizesse as pedras, as sementes e os feijões caberem no vaso. O grupo concluiu que para realizar a atividade foi necessário consenso, planejamento, organização, respeito com a opinião do outro, priorizar o que deve vir primeiro e o que pode ser deixado para depois, e saber escolher, pois muitas vezes ao resolver um problema, desencadeia a resolução de outros, como em um efeito cascata.

Os critérios de seleção utilizados pelo grupo foram: o problema que seria o ponto de partida para resolver outros; o problema que interfere em vários aspectos do funcionamento do serviço; e o problema que vem de baixo para cima. Assim selecionou problematizar dificuldade de acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este é compreendido como uma estratégia de cuidado, pautada nas ações articuladas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar do CAPS e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (BOCCARDO *et al.*, 2011).

2ª Etapa – Pontos Chaves

Após definir o problema a ser trabalhado, inicia-se uma reflexão acerca dos possíveis fatores e determinantes maiores relacionados ao problema. Esta reflexão levará a definição dos Pontos-chave (COLOMBO; BERBEL, 2007). Ou seja, avalia as variáveis implicadas nesse processo e realiza uma síntese, na qual serão elencados os pontos essenciais que deverão ser estudados a partir do problema selecionado (BERBEL, 1998).

Para levantar os possíveis fatores determinantes do problema fez-se um momento de interiorização para que cada um individualmente refletisse de como “eu” (enquanto profissional) estou no serviço, na relação com o usuário e sua família, na relação com a equipe, e como sua postura contribui para o problema. O movimento de reflexão do EU dentro do serviço, estimula o reconhecimento da responsabilização pessoal do ser enquanto agente causador tanto de problemas, como de soluções e/ou mudanças no serviço. Após a reflexão, os profissionais anotaram em filipetas, não identificadas, o que eles pensavam sobre seu papel no serviço diante do problema. Posteriormente foram compartilhadas as reflexões individuais com o grupo, que confrontaram de como as posturas individuais interferem na equipe e conseqüentemente no serviço.

No decorrer das discussões foram arquitetados os pontos chave, sendo anotados no *net book*, projetados via *data show*, para que todos visualizassem e pudessem validar os possíveis fatores e determinantes maiores do problema.

Ao final deste encontro foi pedido que todos buscassem conhecimento, de qualquer natureza, acerca do problema e pontos-chave para subsidiarem a próxima etapa referente a teorização.

3ª Etapa – Teorização

Corresponde à investigação propriamente dita, em que se buscam as informações que necessitam sobre o problema, dentro de cada ponto-chave. Esta etapa se desenvolve em forma de pesquisa, podendo utilizar de diversos métodos (BERBEL, 1998). Este é o momento de se construir respostas mais elaboradas para o problema. Todo estudo, até esta etapa, serve de base para a transformação da realidade (COLOMBO; BERBEL, 2007).

O encontro se iniciou com o quebra cabeça chinês denominado *Tangram*, que é formado por sete peças (cinco triângulos, um quadrado e um paralelogramo). Com essas peças podem-se formar várias figuras, utilizando todas elas sem sobrepô-las. Este jogo foi vivido como técnica em grupo, incentivando o trabalho em equipe na construção de um propósito. Assim, subdividiu em pequenos grupos de 4 a 5 pessoas e solicitou que construíssem algumas imagens.

Após o grupo construir imagens, foram mostrados modelos preexistentes. Para alguns participantes os modelos eram “melhores” que o feito por eles, já para outros, os construídos pelo esforço deles tem mais a “cara” do serviço e da equipe. Assim, estimulou-se a reflexão dos benefícios de conhecer outros modelos constituídos, ressaltando que nem tudo que se encontra em outro lugar é o melhor para a realidade do serviço. Fato paralelo à teorização na qual se busca conhecimento para construir hipóteses de solução do problema.

Alguns participantes referiram que a técnica levou a sentimento de frustração ao comparar as figuras construídas por eles com os modelos instituídos no jogo. Outros já viram os modelos existentes como outras possibilidades. Em reflexão final ficou destacado a dificuldade de ser comparado a outros. Porém conhecer outras realidades pode ampliar horizontes de soluções. Entende-se que não se deve necessariamente espelhar integralmente no que o outro faz, mas sim fazer adaptações e/ou refletir outras possibilidades e adequá-las a nossa realidade.

Após a aplicação da técnica foi pedido para que os participantes compartilhassem os resultados das buscas que deveriam ter feito após o último encontro referente aos pontos-chave. No entanto nenhum profissional desenvolveu a atividade proposta, prejudicando a etapa de teorização que preconiza que os coordenadores deixem de ser fornecedores de informação, para que os participantes possam ser orientadores metodológicos do processo, sendo protagonistas na busca e elaboração de informações.

Diante deste fato a teorização se deu por meio da entrega de artigos e textos aos profissionais, este material seria de complemento das buscas individuais que deviam ter sido realizadas.

Conscientes de que ofertar informações e que utilizar somente um tipo de fonte foge da orientação da MP, fez-se necessário prosseguir a etapa de teorização devido ao tempo previsto para coleta de dados.

Para o desenvolvimento da teorização dividiu-se o grupo em cinco subgrupos para que eles lessem e discutissem naquele momento a realidade vivida comparada ao encontrado na literatura, para que posteriormente apresentassem para os demais, discutindo hipóteses de soluções que poderiam ser aplicadas no CAPS. Os textos apresentavam vivências de outros serviços tipo CAPS ou unidades de saúde.

4ª Etapa – Hipóteses de Soluções

Ao relacionar as informações teorizadas com as reflexões realizadas nas etapas anteriores, elaboram-se as hipóteses de solução para o problema. Nesse momento a criatividade e a originalidade foram estimuladas para se pensar em alternativas de soluções (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Nesta etapa utilizou-se o vídeo “esse problema não é meu”, que trata da dificuldade de responsabilização diante dos problemas que surgem no cotidiano dos serviços. Reflete como a ação de não se responsabilizar interfere no problema, podendo agravá-lo, e não solucioná-lo. E, por fim, também demonstra que a responsabilização em equipe traz bons frutos na resolução dos problemas, facilitando tal processo. O vídeo conferiu com algumas demandas levantadas pelo grupo, tendo finalidade reflexiva e motivacional no processo de problematização de atividades e relações no serviço.

Assim, os subgrupos socializaram a teorização feita, discutindo com o grande grupo possíveis soluções ao serviço.

Mediante as hipóteses construídas vislumbrando a aplicação na realidade, foi proposta a construção de plano de ação, seguindo a ferramenta 5W2H. Esta ferramenta trata-se de um suporte no processo estratégico que permite garantir que as informações básicas e mais fundamentais sejam definidas, assim as ações propostas serão minuciosas, contribuindo para que estas sejam atendidas, de forma simples, respondendo a sete perguntas *What, Who, Why, Where, When, How, How Much*, traduzindo tem-se, O que? Quem? Por quê? Onde? Quando? Como? Quanto custa?(MEIRA, 2003)

Para o desenvolvimento desta atividade o grupo se dividiu em cinco subgrupos, que após construírem, apresentaram para toda a equipe de forma dialogada seis planos de ações, sendo um momento muito participativo. No decorrer da apresentação os demais profissionais sugeriram modificações e com discussões

e reflexões chegavam a comum acordo do que era possível aplicar na prática, no contexto do serviço.

5ª Etapa – Aplicação na realidade

Na última etapa, Aplicação à Realidade, as decisões são executadas na prática, é o retorno do estudo à realidade investigada, na qual se intervém de forma concreta, apresentando papel transformador (BERBEL, 1998). É o momento que permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento do pesquisador para voltar para a mesma realidade, transformando-a (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Esta etapa utilizou a técnica dos balões, que tem por finalidade manter os balões no ar. Foi dado um balão a cada participante, e no decorrer do tempo foram sendo lançados mais balões, gradativamente. Ao final, participantes referiram que ficou claro a necessidade do outro para apoiar o cuidado, além da responsabilização em relação aos usuários e trabalho no CAPS, o qual deve ser dividido por todos profissionais, que caso na ausência de um o restante da equipe consiga manter “os balões no ar” (a assistência com qualidade). Também perceberam o sentimento de posse, muitas vezes vividos no serviço, em que alguns cuidaram “só do que é meu”, diante disso infere-se que deve-se ter uma forma de organização dos processos de trabalho, na qual consiga “cuidar do seu”, apoiar o outro no cuidado, além de cuidar do “do outro” quando se fizer necessário, sem sobrecarga de trabalho. Além de que, relacionaram os balões caídos, com os problemas não resolvidos, que passam de mão em mão, e ninguém se responsabiliza para saná-lo. Enfim, concluiu-se que o modo em que o grupo trabalha em equipe, foi claramente refletido na técnica.

Para fechar o momento, tocou a música “tente outra vez”, do cantor e autor Raul Seixas. Estratégia motivacional a sempre seguirem em frente, mesmo diante dos problemas que sempre estarão presentes no cotidiano do serviço.

Assim, após o momento reflexivo, foram compartilhadas as experiências de retorno das ações planejadas na realidade do serviço. Várias ações planejadas foram realizadas no período do desenvolvimento deste estudo, melhorando significativamente as relações na equipe, e no assistir o usuário. Algumas ações ainda ficaram a serem implementadas, por serem aprazadas com um período maior do que o previsto para o estudo propriamente dito.

Síntese do percurso

A figura 02 sintetiza o desenvolvimento do processo do Arco de Maguerez, detalhando as metas atingidas em cada encontro.

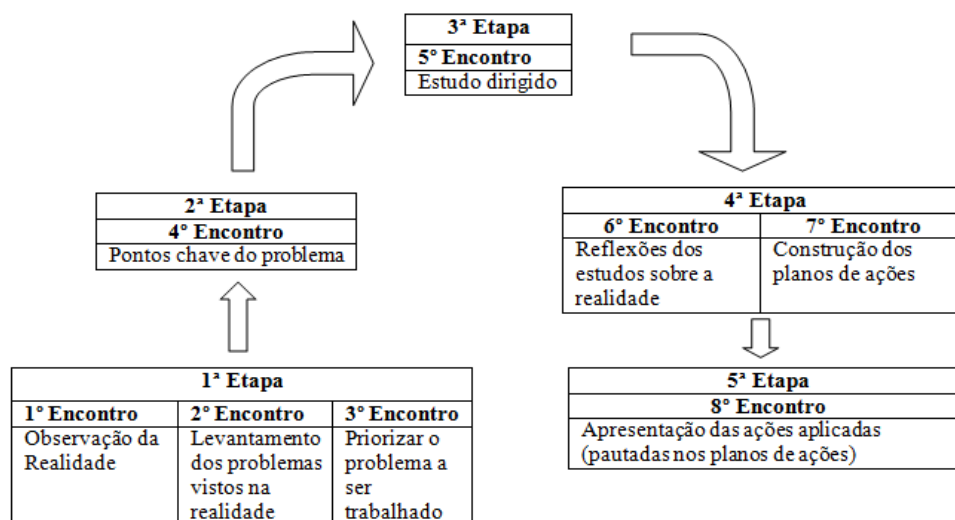


Figura 02: Encontros grupais no desenvolvimento do Arco de Maguerez

Avaliação dos participantes sobre o processo:

Ao final do processo problematizador, os participantes fizeram uma análise do percurso caminhado neste estudo, que foi escrita em folhas não identificadas.

Alguns participantes ao iniciar o processo do estudo referiram insegurança e receio em relação à exposição das deficiências do serviço, outros já iniciaram confiantes e desejosos por melhorias e mudanças no serviço, sendo fato visto em todo processo avaliativo, em há temor ao se avaliar, mas anseia os benefícios deste processo.

O desenvolvimento do estudo foi caracterizado pelos participantes como surpreendente, pois a cada encontro apresentou uma troca diferente. Difícil, com muitos obstáculos, como pessoas com pouca disposição para mudanças. Ou mesmo, desafiante, produtivo e gratificante, referindo o fato de que a equipe deixou de ser “cada um no seu quadrado”, nesse momento, e trabalhou com mais sensibilidade e cuidado.

Ao avaliarem os frutos do processo de problematização, referiram saírem motivados, com maior clareza sobre o serviço, e visão mais clara da equipe, e de como lidar com ela, além de confiante no fortalecimento da equipe e acreditando

estar no caminho certo, em busca de melhorias. Assim, percebe-se a satisfação com o trabalho realizado, e a vontade de que as ações planejadas sejam efetivadas.

Por fim, relataram que para continuarem a colher bons frutos, pretendem continuar o trabalho, replanejando e procurando sanar as dificuldades, colaborando para que os projetos sejam realizados e as mudanças alcançadas, por meio da pró atividade. Além de referiram investir em estudos e aprimoramento do conhecimento pessoal, visando sempre melhoria no atendimento.

A experiência de aplicar o Método do Arco como método de coleta de dados na avaliação do cotidiano de um serviço de saúde mental, permitiu aperfeiçoar as práticas assistenciais, por meio da ação/reflexão/ação. Fato devido ao caráter dialógico-problematizador intrínseco à Metodologia Problematizadora, no qual todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, sujeitos e pesquisador, obtém crescimento mútuo, pela vivência coletiva (BORILLE *et al.*, 2012).

5.3 – Artigos

ARTIGO 01- Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa

Autores: Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Eurides Santos Pinho.

ARTIGO 02- Análise da Dinâmica Assistencial em um Centro de Atenção Psicossocial

Autores: Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Eurides Santos Pinho, Kamilla Lelis Rodrigues Araujo, Fernanda Costa Batista, Camila Caixeta Cardoso.

ARTIGO 03- Avaliação do Processo de Trabalho dos Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

Autores: Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Eurides Santos Pinho, Nathália Santos Silva, Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

ARTIGO 04- O Projeto Terapêutico Singular como Ferramenta de Cuidado

Autores: Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Camila Caixeta Cardoso, Eurides Santos Pinho, Anna Carime Souza.

ARTIGO 05- Percepções dos Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o processo de transição de CAPS II para III

Autores: Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Eurides Santos Pinho, Douglas José Nogueira, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante.

Artigo 01

Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa

Adrielle Cristina Silva Souza, Eurides Santos Pinho, Elizabeth Esperidião.

Resumo: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca os processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), refletindo sobre as práticas dos serviços, destacando a reinserção social dos usuários, através do cumprimento da perspectiva biopsicossocial. A bibliografia levantada objetiva demonstrar como os processos de trabalho estão sendo desenvolvidos pelos profissionais dos CAPS, e suas repercussões para o usuário desse serviço. A revisão da literatura foi feita nas bases de dados Lilacs, SciELO e PubMed, em Português, Inglês e Espanhol, com o produto de 57 artigos que foram analisados e organizados em planilha Excel. Este estudo mostrou deficiências na quantidade e qualidade dos recursos físicos, humanos e materiais, fragilidade da rede em saúde mental, além de identificar dissonâncias no atendimento aos usuários e seus familiares, o que leva à redução da qualidade nos processos de trabalho. Os desfechos mais pautados foram acolhimento, projeto terapêutico singular; e a territorialização como dissonância na proposta de desinstitucionalização. Este trabalho reúne experiência e conhecimentos profissionais espalhados por todo o país, com notas que orientam o redirecionamento das práticas assistenciais.

Palavras chave: Saúde Mental; serviços comunitários de saúde mental; serviços de saúde mental; Prática Profissional.

INTRODUÇÃO

Diante do modelo manicomial vigente, resultando na Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica que regulamenta a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Há ênfase no cuidado em serviços substitutivos, de base comunitária, com vistas a reinserção social de pessoas com transtorno mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Na perspectiva do modelo de Atenção Psicossocial, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se diferenciam entre si, de acordo com a clientela atendida (transtornos mentais, álcool e outras drogas, e infanto-juvenil) sendo classificados por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Tais serviços possuem cultura própria, no qual os processos de trabalho são desenvolvidos por equipes multiprofissionais. Oferecem atividades diversificadas,

com atendimentos individuais e em grupos. A família é considerada fundamental no tratamento, com atendimento específico e com livre acesso ao serviço, sempre que necessário (MIELKE *et al.*, 2009).

Na lógica da PNSM, atender a integralidade dos usuários é um dos grandes desafios para os profissionais da área, considerando o déficit de recursos nos serviços, que implica diretamente nos seus processos de trabalho.

Buscando dar visibilidade ao tema, este artigo objetivou caracterizar as produções acerca dos processos de trabalho dos profissionais dos CAPS, segundo as diretrizes da PNSM.

METODOLOGIA

Optou-se pela revisão integrativa, pois é uma ferramenta importante na comunicação dos resultados de pesquisas, proporciona a síntese do conhecimento produzido, podendo fornecer subsídios para a melhoria da assistência à saúde. Este processo pode facilitar a incorporação de evidências, agilizando a transferência de conhecimento para o redirecionamento das práticas assistenciais (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

O levantamento bibliográfico, realizado em julho de 2014, foi nas bases de dados Lilacs, Scielo e PubMed, por serem as mais usadas em publicações no âmbito da saúde abrangendo as publicações entre os anos de 2001 a 2014, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. O início do período pesquisado foi determinado pelo ano da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira até a atualidade. Utilizaram-se as seguintes palavras chaves, em inglês e português: saúde mental, CAPS, processos de trabalho, serviços substitutivos em saúde mental, serviços comunitários em saúde mental, também com o operador booleano AND para combinações entre os grupos de palavras.

Desta forma, incluíram-se artigos que tratavam dos processos de trabalho dos profissionais, ligados à assistência, desenvolvidos exclusivamente nos CAPS.

Foram excluídas monografias, dissertações e teses, por ser impraticável analisá-las sistematicamente, como também artigos de reflexão e revisão, além

daqueles que tratavam de experiências de uma só categoria profissional, pois o objeto de pesquisa foca o trabalho da equipe na Atenção Psicossocial.

A seleção inicial dos artigos se deu pela avaliação dos títulos e dos resumos a partir da utilização das palavras chaves supracitadas. Quando o título e/ou resumo não eram esclarecedores buscava-se o artigo na íntegra, evitando deixar estudos importantes fora desta revisão integrativa.

Após o descarte dos resumos duplicados, da leitura minuciosa dos restantes, encontrou-se 153 artigos que foram lidos na íntegra, sendo excluídos 96, que não atendiam o presente objetivo.

Ressalta-se que todo o processo na captura dos dados foi empreendido por dois pesquisadores que realizaram ao mesmo tempo a busca nas bases de dados utilizando os mesmos critérios, de forma independente. Após discutirem as avaliações prévias, resultaram 57 artigos que foram organizados em planilha no *Excel* discriminando: região de realização do estudo, autor(es), ano da publicação, desfecho, e método. Ao final, houve avaliação de um terceiro pesquisador, para apreciação dos resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados de acordo com as temáticas e processos de trabalhos percorridos nos artigos analisados, tendo sido agrupados em três categorias e 18 subcategorias, as quais representam os desfechos sinalizados pelos autores (Tabela 1).

CATEGORIA	DESFECHO
Fatores dificultadores nos processos de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Inadequação da estrutura física e material • Formação deficiente para o trabalho • Vínculo precário com o serviço e baixos salários • Dificuldades de desenvolver o trabalho em equipe • Permanência da hegemonia da especialidade médica • Medicalização da assistência
Práticas desenvolvidas no CAPS	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Projeto Terapêutico Singular • Referencia técnica • Grupos e oficinas terapêuticas • Apoio Matricial • Visita domiciliar • Atendimento familiar • Manejo em situações de crise • Reinserção pelo trabalho • Reunião de Equipe e Assembleias
Dissonâncias na proposta de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação com a rede ineficaz • Institucionalização dentro do CAPS

Tabela 1: Categorias e desfechos dos processos de trabalho

Com intuito de sinalizar os artigos e seus respectivos desfechos, a tabela 2 aponta a frequência com que eles aparecem nas 57 publicações analisadas.

CATEGORIAS	DESFECHOS	FREQUÊNCIA	
		(n)	%
Fatores dificultadores nos processos de trabalho	Inadequação da estrutura física e material	13	22,8
	Formação deficiente para o trabalho	10	17,5
	Vínculo precário com o serviço e baixos salários	5	8,8
	Dificuldades de desenvolver o trabalho em equipe	8	14
	Hegemonia da especialidade médica	9	15,8
	Medicalização da assistência	7	12,3
Práticas desenvolvidas no CAPS	Acolhimento	21	36,8
	Projeto Terapêutico Singular	16	28
	Referencia técnica	5	8,8
	Grupos e oficinas terapêuticas	15	26,3
	Apoio Matricial	5	8,8
	Atendimento familiar	8	14
	Visita domiciliar	5	8,8
	Manejo em situações de crise	6	10,5
	Reinserção pelo trabalho	5	8,8
Reunião de Equipe e Assembleias	8	14	
Dissonâncias na proposta de desinstitucionalização	Territorialização	22	38,6
	Institucionalização	14	24,5

Tabela 2: Relação dos artigos analisados e seus respectivos desfechos.

Verifica-se que todos os estudos utilizaram abordagem qualitativa, dos quais, 38,6% deles referem questões relativas às práticas desenvolvidas no CAPS, sendo que os desfechos Territorialização e Acolhimento são os mais frequentes, seguidos do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Até 2007 poucas publicações faziam referência aos processos de trabalho nos CAPS, que se concentram entre os anos de 2009 e 2012, com decréscimo acentuado em 2013 e 2014, embora este último ainda não tenha se completado.

Há diferença significativa na distribuição onde os estudos foram realizados: as regiões sul, sudeste e nordeste são as que mais publicaram acerca do tema, com 16, 13 e 11 artigos respectivamente, enquanto que as regiões centro-oeste e norte apresentaram 3 e 1 trabalhos.

Considerando que as três categorias que emergiram na análise dos artigos capturados trazem contribuições significativas para a identificação dos processos de trabalho desenvolvidos nos CAPS, o conteúdo que os mesmos apresentam serão detalhados, buscando apreender o que tratam especificamente.

Fatores dificultadores nos processos de trabalho

As publicações a respeito dos fatores dificultadores nos processos de trabalho nos CAPS sinalizam as dificuldades geralmente atreladas à estrutura física e material, para a realização das oficinas (SCHNEIDER *et al.*, 2009; RÉZIO; OLIVEIRA, 2010). Evidenciam também a insuficiência de recursos humanos compatíveis com as necessidades do serviço, rotatividade de profissionais, desordem dos prontuários, jornada extensa de trabalho (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005; FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008; LEÃO; BARROS, 2008).

Os rearranjos feitos pelos profissionais com relação à falta das ferramentas adequadas para o trabalho interferem na satisfação do profissional em desenvolver suas atividades assistenciais (MIELKE *et al.*, 2009), além de comprometer o planejamento na perspectiva psicossocial (COLOMBAROLLI *et al.*, 2010).

A formação deficiente para trabalhar nos serviços de base comunitária é também apontada como fator dificultador nos processos de trabalho. Para o atendimento no modelo psicossocial, a formação deve voltar-se para a reinserção social do usuário que traz fortemente ideias antimanicomiais (RÉZIO; OLIVEIRA, 2010; LEÃO; BARROS, 2008). Muitos profissionais que atuam nos CAPS foram formados no antigo modelo assistencial, cuja consequência é a dificuldade de realizarem seu trabalho na perspectiva da atenção psicossocial (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2009).

A realidade nacional desvela a necessidade de capacitação de Recursos Humanos em Saúde Mental (SCANDOLARA *et al.*, 2009), muitas vezes não concretizadas pelos reduzidos investimentos financeiros (COLOMBAROLLI *et al.*, 2010). O desconhecimento do papel do CAPS se configura como obstáculos ao avanço da Reforma Psiquiátrica, impossibilitando o cuidado integral, reduzindo as mudanças de modelo assistencial à simples abertura de novos serviços. Os profissionais precisam acreditar e defender o modelo psicossocial (BALLARIN *et al.*, 2011; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Outros fatores abordados pela literatura exercem influência nos processos de trabalho, como vínculo precário (contrato temporário), pouca ou quase nenhuma experiência de trabalho em saúde mental (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010a); baixos salários (BALLARIN *et al.*, 2011), desestimulando a prática assistencial e o investimento em formação profissional (NUNES *et al.*, 2008). Tais condições podem resultar no despreparo para atender os usuários do serviço, muitas vezes gerando sentimentos de frustração e culpa entre os trabalhadores (MELLO; FUREGATO, 2008).

A hegemonia médica e a medicalização da assistência foram citadas como desfechos, indicando ser um fator que muitas vezes inviabiliza ou dificulta os processos de trabalho da equipe interdisciplinar nos serviços substitutivos, na perspectiva do modelo de atenção psicossocial.

A PNSM rompe com a exclusividade do modelo médico centrado, ocorrendo à incorporação de profissionais de diversas áreas da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2010). Junto a essa mudança vem às dificuldades do trabalho em equipe, na comunicação ou, simplesmente, a não comunicação entre os profissionais (VASCONCELLOS, 2010).

Com a persistência da hegemonia médica é percebido a supervalorização do saber médico em detrimento dos outros saberes. A tradição da medicina confere ao médico prestígio social (ALMEIDA *et al.*, 2010; VASCONCELLOS, 2010), reforçado pelo fato que, muitas vezes, o acesso à equipe multiprofissional ocorre por meio de seu encaminhamento, mantendo dependência da consulta psiquiátrica para o desenvolvimento das demais práticas assistenciais. Tal situação colabora fortemente para fila de espera e medicalização da assistência (JORGE *et al.*, 2010) aspecto bastante discutido na literatura, como um dos grandes entraves da Reforma Psiquiátrica.

Profissionais, usuários e familiares admitem que a não adesão ao tratamento medicamentoso significa não adesão ao tratamento, ficando a resolubilidade do cuidado remetida somente aos medicamentos. Neste aspecto, o tratamento médico é considerado absolutamente necessário e indispensável, há a subvalorização das ações de reabilitação psicossocial, vistas apenas como possibilidades (ALMEIDA *et al.*, 2010; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Neste sentido, nesta análise é percebida a necessidade de superar os modelos biomédico e manicomial, ainda muito presentes nas ações em saúde mental (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Práticas desenvolvidas no CAPS

O acolhimento, que pressupõe a escuta qualificada e o vínculo, foi o desfecho mais frequente nos últimos cinco anos nas publicações analisadas. Abordam sua essência e habilidades necessárias para o seu real valor, superando o conceito de triagem e, remete à primeira aproximação um tom mais caloroso no atendimento (JUCÁ, LIMA, NUNES, 2008). O ato de acolher é vista como uma ferramenta de intervenção caracterizada por ser uma atitude de inclusão, por meio da escuta das necessidades que emergem da história de vida e da circunstância vivenciada dos usuários e sua família (COIMBRA *et al.*, 2013; JORGE *et al.*, 2011; SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

Desenvolver o acolhimento na perspectiva da valorização do saber do outro implica na produção de efeito terapêutico em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico, favorecendo a compreensão de suas demandas (BALLARIN *et al.*, 2011; SCHEIBEL; FERREIRA, 2011), o alívio e o estabelecimento da relação de ajuda (SOARES; SAEKI, 2006).

Possibilita ainda a construção de relações de confiança entre trabalhadores e usuários, pautados na construção de laços afetivos, edificação de vínculos como conquista, de forma gradual, o que facilita o tratamento e favorece a relação entre usuários e equipe (JORGE *et al.*, 2011; MIELKE *et al.*, 2009).

O acolhimento e a vinculação devem envolver a família, que passa a perceber o CAPS como recurso adequado para atender às suas necessidades e de seus familiares (KANTORSKI *et al.*, 2012).

Tidos como ferramentas interdependentes, acolhimento, escuta e vínculo só funcionam com comprometimento da equipe (COIMBRA *et al.*, 2013). Assim, o CAPS deve permitir a circulação da palavra, troca de experiências, considerando a subjetividade de cada um, sendo desafio atender as demandas do indivíduo singular no ambiente coletivo (ALMEIDA *et al.*, 2010).

O terceiro desfecho mais citado entre os artigos visitados, foi o Projeto Terapêutico Singular, compreendido como norteador da assistência. Precisa ser construído junto com o usuário como estratégia de corresponsabilização e estímulo à sua autonomia, com vistas ao resgate da cidadania, autoestima, poder contratual tendo como pilar o projeto de vida de cada um (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012). O PTS busca instituir ações que trabalhem incapacidades, necessidades, medos, angústias e sonhos para que a pessoa possa voltar a gerenciar sua vida (JORGE *et al.*, 2011).

É essencial que seja avaliado periodicamente com o usuário, familiares a partir da discussão entre a equipe, readequando as necessidades que vão surgindo (MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011).

No estudo de Camatta e Schneider (2009), realizado com familiares, percebeu-se que os mesmos não reconhecem o PTS como instrumento de trabalho da equipe, questionando-se se estes são incluídos na construção e desenvolvimento da proposta terapêutica.

Figueiró e Dimenstein (2010) apontam como dissonância no PTS, a estrutura rígida no funcionamento do serviço, no qual o planejamento das oficinas e replanejamento de estratégias foram realizados apenas pela equipe técnica, invalidando a capacidade dos usuários de pensarem seus cotidianos, refletirem sobre seu próprio tratamento e de gerirem sua existência.

O desenvolvimento do projeto terapêutico junto ao usuário e seus familiares, conta com o acompanhamento do referente técnico ou da equipe de referência, sendo conduzido por profissionais que mantêm o diálogo entre os diferentes atores sociais, potencializando vínculos, além de estabelecer responsabilidade entre os serviços de saúde e a rede de relações do usuário. O referente desponta como forte influenciador no comportamento de usuários e familiares, atuando como mediador em algumas situações (PINHO *et al.*, 2011).

As publicações discutem seu desempenho e como por vezes os profissionais institucionalizam o cuidado, confundindo o papel de referente com o de

tutor. Deve-se ter cautela para que não se estabeleça relação de domínio sobre o sujeito, sob riscos de práticas controladoras (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

O modelo de equipe de referência, o qual desloca a referência de um único profissional para um conjunto de técnicos, é referido como vantagem, pois permite a cobertura assistencial mais completa com discussão interdisciplinar, evita a centralização do caso numa só pessoa, institui o compartilhamento das responsabilidades além de contribuir para que os usuários ampliem seus laços afetivos (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010; VASCONCELLOS, 2010).

Dentre as práticas desenvolvidas no CAPS, as publicações focam as atividades grupais e oficinas, demonstrando o interesse em avaliá-las quanto sua eficácia como finalidades terapêuticas.

Em estudo realizado com usuários destaca-se que o grupo é tido um lugar de apoio, onde se debate a necessidade de ajudar a si próprio, pedir suporte quando necessário, sendo que as recomendações compartilhadas contribuem na valorização das atitudes positivas de seus membros e na maneira de se posicionarem no mundo (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006). Por outro lado, a compreensão dos objetivos das oficinas entre os cuidadores é entendida como atividade de lazer, embora tenha certa percepção do seu poder terapêutico (ALMEIDA *et al.*, 2010).

É vista a inquietação ao fato dos grupos e oficinas não considerarem a capacidade de simbolização e elaboração dos sujeitos, resultando em atividades meramente operativas, com usuários sem vontade de participar (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010).

As atividades não devem ser consideradas apenas para preencher o tempo, mas sim, como importantes espaços para trabalhar a concentração, criatividade e ansiedades do indivíduo ou do grupo. Devem, pois se estender ao campo socioeconômico, configurando-se como oportunidades de aprendizagem de técnicas artesanais que podem ser posteriormente utilizadas como atividades de geração de renda (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

As oficinas profissionalizantes associam-se à inclusão social no sentido da Reabilitação Psicossocial, uma vez que promovem a mudança de papel social dos usuários, na medida em que os instrumentaliza a produzir e vender seus produtos, de forma autônoma (PINHO *et al.*, 2009).

Tavares (2003) elenca algumas possibilidades dos grupos e oficinas de base artística, considerando-os como potentes ferramentas terapêuticas, na medida em que favorecem a comunicação com o usuário e circulação de afetos, permitem a expressão de emoções e sentimentos, promovem a reabilitação, proporcionam novas experiências e possibilitam a construção subjetiva.

As oficinas de arte e cultura nos CAPS têm este papel, ao se apresentarem como dispositivos terapêuticos capazes de proporcionar, além da saúde mental, espaço de convivência e integração dos usuários com a sociedade, resultando em parcerias com espaços culturais no território, em que os participantes trabalhando com temas relacionados aos seus desejos, projetos e criações podem se reconhecer como sujeitos criativos, competentes e produtivos (GALVANESE; NASCIMENTO; D'OLIVEIRA, 2013).

O desfecho matriciamento, foi encontrado como o principal objeto de estudo nas publicações a partir de 2010 e não sendo capturados antes deste período.

O apoio matricial é uma prática em que a equipe da saúde mental oferece suporte às equipes de Saúde da Família, promovendo a articulação dos serviços especializados em rede horizontalizada com vistas à interlocução mais profunda entre serviços de saúde, ao promover maior capilaridade das ações em saúde mental no território articulando-se com outros setores sociais (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Chiavagatti *et al.* (2012) observam que a articulação se estrutura basicamente na supervisão e capacitação das equipes e em um sistema de referência e contra referência, muitas vezes, mascarados sob a lógica dos encaminhamentos.

Nesse aspecto, destaca-se que para a efetuação do matriciamento é imprescindível à construção de redes de diálogo entre os serviços da rede de atenção. Tal responsabilidade cabe não apenas aos trabalhadores, mas também o empenho e envolvimento dos gestores públicos com vistas à efetivação da PNSM (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta no apoio matricial que pode ser utilizada conjuntamente entre a equipe da saúde da família e a equipe do CAPS. Sendo um dispositivo de cuidado tende a fortalecer vínculos e construir pontes entre sujeitos, serviços e sociedade. Embora citada em somente 05 dos artigos selecionados, é considerada como um importante mecanismo terapêutico, pois,

permite aos profissionais compreenderem a dinâmica familiar e a forma de inserção do usuário na família e além de, oferecer apoio às famílias, valorizando-as na condução do tratamento podendo ainda mediar melhor os conflitos entre eles (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010; KANTORSKI; MACHADO; LEMÕES *et al.*, 2012).

A literatura não questiona a importância da participação da família na proposta terapêutica e a considera como retaguarda para suportar os encargos do sofrimento mental, destacando que muitas vezes o sucesso decorre também da sua responsabilidade. A reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias são facilitadas quando os familiares acreditam na melhora na condição de saúde do usuário.

Wetzel *et al.* (2009) defendem que a família é a unidade cuidadora e sua inclusão é essencial para a proposta de reabilitação psicossocial exigindo que a equipe se responsabilize por ela, pois é igualmente afetada pela condição da doença. No entanto, ainda há ausência de familiares nas atividades dos serviços, que pode estar relacionada às dificuldades em assumir a responsabilidade que lhe cabe no tratamento, o que se justifica pelo sentimento de sobrecarga em relação ao usuário (MIELKE; KANTORSKI; JARDIM, 2009).

É preciso compreender a família como parceira no enfrentamento e vivência da doença mental para além dos muros hospitalares, a fim de se evitar a fragmentação do cuidado, facilitar a continuidade e cumplicidade entre os envolvidos em todos os espaços sociais possíveis, indo ao encontro da proposta psicossocial de reabilitação (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; LAVALL, OLSCHOWSKY, KANTORSKI, 2009).

Para a inclusão da família no tratamento, deve-se conhecer plenamente sua situação biográfica. Compreender a história da família pode ser uma potente estratégia da equipe do CAPS na atenção à saúde mental, podendo potencializar o enfrentamento das adversidades impostas no seu cotidiano, possibilitando-as caminhar de maneira menos dolorosa, superando momentos de crise (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

O manejo em situações de crise foi mencionado em algumas publicações e tem implicação direta na qualidade de vida das pessoas, vez que diante de sofrimento intenso acaba por gerar desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito, acarretando ruptura com a realidade socialmente aceita. Os

momentos de crise não se restringem apenas ao momento agudo em que os sintomas estão presentes, mas a um momento complexo que envolve a existência do sujeito com suas questões familiares, sociais, de relação e de afeto. Por isso é necessária à escuta que permita a expressão das subjetividades e intervenção que instrumentalize a pessoa a responder as situações desencadeantes da crise (WILLRICH *et al.*,2011).

Esse momento exige apoio e cuidado intensivos, com responsabilidade e humanização, respeitando a individualidade e valorizando a subjetividade. A abordagem deve incluir, além da relação empática profissional/usuário, preocupações com o ambiente e torná-lo seguro para todos os presentes (WILLRICH *et al.*,2011).

Estudo de Lima *et al.* (2012), demonstrou que na crise o primeiro recurso de enfrentamento é a internação psiquiátrica, muitas vezes mediada pela polícia, fato questionável, visto que o vínculo eficaz e a escuta do sujeito possibilitam a estabilização do quadro crítico, sem o uso mandatório da medicação ou mesmo da força policial.

É percebido que o sentido de periculosidade presente no imaginário social e de alguns profissionais dificulta o atendimento adequado na crise. Torna-se necessário romper com tal lógica que coloca o louco como ameaçador (WILLRICH *et al.*,2011).

É levantada a necessidade de investimento na formação para o atendimento de crises nos CAPS, introduzindo tecnologias para a clínica ampliada, que possibilitem que o usuário e sua família tenham suporte nesses momentos. Os profissionais reconhecem seu despreparo, gerando sentimentos de insegurança, medo e dificuldades nos processos de trabalho, pois o CAPS atende um público que pode a qualquer momento desencadear uma crise (WETZEL *et al.*, 2011; MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Outros aspectos que dificultam o manejo às crises são abordados por Lima *et al.* (2012): falta de retaguarda e resistência de outros equipamentos de saúde para receber usuários nestes momentos, insuficiência da capacidade institucional para o atendimento de demanda por psicoterapia, além de dificuldades materiais e/ou afetivas, por parte das famílias. A não responsabilização pelas crises pode desencadear encaminhamentos do usuário para o hospital psiquiátrico, criando o

risco de tornar o CAPS um equipamento complementar e paralelo a essa instituição, e não serviço substitutivo a estes (WETZEL *et al.*, 2011).

Vale destacar a experiência de atendimento a crise em regime de internação parcial descrita por Willrich *et al.* (2012), na qual o usuário em crise passa a noite no Hospital Geral e durante o dia é acompanhado pelo CAPS, configurando serviços capazes de atender às urgências e acolher os usuários em crise, tal como preconiza a PNSM.

A importância do trabalho e seus benefícios para o indivíduo também foram abordados por cinco pesquisas que compõem este estudo. O trabalho se configura como fator de inclusão social, que implica no exercício da cidadania e inserção no mercado de trabalho, distinto das ações humanistas, ou mesmo assistenciais e terapêuticas. A experiência de geração de renda se mostrou como possibilidade de intervir sobre o aspecto do trabalho no contexto da inclusão social, embora não tenha sido vislumbrado como uma meta, pois os profissionais de saúde consideram-se impotentes em promover ações nesse sentido (LEÃO; BARROS, 2011).

Diante das dificuldades de inserção dos usuários dos serviços no mercado de trabalho formal surgiu, no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, o trabalho protegido, constituindo-se em mais um recurso terapêutico que tem como finalidade a socialização, expressão e inserção social, por meio de oficinas com fins profissionalizantes (MOLL; SAEKI, 2009).

Assim, a atividade produtiva não é a finalidade do tratamento, mas um instrumento de intervenção, buscando a qualidade de vida transformada, na medida em que o trabalho apanha um significado articulador com o mundo, relacionado ao acesso à cidadania. O sujeito que trabalha, recebe remuneração no final do mês, assina ponto, experimenta novas relações sociais que indicam mudança interna e exercício intenso de enfrentamento de dificuldades e de aprendizagem (SILVIA; FONSECA, 2002).

A questão do trabalho precisa ser resgatada, articulando-se a clínica com a compreensão do trabalho enquanto um direito e proposta concreta de reinserção social além do espaço físico dos CAPS (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010).

Por fim, dentre as práticas desenvolvidas nos CAPS, a reunião de equipe foi apresentada na literatura como espaço formal da equipe técnica, de coordenação do trabalho, não apenas por sua regularidade, mas também por propiciar um local para o consórcio de todos os técnicos e por promover discussões que resultam em

arranjos organizacionais que pautam a realização das atividades (VASCONCELLOS, 2010). Caracteriza-se por ser o espaço no qual se concretiza o trabalho interdisciplinar, sendo o local para discussão, diálogo entre os diferentes profissionais, buscando a interação sem a perda da especificidade, possibilitando olhar ampliado sobre o cuidado em saúde mental (MIELKE *et al.*, 2009).

As assembleias, por sua vez, consistem num espaço no qual usuário, familiares, profissionais e pessoas da comunidade têm oportunidade de manifestar-se abertamente sobre questões relativas ao serviço, possibilitando a participação e reintegração social (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009; SCHNEIDER *et al.*, 2009).

Dissonâncias na proposta de desinstitucionalização

Grande parte das publicações (63,1%) abordou as dissonâncias relativas à desinstitucionalização e cronicidade em Saúde Mental, ressaltando as dificuldades em relação ao território, aspecto que esbarra frontalmente com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Territorializar significa articular serviço com diferentes finalidades para auxiliar a reinserção social. Ao articular a concepção de rede ao da integralidade do cuidado, constata-se que a clínica da saúde mental se integra a um conjunto amplo de ações, que incluem a Atenção Básica, equipe de referência, apoio matricial, equidade, intersetorialidade e a participação da comunidade. Neste sentido, a rede de cuidado de saúde mental também depende dos avanços que cada região conseguiu adquirir (BALLARIN *et al.*, 2011).

A literatura mostra que é relevante à problemática que envolve questões do território, as quais interferem diretamente nos processos de trabalho dos CAPS. A ausência ou pouca formação de redes sociais dificulta o estabelecimento do trabalho intersetorial, tornando as ações no território insuficientes (LEÃO; BARROS, 2012; MIELKE *et al.*, 2012; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Pinho *et al.* (2010) descrevem como os profissionais percebem o quão contraditório é a situação do CAPS em relação ao território, pois, sendo um serviço que nasceu na comunidade, aproxima-se muito pouco dela. Neste sentido, reiteram que também é responsabilidade dos trabalhadores se encontrarem restritos ao espaço interno do serviço.

Embora os CAPS tenham o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico, de forma a não reproduzir o modelo tradicional de atenção, ainda há mecanismos de institucionalização nestes serviços. Não é a mera abertura do serviço no território que produzirá a desinstitucionalização das práticas envolvidas pela cultura manicomial, mas o caráter das ações desenvolvidas por ele. Wetzel *et al.* (2011) utilizam o termo enCAPSulados, ao se tratar do perigo da reprodução das velhas práticas nesses dispositivos de saúde. Alguns estudos discutem as justificativas desta situação como tentativa de proteger os usuários dos desafios impostos pela sociedade (LEÃO; BARROS, 2012; PANDE; AMARANTE, 2011).

Há obstáculos e desafios para a inserção social, que vão sendo superados na medida em que as ações deixarem de ser realizadas exclusivamente dentro do CAPS, lembrando que o processo inclusivo se inicia fora de seus espaços (LIMA; JUCÁ; SANTOS, 2011).

Outro mecanismo institucionalizante apontado por alguns estudos foi a não adesão ao projeto de alta nos PTS. A alta não deve ser entendida como desassistência, mas como possibilidade de articulação com os serviços da rede que podem atender os usuários em suas necessidades, quando não for necessário o atendimento intensivo no CAPS. É primordial discutir com eles os benefícios e oportunidades que encontrará com a alta, pois é uma conquista do seu processo de reabilitação (WETZEL *et al.*, 2011; MIELKE *et al.*, 2011).

A consciência e a crítica aos processos de institucionalização por parte dos profissionais são elementos de mudança necessário no processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental (PANDE; AMARANTE, 2011).

Os estudos apontam a necessidade do CAPS em transitar nos espaços comunitários, porque além de fortalecer a desmistificação do conceito de louco, mostra que é possível estar fora dos muros institucionais, possibilita conhecer os recursos e demandas da comunidade e instigando a sociedade a conhecê-lo (MIELKE *et al.*, 2012; AZEVEDO *et al.*, 2012).

Tal estratégia de inclusão auxilia o sujeito a lidar com seus medos, vergonhas e com a discriminação que lhe é imposta. A sociedade precisa aprender a conviver com estes usuários nas ruas e entendê-lo nas particularidades, sem excluí-lo. Isso favorecerá o exercício da sua autonomia, indo contra o risco da produção de uma nova cronicidade.

Evidencia-se que o CAPS por meio do trabalho da equipe tem alcançado resultados concretos, como redução das crises dos sujeitos e das internações psiquiátricas (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho vai além da identificação dos processos de trabalho executados nos CAPS nos últimos 13 anos completos, no Brasil, devido seu caráter integrativo reúne vivência e saberes de profissionais difundidos por todo o território nacional com apontamentos que norteiam o redirecionamento das práticas assistências.

A avaliação do processo de trabalho acontece pelos relatos sobre a assistência, refletindo as atividades desenvolvidas na condução dos cuidados prestados em saúde mental, tomando consciência dos fatores intervenientes assistenciais. O que foi percebido devido aos artigos integrados neste estudo utilizarem a abordagem qualitativa, que dá voz aos autores em saúde mental, sejam eles usuários, familiares ou profissionais.

Diante deste estudo sugere-se mais publicações científicas nas temáticas: visita domiciliar, assembleias e reuniões de equipe, referencia técnica, reinserção pelo trabalho e apoio matricial. Considerando que são importantes ferramentas do cuidado na atenção psicossocial. Ressaltamos que o apoio matricial é uma temática emergente o que explica as poucas publicações e orienta a necessidade pesquisas.

A deficiente qualificação profissional, vínculos empregatícios precários e baixos salários, estão difundidos em vários serviços de saúde mental do Brasil e são destacados em diversos trabalhos como fatores desestimuladores aos profissionais. Esta realidade demanda investimento científico e financeiro às equipes de trabalho, para que se sintam motivados na proposta da PNSM e tenham capacidade de ampliar as discussões para aperfeiçoamento da assistência e reflexão sobre os processos de trabalho desenvolvidos.

Familiares e usuários avaliam os Centros de Atenção Psicossocial positivamente, evidenciando que a proposta da PNSM vem sendo alcançadas. As vivências retratadas pelos autores da saúde mental são relatadas como transformadores de um modo de viver autônomo e inclusivo na sociedade. Contudo ainda há muito a aperfeiçoar neste processo de inclusão, destaca-se a reinserção

dos usuários pelo trabalho e a articulação e efetivação da RAPS, integrando os serviços de saúde para melhor assistir os usuários e familiares da saúde mental.

Esta revisão aponta deficiências dos processos de trabalho que precisam ser pensadas pelos profissionais dos serviços, bem como pelas esferas gestoras, como a valorização das atividades psicossociais do CAPS a fim de desconstruir a medicalização da assistência, o desenvolvimento do matriciamento, e investimento na realização de estudos que revele a realidade da saúde mental no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida MM, Schall VT, Martins AM, Modena CM. Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. *Psicologia em Estudo*. 2010;41(1):110-117.
- Azevedo EB, Filha MOF, Araruna MHM, Carvalho RN, Cordeiro RC, Silva VCL. Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):595-605.
- Ballarin mlgs, Carvalho FB, Ferigato SH, Miranda IMS, Magaldi CC. Centro de Atenção Psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. *Psicologia em Estudo*. 2011;16(4):603-611.
- Ballarin MLGS, Ferigato SH, Carvalho FBD, Miranda IMSD. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O Mundo da Saúde*. 2011;35(2):162-168.
- Ministério da Saúde. Lei nº. 10,216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (Brasil): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001.
- Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
- Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009; 13(3):477-484.
- Camatta MW; Schneider JF. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43(2):393-400.
- Cardoso C, Seminotti N. O grupo psicoterapêutico no Caps. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(3):775-783.
- Cedraz A, Dimenstein M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista mal-estar e subjetividade*. 2005; 5(2): 300–327.

Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, Cortes JM, Jardim VMDR, Garcia C, *et al.* Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012; 25(1):11-17.

Coimbra VCC, Nunes CK, Kantorski LP, Oliveira MM, Eslabão AD, Cruz VD. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial com vistas à integralidade. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*. 2013; 5(2):3876-3883.

Colombarolli MS, Alves ACA, Soares AC, Souza JCPD, Veslaquez MV, Katsurayama M. Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. *Psicologia: Teoria e Prática* 2010;12(3):22-33.

Figueiró RA, Dimenstein M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*. 2010;22(2):431-446.

Filizola CLA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;10(2): 491- 503.

Galvanese ATC, Nascimento AF, D'Oliveira AFPL. Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47(3):360-367.

Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3051-3060.

Jorge MSB, Sales FDA, Pinto AGA, Sampaio JJC. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2010; 23(3):221-230.

Jucá VJS, Lima M, Nunes MO. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. *Mental*. Ano VI(11): 2008:125-143.

Kantorski L, Machado R, Lemões M, Quadros L, Coimbra V, Jardim V. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012;11(1):173-180.

Lavall E, Olschowsky A, Kantorski LP. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(2):198-205.

Leão A, Barros S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. *Saúde e Sociedade*. 2008;17(1): 95-106.

Leão A, Barros S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*. 2012;21(3):572-586.

Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface*. 2011;15(36): 137-152.

Lima M, Jucá VJS, Nunes MO, Ottoni VE. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface*. 2012;16(41):423-434.

- Lima M, Jucá VJS, Santos L. Produção de subjetividade e estratégias de inserção social para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial, na Bahia. *Mental*. 2011; Ano IX (16):327-352.
- Martinhago F, Oliveira WF. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):583-594.
- Mello R, Furegato ARF. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2008; 12 (3): 457-64.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008;17(4):758-764.
- Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011;9(2):265-276.
- Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012;65(3):501-507.
- Mielke FB; Kantorski LP; Jardim VMR; Olschowsky A; Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1):159-164.
- Mielke, FB; Kantorski, LP; Jardim, VMR; Olschowsky, A. Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. *Cogitare Enfermagem*. 2009; 14(1):52-58.
- Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009;30(2):272-279.
- Miranda L, Onocko-Campos R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Caderno de Saúde Pública*. 2010;26(6):1153-1162.
- Moll MF, Saeki T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2009; 17(6): 995-1000.
- Mororó MEML, Colvero LA, Machado AL. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2011;45(5):1171-1176.
- Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Neto VM, 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. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24(1):188-196.
- Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3069-3078.

- Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2067-2076.
- Pinho L, Hernández A, Kantorski L. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2010; 9(1):28-35.
- Pinho L, Hernández A, Kantorski L. Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010;14(2):260-267.
- Pinho L, Kantorski L, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer J. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2011;30(4):354–360.
- Pinho PH, Oliveira MAF, Vargas D, Almeida MM, Machado AL, Silva ALA, Colvero LA, Barros S. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2009; 43(Esp 2):1261-1266.
- Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Revista de Saúde Coletiva*. 2014;24(1):253-271.
- Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010;14(2):346-354.
- Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1615-1625.
- Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 1998;3(2):109-112.
- Scandolara AS, Rockenbach A, Sgarbossa EA, Linke LRE, Tonini NS. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel – PR. *Psicologia & Sociedade*. 2009; 21 (3): 334-342.
- Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(4):966-983.
- Schneider JF; Camatta MW; Nasi C; Adamoli AN; Kantorski LP. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. *Ciencia y Enfermeria*. 2009; XV (3): 91-100.
- Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2008; 42(1):127-134.
- Silva ALA, Fonseca RMGS. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2002; 36(4): 358-366.
- Soares SRR; Saeki T. O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2006;14(6) 105-113.
- Tavares CMM. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2003; 56(1):35-39

Teixeira Junior S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009;30(3):453-460.

Vasconcellos VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Revista eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2010; 6(1): 1-16.

Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2133-2143.

Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Pinho LB, Zillmer JGV, Kantorski LP. A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2009; 8 (suplem.):40-46.

Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Antonacci MH. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2013;47(3):657-663.

Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Pinheiro GW. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21(1):47-64.

5.2 – Artigo 02

ANÁLISE DA DINÂMICA ASSISTENCIAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Eurides Santos Pinho, Kamilla Lelis Rodrigues Araujo, Fernanda Costa Batista, Camila Caixeta Cardoso, Douglas José Nogueira.

Resumo: Este artigo buscou analisar a dinâmica assistencial dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial em Goiânia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou entrevista semiestruturada com a gestão do serviço. Como resultados, identificou acolhimento e vínculo realizados de forma qualificada, corresponsabilização no cuidado, trabalho multidisciplinar, e iniciativas para assistência psicossocial no território. Como dissonâncias com a Reforma Psiquiátrica, percebeu-se coexistência do modelo biomédico ambulatorial dentro do serviço substitutivo, precariedade da rede de saúde e de serviços sociais, e falta de preparo da equipe para atender a crise. Ainda que despontam críticas da assistência no serviço, na perspectiva da reforma, se reconhece que os cuidados prestados rompem com o modelo hospitalocêntrico, com os atendimentos singulares, respeitando os indivíduos em suas subjetividades, promovendo atividades de cunho coletivo, estimulando a convivência social, para além do convívio do serviço e da família.

Palavras chave: Saúde Mental; serviços comunitários de saúde mental; serviços de saúde mental; Prática Profissional.

INTRODUÇÃO

Por séculos o portador de transtorno mental foi retirado do contexto social, sendo submetido a regras hospitalares frias. Frente a essa situação eclodiu-se críticas, iniciando a Reforma Psiquiátrica, visando novas práticas de assistência em serviços substitutivos (FERRO, 2009).

Neste contexto despontaram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que reorganizam o atendimento prestado, centra o cuidado no sujeito, não mais na doença, na perspectiva do modelo de saúde ampliada. Há mudanças nos processos de trabalho das equipes, na organização dos serviços, com redefinição das práticas dos trabalhadores e nas relações que estabelecem com os sujeitos que os procuram (MIELKE *et al.*, 2011; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

As práticas desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS devem estimular a retomada da autonomia e cidadania, auxiliando a conquista da liberdade circulando

nos espaços da comunidade, construindo novas relações sociais (MIELKE *et al.*, 2011).

Ao se avaliar a efetividade da assistência nos CAPS, é necessário conhecer as práticas desenvolvidas pelos profissionais desses serviços e compará-las aos preceitos teóricos do modelo de atenção psicossocial vigentes.

Tendo em vista que este tipo de serviço é considerado o eixo central do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico e por apresentar desafios referentes à operacionalização do modelo de atenção psicossocial, seja no exercício de práticas interdisciplinares, ou na atuação no território, o presente artigo tem por objetivo analisar as práticas em saúde mental realizadas por profissionais de um CAPS, destinado a atender pessoas portadoras de transtornos mentais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que buscou investigar as práticas da equipe multidisciplinar de um CAPS II, em Goiânia/Goiás.

Os sujeitos da pesquisa foram os três gestores da unidade (gestor técnico, administrativo e geral), diante do papel relevante na ação do CAPS, e por apresentar conhecimento geral dos processos políticos, administrativos e técnicos que condicionam a ação técnico-assistencial da unidade (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual com questões norteadoras acerca das práticas desenvolvidas no serviço, no cotidiano assistencial, tendo sido registradas em gravador digital.

Após a transcrição foram submetidos à análise de conteúdo, seguindo as etapas propostas por Bardin (2010). Os dados foram discutidos à luz da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que orienta ações no contexto no modelo de atenção psicossocial vigente no Brasil desde 2001.

Ao longo do trabalho são apresentados relatos dos gestores, sendo utilizada a letra G correspondente a gestor, seguindo-se do número 1, 2 e 3.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG), obedecendo às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em

Pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), tendo como parecer de aprovação o número 623.678/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestão do CAPS em questão é conduzida por duas psicólogas e uma administradora, sendo que duas delas possuem curso de especialização em saúde mental. Todas atuam há mais de cinco anos na área de saúde mental e possuem experiência de cinco anos ou mais com gestão de serviços de saúde.

Os conteúdos das entrevistas foram agrupados em seis categorias de análise que compõem os resultados: Chegada do Usuário no CAPS, Projeto Terapêutico Singular, Papel do Referente Técnico, Oficinas e Grupos Terapêuticos, Equipe Multidisciplinar, Articulação com a Rede e Residência Terapêutica, os quais contêm os detalhes das práticas assistenciais dispensadas no CAPS em questão. Após a identificação da dinâmica assistencial empreendida por este serviço, foi construído o fluxograma que sintetiza as atividades ali desenvolvidas (Figura 1).

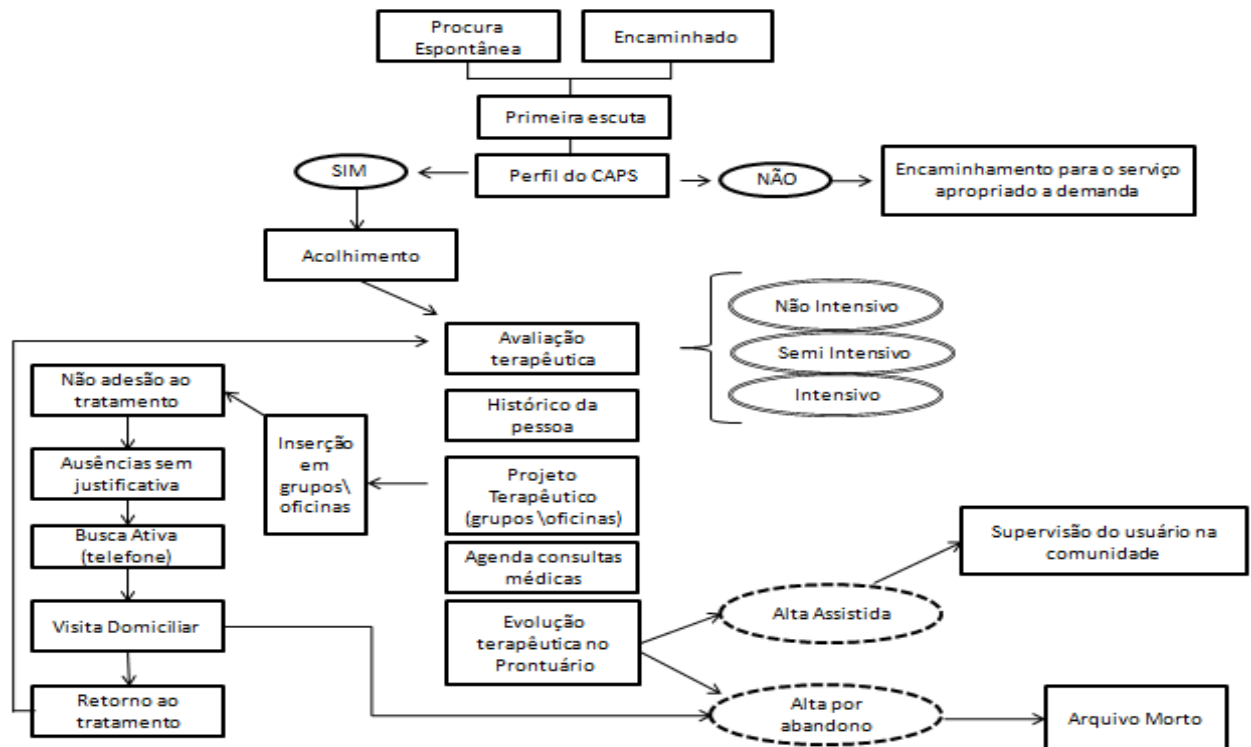


Figura 1. Fluxograma de atendimento do CAPS II, Goiânia. Goiânia – GO, agosto, 2014.

Chegada do usuário no CAPS

A chegada do usuário no CAPS é dividida em dois momentos: Primeira Escuta e o Acolhimento. A Primeira Escuta é realizada por dois profissionais da equipe técnica e tem a função de conhecer o usuário, sua demanda de cuidado e avaliar se tem perfil para acompanhamento no CAPS. Neste caso, é agendado o acolhimento, realizado logo a seguir. Nas situações onde não se caracteriza atendimento neste tipo de serviço, é encaminhado à unidade da rede de cuidado apropriada.

O acolhimento, ocasião em que a escuta é mais detalhada, é realizado por dois profissionais, seguindo uma escala para este fim. Estes profissionais têm formações distintas e convergem saberes, criando possibilidades de novas práticas numa perspectiva interdisciplinar (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Esses dois momentos resultaram de uma avaliação interna sobre a recepção do usuário ao CAPS, que era realizada pelas recepcionistas, para depois ser encaminhado ao acolhimento propriamente dito. Desta maneira, logo percebeu fragilidade nesta rotina, pois nem sempre estes profissionais têm a competência em desenvolver a escuta. Neste aspecto, as gestoras relataram adoecimento nestas trabalhadoras, diante do desafio em acolher e escutar a pessoa com transtorno mental.

Outro ponto destacado como fragilidade pelas participantes da pesquisa, no tocante da chegada do usuário no serviço foi o fato de estabelecerem agendamento nos acolhimentos, pois reconhecem ser um viés no funcionamento de um serviço, caracterizado por ser de porta aberta, podendo se constituir num dificultador na formação de vínculo e resolutividade do serviço.

“Quando ele chega e tem uma boa recepção, facilita a vinculação ao serviço. O fato de ser fila de espera o usuário espera muito, adoecer, em alguns casos chega a ser internado”. (G-1)

Atualmente a pessoa ao procurar a unidade, encontra um serviço de porta aberta, eliminando a fila de espera no serviço, atendendo tal qual se espera de um serviço substitutivo, tipo CAPS.

Acolher é o princípio para inclusão, pois institui afetividade por meio do diálogo. O acolhimento no CAPS é voltado para o usuário e familiares, onde é realizada a escuta qualificada, de forma empática, propiciando a relação de

confiança e apoio, respeitando os sentimentos, idéias e expectativas de cada sujeito. Neste momento os profissionais escutam as necessidades que surgem do histórico de vida e da circunstância vivenciada por ocasião daqueles que buscam o serviço (COIMBRA et al., 2013).

Após a escuta qualificada são identificadas as necessidades dos usuários. Os profissionais procuram propor a atenção baseada nas individuais visando estímulo ao vínculo entre a pessoa que procura o serviço e a equipe. Esta ação é referenciada no Projeto Terapêutico Singular (PTS), definindo-se neste momento, as atividades terapêuticas e os técnicos de referência que irão acompanhá-la.

Projeto Terapêutico Singular

O projeto terapêutico singular (PTS) é compreendido pelo conjunto de ações ofertadas pelos profissionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, refletindo no cuidado integral, na reinserção social e na recuperação da cidadania (COIMBRA et al., 2013).

O PTS é o contrato de trabalho entre usuários e profissionais, que estabelecem as ações necessárias ao tratamento.

“Vemos os interesses, gostos e habilidades da pessoa, é observado, o objetivo de cada oficina, de cada recurso que temos no CAPS. O critério usado é feito através da avaliação da necessidade do usuário, o que ele quer e o que precisa. É um processo de construção feito com ele”. (G-1)

O PTS inclui a terapia medicamentosa, prescritos pelo médico e dispensados na farmácia do próprio serviço. Os usuários só pegam medicação na unidade se participarem das atividades indicadas no PTS, evitando assim, imprimir o caráter ambulatorial no serviço.

As intervenções medicamentosas devem ser facilitadoras do processo de autonomia dos usuários e não aprisionadoras, principalmente em relação a questões psíquicas e sociais. Deve-se trabalhar com os usuários e familiares que o uso dos medicamentos precisa estar relacionado ao quadro clínico, como controle da ansiedade, regulação do sono, redução de sintomas produtivos, para que se faça possível impulsionar a autonomia do indivíduo (QUINDERÉ et al., 2013).

Portanto a medicação não deve ser colocada com estratégia central do serviço e nem do cuidado, devendo ser uma terapêutica complementar. Apesar das

transformações promovidas pela Reforma Psiquiátrica, a resolubilidade do cuidado ainda é remetida ao uso de medicamentos, pelos usuários, familiares e por parte de alguns dos profissionais dos serviços de Saúde Mental, incluindo os CAPS (BEZERRA *et al.*, 2014).

Nos CAPS, a consulta médica é a única atividade de caráter exclusivamente individual, as demais são de caráter grupal com a participação de no mínimo dois profissionais de formações diferentes. Entretanto, quando necessário, consultas individuais complementares são realizadas, que em geral são realizados pelos profissionais referentes dos usuários, devido ao vínculo entre eles.

Estudos mostram que esses tipos de atendimento são benéficos aos usuários, destacando avanços em termos de sociabilidade e a redução significativa do número de internações (TOMASI *et al.*, 2010; JUCÁ *et al.*, 2010).

A adesão e o desenvolvimento do PTS devem ser avaliados pelos referentes técnicos. No entanto, foi observado que os profissionais não realizam as (re)avaliações do PTS de forma sistemática e regular. Devido este serviço não ter instituído Protocolo com tal finalidade ou rotina que preveja periodicidade no acompanhamento do PTS. Talvez devido a rotina intensa de trabalho as avaliações são feitas de forma não periódica, assim, volta-se para o PTS no momento em que se percebem ausências injustificadas dos usuários, realizando busca ativa. Para nova adesão deste usuário, é realizado novamente todo atendimento desde o acolhimento.

É importante que o PTS seja flexível, com possibilidades de readequações a partir da avaliação global do sujeito, redefinindo objetivos e metas do tratamento, sem necessitar abandonos, mas com periodicidade, atendendo aos desejos e necessidades dos usuários.

Os PTS devem trabalhar como meta a reinserção do usuário na sociedade, até o momento em que ele conquiste autonomia, podendo receber alta do serviço. Entretanto, o CAPS não trabalha na perspectiva da alta total, somente da alta assistida.

“Com a evolução do processo terapêutico, com a evolução da pessoa, ela já vai diminuindo a frequência de vindas ao serviço, a gente fala alta assistida. Quando a pessoa não precisa mais participar das oficinas, já está pronta para o mercado de trabalho, estando inserida na comunidade, ela vem aqui só pra medicação e vê se tá tudo ok e caminhando.” (G-2)

“Sempre vai ter a referência do técnico dela, então se ela tem alguma desorganização o referente vai fazer o atendimento conforme a demanda que o paciente está trazendo”. (G-3)

A alta reflete progressão na assistência e possibilita a articulação com os demais serviços da rede de atenção psicossocial que atenda o usuário em suas necessidades, quando deixa de necessitar do atendimento intensificado e especializado do CAPS. Para tanto, é primordial esclarecer ao usuário os benefícios da alta, que ao deixar de ir ao CAPS ele terá conquistado uma etapa em seu tratamento, iniciando outra etapa importante, que lhe permitirá construir novos vínculos com outros serviços e pessoas (MIELKE *et al.*, 2011).

Essa conquista só é possível com o trabalho coletivo dos profissionais, usuários, familiares e comunidade, na perspectiva da reabilitação psicossocial, através de práticas de cuidado pautadas no respeito ao outro e na valorização do ser humano (MIELKE *et al.*, 2011).

Este estudo reforça a idéia da necessidade dos CAPS trabalharem e desenvolverem seu processo de alta para assim avançar na autonomia de seus usuários. Os gestores mencionam certa dificuldade da equipe em dar alta dos seus usuários, situação bastante comum nos serviços brasileiros, pois um dos grandes desafios se refere ao funcionamento de forma integrada da rede de cuidados. Diante da dificuldade de inserção na rede o CAPS transforma-se em o único espaço de convivência dos usuários, assim, a alta por não parecer ser um recurso possível, chega a ser temida pelos técnicos, tornando o usuário dependente do serviço (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

Outro viés apontado pelos gestores refere-se a pouca inclusão da família na elaboração e acompanhamento do PTS. Ainda que esteja prevista esta participação nas orientações do modelo de atenção psicossocial, ela acontece de forma incipiente, do mesmo modo que em outros processos do tratamento. Via de regra, os familiares não possuem conhecimento da importância e função do PTS e algumas vezes nem mesmo sabem da sua existência.

É imprescindível o envolvimento ativo da família para pensar e constituir o PTS, facilitando sua execução e propiciando assim a corresponsabilização do cuidado. Sendo a família a entidade mais próxima do usuário, sua participação no tratamento, nas ações de reinserção e reabilitação é fundamental para o alcance

desejado da autonomia e direito de cidadania, muitas vezes perdidas ao longo do percurso de adoecimento. De igual maneira, a equipe profissional precisa assumir postura de facilitadora deste processo.

Papel do Referente técnico

Considera-se referente técnico os profissionais que têm a função de articulação do tratamento junto ao usuário e do usuário com a equipe, identificando suas necessidades, desejos, limites e possibilidades, em diversos âmbitos (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). Geralmente os referentes são os coordenadores das oficinas que o usuário participa.

O referente além de serem responsáveis pelo PTS são os profissionais a quem a família e usuários contam para diversos tipos de mediação da vida cotidiana e em situações de crise, pois se mantêm mais próximos deles, tendo o vínculo mais fortalecido. Por outro lado, tal proximidade pode apresentar riscos de práticas controladoras, na medida em que o cuidado for direcionado quase que exclusivamente no interior do CAPS (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

É comum encontrar alguns profissionais se referirem aos seus referenciados, como “meus usuários”, trazendo sentido de posse. Essa forma de relação é prejudicial principalmente ao usuário, pois pode desencadear receio da equipe em prestar cuidados àqueles na ausência de seus referentes técnicos e por não terem vínculo suficiente com eles originando uma situação de sofrimento. Destaca-se que o usuário do serviço deve estar vinculado ao serviço e não estritamente ao seu referente.

Nesta perspectiva, discute-se a possibilidade de equipes de referência, para que a responsabilidade do acompanhamento terapêutico passe a ser de um grupo de profissionais, que compartilham a evolução do usuário, contribuindo para que os usuários formem laços afetivos com mais profissionais.

O modelo de equipe de referência viabiliza a discussão interdisciplinar dos casos, compartilhamento das responsabilidades e trocas de saberes. O funcionamento dessas equipes exige regularidade de encontros, discussões e trabalho em comum, o que requer responsabilização por parte dos profissionais de construir e sustentarem a instância coletiva de gestão da clínica (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Vale ressaltar que o CAPS em questão, no momento da pesquisa estava estudando formas para implantar equipes de referência, com vistas ao trabalho compartilhado e corresponsabilização dos casos. Sabe-se que o movimento de mudança requer conhecimento e disponibilidade interna do profissional em dividir conhecimentos e experiências.

Dentre as práticas dos técnicos referentes, estão as visitas domiciliares, realizadas para busca ativa e no acompanhamento da evolução do usuário e familiares. Todos profissionais fazem as visitas domiciliares de acordo com a necessidade, do usuário e familiares, avaliada pelo referente.

A visita domiciliar busca fortalecer vínculos e construir pontes entre sujeitos/serviços/sociedade, além de permitir captar as necessidades mais imediatas da família ou do sujeito, facilitando a mediação dos conflitos entre eles e a comunidade onde estão inseridos (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Oficinas e grupos terapêuticos

As oficinas terapêuticas são definidas como uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, através de atividades realizadas em grupo com a orientação dos profissionais. São constituídas a partir do interesse e necessidades dos usuários e das possibilidades dos técnicos do serviço, com o objetivo de desenvolver a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, habilidades corporais, exercício coletivo da cidadania e a realização de atividades produtivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O resgate do ser produtivo auxilia na construção da cidadania dos usuários facilitando a sua reinserção social. Entretanto, nem todos os grupos e oficinas têm o propósito de produção, pois se espera que estes possam possibilitar o desenvolvimento de algumas potencialidades ou resgate de ações motoras que ficaram prejudicadas pelo adoecimento e pela medicação (JUCÁ *et al.*, 2010).

Os depoimentos dos gestores entrevistados demonstram o caráter das oficinas ao mesmo tempo em que valorizam as atividades grupais no contexto assistencial.

“As oficinas são semanais, cada dois profissionais montam juntos uma oficina, avaliam três coisas: o que o usuário do serviço necessita, o que o profissional tem de capacidades e o que serviço tem.” (G-1)

“Os grupos são sempre comandados por dois profissionais de diferentes categorias, mistura-se os saberes. Buscamos ter uma equipe multidisciplinar e caminhando para ser transdisciplinar.” (G-2)

No decorrer das oficinas é feita a avaliação da evolução do usuário. Estas são planejadas e coordenadas pelos profissionais, a partir das suas especificidades, além da indicação terapêutica para os usuários que delas vão participar, procuram atender os limites e necessidades do serviço, com o foco no trabalho interdisciplinar, na qual a competência de um técnico pode não ser a de outro, e a interlocução entre eles é que move e enriquece o serviço (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

As oficinas são avaliadas semestralmente, caso não estejam se enquadrando no perfil dos usuários são reformuladas ou retiradas dos programas de atividades do CAPS. No segundo semestre de 2014 o CAPS em estudo oferecia oficinas de saúde e movimento, projeto de vida, arteterapia, teatro e movimento, geração de renda, superação, arte de viver, atividades sistêmicas, ecologia, trabalhos manuais, musicoterapia, encontro criativo, corpo e expressão e autocuidado.

Há alguns atendimentos em grupos, como grupo de mulheres (vítimas de violência), grupo de família, grupo de convivência e sexta cultural, sendo que estes dois últimos eram atividades abertas, ou seja, os usuários não são os mesmos semanalmente e é aberto a comunidade. O grupo de família possui boa adesão, embora poucos familiares mantêm-se regulares semanalmente. Este grupo procura oferecer alívio aos cuidadores em suas angústias e medos, por meio de apoio, diálogo, tendendo a práticas humanizadas, visto que, muitas vezes adoecem ao cuidar e conviver com o universo dos transtornos mentais.

Os locais onde estes grupos acontecem são variados, realizados tanto em dispositivos sociais no território, como em praças e locais públicos. O grupo de mulheres, por exemplo, acontece em um dispositivo social, assim como as oficinas de movimento e ecologia que utilizam espaços fora do CAPS. Utilizar os espaços já existentes no território é uma excelente oportunidade de promover a participação dos usuários de modo mais efetivo, superando estigmas (JUCÁ *et al.*, 2010) e contribui fortemente para o processo de reinserção social.

Os gestores não mencionam atividades profissionalizantes que estimulassem a produtividade visando inserção no mercado de trabalho, aspecto igualmente importante para a ressocialização (JUCÁ *et al.*, 2010). Em estudo

anterior em Goiânia, já foi apontada a necessidade do resgate da valorização do trabalho nas atividades nos CAPS junto aos usuários, devido a carências de projetos capazes de influenciar a reinserção social através do trabalho (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010).

A PNSM valoriza ações nas modalidades de oficinas e em grupo, pois, auxiliam no processo de socialização, propiciam a troca entre seus participantes, envolvem outros atores na terapêutica proposta, além de ser um diferencial do modelo de atenção psicossocial, não mais focado em atendimentos limitados a díade paciente/profissional.

Equipe multidisciplinar

Os gestores referiram que na atuação da equipe multiprofissional tem-se a dificuldade para estabelecer um solo comum entre as disciplinas, que decorre das diferenças conceituais, metodológicas e práticas na formação para o cuidado a usuários psiquiátricos. Entretanto, a perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar é incentivada pela Reforma Psiquiátrica, sendo um dos princípios da mudança dos modelos assistenciais (VASCONCELOS, 2010).

O CAPS procura introduzir todas as categorias profissionais em suas atividades partindo do pressuposto que assim troca-se saberes, oferecendo pluralidade na assistência. A convivência das diversas formações e saberes exige uma composição organizacional capaz de manejar os problemas que brotam dessa pluralidade, como as decorrentes do processo de comunicação.

Diante disto, é impreterível mecanismos de diálogo entre os profissionais e de espaços favoráveis à discussão dos conflitos afetivos e inconscientes, do contrário, avoluma-se o risco de fragmentação do trabalho multidisciplinar. Sabe-se que só o trabalho interdisciplinar possibilita um cuidado direcionado a integralidade (VASCONCELOS, 2010).

Como ferramenta de diálogo entre as equipes, no CAPS em estudo, há o repasse diário, quando os profissionais que trocaram de turno informam aos que estão chegando como decorreu o período de trabalho, repassa comunicados e faz discussões relevantes. Os gestores consideram este momento promissor, pois os profissionais se mantêm atualizados e envolvidos na rotina do serviço.

Semanalmente, ocorre a reunião de equipe, em horário determinado para este fim, com duração de 4 horas, em que toda a dinâmica da assistência no serviço

é discutida entre os profissionais que lá atuam. Nesse momento passam-se informes e assuntos referentes aos usuários, ao serviço e ao funcionamento da equipe, debatendo-se a organização do serviço. Para que todos possam participar não são planejadas atividades assistenciais com os usuários, somente primeira escuta, por ser serviço de portas abertas, não necessita de agendamento.

Foi apontada pelos participantes do estudo a ausência do profissional médico nas reuniões de equipe.

“Só com os médicos que nós temos um pouco de dificuldade de tá articulando.” (G-2)

“Hoje o atendimento médico no CAPS é ambulatorial.” (G-1)

A prática clínica realizada pela medicina nos CAPS ainda está permeada pela condução psicofarmacológica. O trabalho ambulatorial dos médicos contrapõe-se ao tratamento psicossocial. Ainda há persistência da prática médica voltada para atendimentos ambulatoriais e medicalizante (SILVA; PINTO; JORGE, 2011).

A reunião de equipe semanal revela-se como instância formal da coordenação dos processos de trabalho, por propiciar um momento para a aliança da equipe e por promover discussões que resultam em arranjos organizacionais (VASCONCELOS, 2010). Os gestores são unânimes em reconhecer que o trabalho em equipe é essencial para que se efetive a lógica da atenção psicossocial.

Embora, as discussões sejam exaustivas, contando com grande parte dos profissionais, há dificuldades em sair do plano da reflexão e análise do contexto para adentrar no plano da ação. Ficou evidente que as mudanças são discretas no cotidiano, diante do fervor dos aspectos abordados na reunião de equipe.

Este fato talvez seja justificado em razão da maior parte do tempo nas reuniões de equipe ser utilizado para questões administrativas em detrimento dos espaços de trocas na construção conjunta do cuidado. Não há discussões ou compartilhamento dos PTS, necessárias a construção do cuidado na perspectiva multiprofissional.

Tais lacunas podem comprometer o engajamento das equipes deixando de conferir o indispensável empoderamento para as ações coletivamente pensadas e oferecidas aos usuários do serviço.

Articulação com a Rede

A articulação dos serviços de saúde mental em rede horizontalizada propicia uma interlocução mais profunda entre seus componentes, favorecendo a relação dos profissionais da RAPS entre os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, permitindo ao usuário ser assistido, em todos eles e até mesmo em espaços comunitários fora da rede de saúde (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Os gestores do CAPS referiram a tentativa de efetivarem a rede de assistência ao usuário, seguindo, por exemplo, o sistema referência e contra-referência com os demais serviços de saúde, entretanto, afirmam que tal prática não é consolidada e não têm retorno.

“A gente faz referência, mas nem sempre a contra referência vem, quando a gente faz encaminhamento pro CAIS, nem sempre eles mandam uma resposta, se perde aí.” (G-1)

Afirmam que o contato que os demais serviços da rede de saúde estabelecem com o CAPS, é exclusivamente de encaminhamentos de pacientes psiquiátricos, independente de suas demandas.

“Um problema sério da saúde mental, é que o usuário daqui parece que não tem problema clínico. Quando ele tem uma demanda clínica e chega no CAIS, eles ligam aqui querendo saber porque aquele usuário tá ali e não aqui. A gente tem que falar, “olha ele tá aí porque tá vomitando, isso não é saúde mental, isso é problema clínico”. Ano retrasado, tivemos várias reuniões com o distrito e com os CAIS, pra falar dessas situações e encaminhamentos, só que os CAIS mudaram as gestões, e tem que fazer tudo de novo.” (G-1)

Essa problemática faz com que os usuários que sofrem por problemas não psiquiátricos tenham seu tratamento adequado postergado. Muitas vezes favorece-se a medicalização, pois testa-se numerosos psicotrópicos para excluir todos os diagnósticos relativos ao mental, antes que se faça o atendimento clínico. Em um estudo, foram relatados casos como pneumonia avançada, neoplasia de medula, crises desencadeadas por medicamentos, pois seus sintomas foram considerados alucinações (CAMPOS; BACCARI, 2011).

Em situações de crises dos usuários, se forem leves a moderadas, o cuidado é feito no próprio CAPS, no qual o indivíduo permanece no serviço em período integral, com acompanhamento dos profissionais da unidade. Entretanto, foi identificado que a equipe do CAPS não possui preparo adequado para manejo de crise. Este aspecto foi considerado preocupante pelos gestores, pois o presente

serviço está na iminência de se constituir CAPS III, aberto 24 horas, atendendo todos os momentos de crise.

Até o presente momento, usuários apresentando crise severa são encaminhados ao Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal ou a unidades psiquiátricas de internação, já que Goiânia não conta com leitos psiquiátricos em Hospital Geral, como preconizado na PNSM, aptos para atendimento de tais intercorrências.

Nestas circunstâncias depara-se com várias dificuldades, que envolvem a falta da articulação em rede, despontando a falta de preparo dos profissionais de saúde para atendimento de pessoas em crise, ausência de retaguarda de outros equipamentos de saúde para auxiliar o CAPS, além de dificuldades materiais, sociais ou afetivas, por parte também das famílias, de lidarem com esta situação.

Diante deste cenário e com o propósito de estabelecer uma rede de cuidados mais efetiva, o CAPS montou uma equipe de matriciamento, a fim de discutir junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) casos de saúde mental que deveriam ter atendimento compartilhado.

Os trabalhadores da atenção primária sentem-se inseguros em acompanhar casos da área da saúde mental, ainda que leves. As discussões de casos de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde proporcionam ampliação da compreensão sobre os transtornos mentais e, conseqüentemente, a identificação de casos não percebidos, e nem acolhidos de maneira adequada pela ESF (QUINDERÉ *et al.*, 2013). Assim, os casos passam a ser compartilhados com as equipes de saúde, implementando o apoio matricial.

Vislumbra-se que a ESF acompanhe os usuários no próprio território, respondendo às suas necessidades, articuladas aos serviços de saúde mental. Também os gestores se ressentem da configuração em que se encontram os dispositivos de atenção à saúde.

“(...) como a gente não tem uma rede formada, não tem para onde encaminhar os usuários de alta, são tão sofridos, porque de repente a gente estrutura esse usuário, estamos querendo reinseri-lo, e não tem onde inseri-lo, ele acaba ficando conosco. Damos a alta assistida pra ele, ele vai, mas a gente tá aqui, então a gente acaba fazendo um encapsulamento, porque não tem para onde mandar, não tem referência para encaminhar, e vai inchando o serviço.” (G-1)

A escassez de recursos sociais ou a falta de otimização entre as possibilidades já existentes dificultam a reinserção social do usuário, encapsulando-o, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica.

A dificuldade de alta dos usuários devido à falta de uma rede articulada de saúde mental que consiga descentralizar os atendimentos no CAPS faz parte dos problemas identificados pelos gestores que ultrapassam a questão interna do serviço e retratam dificuldades sociais e econômicas, agravantes do adoecimento mental (SILVA; PINTO; JORGE, 2011).

Para romper com esta lógica desviante das políticas públicas sociais e de saúde, é preciso estabelecer um movimento de crítica e uma preocupação em mudar, nesse sentido, os profissionais devem procurar atuar extramuros ao CAPS (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

A equipe multiprofissional do CAPS é capaz de organizar uma rede que funcione com base na participação social de diversas áreas, em espaços comunitários. São necessários equipamentos intersetoriais: centros de arte, parques, shopping, cinemas, escolas, dentre outros. É interessante utilizar os recursos da cidade, para que os usuários e suas famílias rompam as barreiras dos preconceitos atribuídos na história da exclusão na saúde mental, e passem a encarar com naturalidade momentos de lazer na comunidade (AZEVEDO *et al.*, 2012).

Nesse sentido os gestores do CAPS citaram algumas iniciativas de aproximação com outros dispositivos sociais do município, buscando parcerias com vários setores, na área ecológica, na área de lazer e recreação, no Centro de Convivência Cuca Fresca, que é aberto a toda comunidade e oferecem oficinas e cursos, no grupo de geração de renda – Gerarte, além de coordenar o grupo de mulheres fora do serviço.

“A gente começou a procurar parceiros, fomos no SEBRAE, EMATEC, EMBRAPA, UFG, para ver se conseguia pelo menos estagiários pra vir. E por final, nós conseguimos o pessoal da SEABRA, que tá fazendo o quintal vivo.” (G-2)

“Tem paciente aqui que participa do Gerarte, do Cuca Fresca, pra fazer curso, tem um grupo do CAPS que funciona no centro de formação da Universidade Católica.” (G-1)

O profissional deve facilitar a reinserção social, buscando meios de superar as barreiras que excluem os portadores de transtornos mentais. Esses meios devem ser garantidos pela gestão, criando condições para que os profissionais norteiem família e usuários na mudança de paradigmas (AZEVEDO *et al.*, 2012). Porém é função do CAPS de ir até o território sem esperar que forças políticas ou assistenciais o façam.

Residência Terapêutica

O Serviço de Residência Terapêutica (RT) tem o papel de dar moradia e acompanhamento aos usuários que passaram por longas internações psiquiátricas e possuem vínculos familiares frágeis ou inexistentes (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

O presente CAPS é responsável por uma RT masculina com oito moradores contando com cuidadores diurnos e noturnos, uma supervisora (técnica em enfermagem) e uma enfermeira da equipe técnica do CAPS, responsável pela gerência da casa, ressalta-se que os demais membros da equipe multiprofissional, oferecem apoio nesta tarefa, buscando a corresponsabilização do cuidado.

A supervisora tem como responsabilidade garantir os cuidados dos moradores e o funcionamento da residência e, de acordo com as gestoras, muitas vezes seu papel foi relacionado à figura materna de um lar, pois demonstra laços afetivos com os moradores. Quando algum residente necessita de exames ou consulta médica, a supervisora providencia e o acompanha em todo o momento. Se os moradores da RT desejarem passeios, alimentos diferentes, presentes, ou manifestarem outras necessidades, a supervisora orienta nos gastos, não interferindo na autonomia e no poder de decisão dos usuários.

Esta profissional participa rotineiramente das reuniões de equipe, a fim de discutir os casos ou qualquer dificuldade encontrada na dinâmica da RT. Os profissionais do CAPS e principalmente a supervisora da RT estimulam seus moradores a circular pela cidade, relacionarem-se com outras pessoas, se apropriando de lugares que produzam sentido para si próprio, levando a cabo os princípios da desinstitucionalização.

Tais ações refletem a preocupação destes profissionais em não se cronificar os moradores da RT, estimulando a sua autonomia e poder de decisão (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

A desinstitucionalização é um dos grandes desafios para a efetividade dos princípios norteadores da PNSM, na medida em que tem como meta oferecer o modelo de atenção em saúde mental consolidando a RAPS e indo além da pura desospitalização. Ainda que bastante propalada muitos serviços criados para oferecer assistência nesta perspectiva, tem inúmeras dificuldades em romper com o modelo que “aprisiona” o usuário, absorvendo para si o que poderia ser instituído por outros dispositivos da rede de cuidados ou em equipamentos sociais do território (SILVA *et al.*, 2015).

Neste sentido, as RT se constituem como possibilidade em desinstitucionalizar os usuários de outrora dos serviços de saúde mental.

CONCLUSÃO

As práticas desenvolvidas no CAPS procuram potencializar a saúde por meio de atividades terapêuticas, contribuindo com autonomia do sujeito, na perspectiva do trabalho interdisciplinar.

Apesar das dissonâncias na assistência que envolvem a desarticulação da rede de cuidados, escassez de recursos sociais, atendimento médico no modelo ambulatorial e manejo da crise controverso à política de saúde mental, o presente CAPS sinaliza grandes avanços no cuidado ao portador de transtorno mental, seguindo mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ressalta-se o empenho e envolvimento da equipe em elaborar e criar estratégias inovadoras para que a atenção seja oferecida em continência às políticas de saúde vigentes.

Ainda que o modelo psicossocial não esteja totalmente fortalecido e incorporado na dinâmica do cotidiano assistencial de alguns serviços de saúde mental, há de se reconhecer a ruptura com o modelo hospitalocêntrico, com a criação de novas formas de atendimentos nos serviços substitutivos, que procura respeitar o indivíduo e suas subjetividades centrando o tratamento na pessoa, não mais em sua doença, promovendo atividades de cunho coletivo, estimulando a convivência social.

A participação do usuário e da sua família no PTS, de igual forma, traz o sentido da inclusão, também presente nas diretrizes das ações desejáveis dos serviços com as características não mais asilares, possibilitando o desenvolvimento de práticas que visam emponderá-los em todo o processo do cuidado.

Pensando na desarticulação do CAPS com os equipamentos sociais e demais serviços da RAPS, sugere-se estimular os profissionais para que se apropriem do território viabilizando o cuidado extramuros rumo a reinserção social e à desafiadora desinstitucionalização.

Por fim, há de se encontrar mecanismos de aproximação com o profissional médico na dinâmica assistencial instalada no serviço, de forma que sejam igualmente corresponsáveis por todo o processo do cuidado, desde a planificação das ações ao manejo do usuário e seus familiares em sofrimento.

Nada simples, embora possíveis de serem atingidas as metas de enfrentamento às dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços. Ações da esfera gestora e também da esfera executora. Com foco e determinação política, de forma integrada e compromissada.

REFERÊNCIAS

- Almeida MM, Schall VT, Martins AM, Modena CM. Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. *Psico*. 2010; 41(1):110-117.
- Azevedo EB, Filha MOF, Araruna MHM, Carvalho RN, Cordeiro RC, Silva VCL. Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. *Saúde em Debate*. 2012; 36(95):595-605.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4ed. Lisboa: 70 Edições; 2010.
- Bezerra LC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface*. 2014; 18(48):61-74.
- Campos RO, Baccari IP. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4):2051-2058.
- Coimbra VCC, Nunes CK, Kantorski LP, Oliveira MM, Eslabão AD, Cruz VD. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial com vistas à integralidade. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*. 2013; 5(2):3876-3883.
- Costa MGSG, Figueiró R A, Freire FHMA. O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso. *Temas em Psicologia*. 2014; 22(4): 839-851.
- Ferro LF. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos: construindo no Presente um Futuro sem Manicômios. *Psicologia: ciência e profissão*. 2009; 29(4):752-767.
- Jucá VJS, Medrado AC, Safira L, Gomes LPM, Nascimento VG. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. *Mental*. 2010; ano VIII(14):93-113.

- Martinhago F, Oliveira WF. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*. 2012; 36(95):583-594.
- Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011; 9(2):265-276.
- Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.
- Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.
- Miranda L, Onocko-Campos R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26(6):1153-1162.
- Pinho L, Hernández A, Kantorski L. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2010; 9(1):28-35.
- Pinho L, Hernández A, Kantorski L. Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010; 14(2):260-267.
- Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Revista de Saúde Coletiva*. 2014; 24(1):253-271.
- Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(7):2157-2166.
- Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. *Saúde e Sociedade*. 2010; 19(3):569-583.
- Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1615-1625.
- Silva DR, Pinto DM, Jorge MSB. A prática médica no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35(2):374-386.
- Silva NS, Souza ACS, Moreira ACGC, Esperidião E, Silva KC. Conhecimento dos coordenadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre Política Nacional de Saúde Mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2015; 14(2):1106-1114.
- Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé 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. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26(4):807-815.
- Vasconcelos EM. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. 2012; 4(8):8-21.

5.3 – Artigo 03

AValiação DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Eurides Santos Pinho, Nathália Santos Silva, Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

RESUMO: Este estudo objetivou avaliar os processos de trabalho dos profissionais atuantes num CAPS II em Goiânia. A coleta de dados se deu por meio de oito encontros grupais em utilizando a Metodologia da Problematização, fundamentados nas cinco etapas do Arco de Maguerez: Observação da realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de solução e a Aplicação na realidade. Este método favoreceu que os participantes, a partir da sua realidade, levantassem os principais problemas que teriam implicações na assistência prestada aos usuários e suas famílias. Ficou evidente que o processo de trabalho da forma estabelecida neste serviço tem possibilitado o acompanhamento das ações empreendidas, ainda que muitas delas mereçam o refinamento ou redirecionamento para avanços na prática assistencial, na perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental, especialmente relacionadas à reinserção social e articulação com outros pontos da rede e do território, sistematização e trabalho em equipe.

Palavras-chave: Saúde mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Avaliação de Processos.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por serem considerados dispositivos ordenadores das práticas de assistência em saúde mental. É esperado que estes dispositivos sejam contemplados com equipes de trabalho coesas, preparadas para lidar com a complexidade do ambiente terapêutico, oferecendo prontidão no acolhimento e respeito integral aos direitos de cidadania (GAMA, 2012).

Os CAPS possuem cultura própria, na qual os processos de trabalho são multiprofissionais em que desenvolvem atividades bastante diversificadas, com atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, além da dispensação de medicação. Oferece ainda atendimento específico à família e tem como característica o livre acesso ao serviço, aspecto considerado como parte fundamental do tratamento (MIELKE; KANTORSKI; JARDIM, 2009).

Ao considerar a complexidade assistencial desse dispositivo, viu-se a relevância de estabelecer um processo de avaliação sistematizado no sentido de conhecer como estão sendo operacionalizadas as ações voltadas aos usuários do serviço e seus familiares, sua organização interna e relação com aos processos de trabalho da rede de atenção e equipamentos sociais.

Avaliação dos processos de trabalho consiste na análise das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes, sujeitando-se aos julgamentos profissionais em seus detalhes de cuidado (DONABEDIAN, 1969).

Nesse sentido, o presente estudo foi planejado com o objetivo de avaliar os processos de trabalho dos profissionais em um CAPS de Goiânia além de discutir ações para a melhoria das práticas dos profissionais no contexto assistencial da saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir do conceito de Donabedian (1969) relativo a dimensão processos de trabalho em serviços de saúde, no intuito de refletir a essência da assistência prestada no serviço em estudo.

Buscando envolvimento coletivo e empenho na busca de possibilidades de compreensão e superação do objeto de estudo utilizou-se a Metodologia Problematizadora (BORILLE; BRUSAMARELLO; PAES, 2012) a qual tem finalidade intervencionista para o serviço, a fim de que os resultados gerem elementos que possam contribuir para readequações e progressos no desempenho profissional, com melhorias na qualidade da assistência prestada aos usuários e suas famílias.

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, em Goiânia-GO, destinado a atender pessoas com 18 anos ou mais, portadores de transtornos mentais severos, psicóticos e/ou neuróticos graves. Participaram 29 profissionais da equipe de apoio, equipe técnica e gestão.

A coleta de dados ocorreu num processo que envolveu a observação participante, registros feitos em diário de campo e por meio de encontros grupais mediados pela Metodologia da Problematização com o uso do Arco de Maguerez, composto por cinco etapas: 1) Observação da Realidade: observa-se e registra-se de forma sistemática o que for percebido pelos participantes, objetivando identificar

os problemas; 2) Postos-chaves: momento de refletir sobre as causas da existência dos problemas vistos na primeira etapa; 3) Teorização: momento em que se buscam informações teóricas para dar sustentação ao enfrentamento dos problemas identificados; 4) Hipóteses de soluções: confronta os subsídios teóricos com os problemas e suas causas, elaborando as possibilidades para sua solução; 5) Aplicação à Realidade: as hipóteses planejadas são executadas na prática sendo, especificamente, o retorno do estudo à realidade investigada, transformando-a em algum grau (BERBEL, 1998).

As cinco etapas foram contempladas no decorrer de oito encontros no próprio serviço, que tiveram duração de aproximadamente quatro horas cada, quando se utilizou da tecnologia de grupo na condução das discussões. Todo o material produzido nestas ocasiões foi catalogado e ou fotografado para ser analisado posteriormente. Os encontros foram mediados pelos pesquisadores e registrados por meio de gravador digital.

No 1º encontro, os profissionais iniciaram a **observação da realidade**, refletindo sobre as práticas desenvolvidas no serviço. No 2º e 3º encontro, identificaram em seu ambiente profissional os problemas relacionados aos processos de trabalho por eles desenvolvidos. Ao reconhecerem os problemas, no 4º encontro, o grupo identificou as possíveis causas dos problemas, correspondendo à etapa dos **pontos-chave**.

No 5º e 6º encontros desenvolveu-se a etapa da **teorização**, por meio de estudo dirigido, no qual os pesquisadores disponibilizaram material de apoio, como artigos científicos e várias indicações bibliográficas para subsidiar a busca de possíveis soluções no enfrentamento dos problemas identificados, considerando a especificidade da realidade que vivenciam. Após obter embasamento teórico, os participantes tinham mais informações para fundamentar a elaboração das **hipóteses de soluções**, a fim de aprimorar os processos de trabalho no cotidiano do serviço. Esta etapa ocorreu no 7º encontro, sendo preparado o plano de ação a ser implementado doravante.

Visando colocar em prática o que foi planejado em função do processo que estavam refletindo, foi programado um tempo de dois meses para o 8º encontro quando ocorreu a última etapa do Arco de Maguerez, correspondente à **aplicação à realidade**, no qual os participantes apresentaram os resultados da aplicação das ações que desenvolveram neste período.

Os relatos de todos os encontros foram gravados, transcritos e submetidos à análise de conteúdo, tendo sido organizado em categorias, de acordo com o referencial de Bardin (2010).

Os aspectos éticos seguiram a Resolução 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) do CNS e o projeto foi aprovado com protocolo 623.678/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil profissional dos participantes

Dentre os participantes do estudo prevaleceu o sexo feminino (86,20%), com idade entre 41 e 50 anos (51,72%).

Em relação à escolaridade, dos 29 participantes um possui ensino fundamental incompleto, dois possuem ensino médio completo, dois possuem cursos tecnológicos e 24 (82,76%) possuem curso superior completo. A formação profissional dos participantes do estudo é diversificada, predominando os psicólogos (33,33%) seguidos pelos assistentes sociais (16,7%), enfermeiros e professor de educação física com o mesmo quantitativo (12,5% de cada categoria), o mesmo com os terapeutas ocupacionais e arteterapeutas (8,33%), profissional de artes cênicas (4,17%) e musicoterapeuta. (4,17%). O tempo de conclusão da graduação variou entre dois a 32 anos.

Dos 24 graduados 12 são especialistas em Saúde Mental e 11 em outras áreas do conhecimento.

Em relação ao tempo de atuação em saúde mental, 13,79% dos profissionais possuem até cinco anos, 41,38% entre seis a 10 anos, o mesmo quantitativo (41,38%) entre de 11 a 20 anos e 3,45% há mais de 21 anos.

Destaca-se a não participação de nenhum médico do serviço na pesquisa, num total de quatro, a despeito dos vários convites e possibilidades postas e do esforço das gestoras em facilitar sua inclusão. Este dado coincide com outras situações semelhantes discutidas em eventos científicos da área, apontando que, via-de-regra este é um posicionamento comum entre esta categoria, deixando também de participar das reuniões das equipes nos serviços. Inegavelmente, o fato dos médicos não participarem destas ocasiões compromete o processo de trabalho multidisciplinar, o qual prevê o engajamento de todos no planejamento, discussão e

operacionalização das ações. Parece-nos um nó absolutamente necessário em desatar, sob o risco de comprometer as orientações da PNSM.

Problematização dos processos de trabalho

A partir da reflexão do processo de trabalho dos profissionais, ao longo da pesquisa, foi possível identificar diversos fatores limitantes no cotidiano do serviço como dificuldades no trabalho em equipe, falta de sistematização da assistência e ineficácia da articulação na rede de cuidados (RAPS) no território. O quadro 01 apresenta os problemas identificados pelos profissionais influenciando no desenvolvimento do seu processo de trabalho, as hipóteses de solução discutidas com suas respectivas justificativas.

Problemas	Hipóteses de solução	Justificativa
Desempenho do trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planejar e executar as atividades do serviço em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetividade das ações
Sistematização da assistência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização do fluxo de atendimento ▪ Construir fluxograma interno e com a RAPS ▪ Sistematizar parcerias intersetoriais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização do serviço ▪ Alinhar as ações da equipe
O trabalho no contexto da rede assistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar os serviços da RAPS ▪ Grupo de alta assistida ▪ Matriciamento, por meio de capacitações, reuniões com o Distrito Sanitário, para construir o projeto do apoio matricial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação da RAPS ▪ Reinserção social ▪ Formação continuada ▪ Entrosamento e apoio técnico ▪ Importância de se fazer atendimento conjunto ▪ Fortalecimento da rede ▪ Consolidação do matriciamento

Quadro 1: Problemas identificados pelos profissionais do CAPS no desenvolvimento dos processos de trabalho e hipóteses de soluções justificadas. Goiânia, GO. 2014.

Trabalho em equipe

Os problemas identificados pelos profissionais relacionados ao desenvolvimento do trabalho em equipe foram: dificuldade de mudança das pessoas, trabalho feito isoladamente, dificuldade de integração da equipe multidisciplinar, serviço permeado das relações pessoais sobrepondo à relação profissional e falta de integração da equipe médica com a equipe multidisciplinar.

Os participantes identificam fragilidades na comunicação das ações desenvolvidas pela equipe, principalmente entre a equipe e o profissional médico.

Espaços de diálogo e troca são essenciais para que o trabalho em equipe aconteça de forma efetiva. No entanto, o que se observa na prática assistencial em saúde mental é que nem sempre os profissionais conseguem abrir estes espaços, e trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, em que o trabalho em equipe tem o sentido de complementação e não de sobreposição ou hierarquia de disciplinas (SILVA *et al.*, 2013).

Os processos de trabalho centrados na lógica biomédica hegemônica necessitam ser superados. A valorização histórica da especialidade médica sobre as demais, na qual as relações entre os trabalhadores são pautadas na verticalização e na hierarquia institucional, promove um cuidado fragmentado, com poucas reflexões sobre o sentido totalizador da vida (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Por vezes a equipe profissional se vê dividida em relação ao trabalho que desenvolve no contexto previsto para um serviço tipo CAPS. Por um lado, oferecendo atividades individuais ou em grupo, relacionadas às psicoterapias, oficinas voltadas aos usuários e familiares e por outro, a equipe médica que mantém o foco na medicalização e em atendimentos tradicionais nos moldes de ambulatório. Tal dicotomia limita a interação, as trocas e o trabalho em equipe, verdadeiramente tal como se espera, na proposta dos serviços substitutivos, além de interferir diretamente na qualidade assistencial ao usuário.

A dificuldade em inserir os médicos no trabalho em equipe é uma realidade em outros CAPS, nas diversas partes do país. Este profissional, muitas vezes, deixa de compartilhar suas experiências e, conseqüentemente, deixa de tomar conhecimento e acompanhar as práticas terapêuticas por ela empreendidas (SILVA *et al.*, 2013). O processo de trabalho interdisciplinar visa reduzir a fragmentação de saberes nos serviços de saúde decorrente da lógica da especialização adquirida por cada categoria profissional (QUINDERÉ *et al.*, 2013).

É importante que os trabalhadores possam construir coletivamente a possibilidade de espaços de diálogo, pois, desta forma, facilita com que a equipe, mais do que um agrupamento de pessoas, se constitua efetivamente em uma equipe com trabalhos integrados (MORORO; COLVERO; MACHADO, 2011).

Este aspecto foi apontado diversas vezes ao longo do estudo e ainda os profissionais não encontraram a maneira de sensibilizar a categoria dos médicos para atuarem de forma mais integrada e compatível com a proposta terapêutica instituída no serviço.

Os momentos vivenciados pelo grupo demonstraram a relevância destes espaços de diálogo e de como a equipe é capaz de pensar e produzir ações que beneficiam o serviço. Durante as discussões, os profissionais deixaram claro, nas hipóteses de soluções que traçaram a necessidade de planejar e executar coletivamente as atividades do serviço, evidenciando o reconhecimento do papel da equipe multidisciplinar em atividades integradas ainda que respeitando as especificidades de cada categoria profissional.

Neste sentido, há de se ressaltar a importância da formação acadêmica para promover o trabalho em equipe, ainda durante a graduação, para que as relações interpessoais e a interdisciplinaridade façam sentido na profissão e no processo de trabalho. Na área da saúde mental Silva *et al.* (2013) fazem uma análise após identificarem no seu estudo a complexidade desta questão e o quão é ainda um desafio para os formadores. Poucas experiências interdisciplinares de fato são oportunizadas aos futuros profissionais, ficando, paradoxalmente, cada qual com sua *práxis* de maneira isolada e quase que atuando independente no cotidiano assistencial.

Vale mencionar que para efetivação dos processos de trabalho da equipe, na perspectiva interdisciplinar, com vistas à integralidade e pautada no modelo de atenção psicossocial, são necessárias também condições adequadas de trabalho aos profissionais. Estas condições estão relacionadas à formação/qualificação ofertadas, à disponibilização de recursos físicos, materiais, insumos e equipamentos (KANTORSKI *et al.*, 2009; RÉZIO; OLIVEIRA, 2010).

Sistematização da assistência

Os problemas percebidos pelos participantes relativos à sistematização da assistência decorrem da ausência dos protocolos no serviço que levam, geralmente,

ao não cumprimento das rotinas de trabalho, a indefinição da forma de referência técnica do usuário, e o não comprometimento de alguns profissionais com os usuários, principalmente na crise, mas também ocorre fora dela.

Ainda neste aspecto, os participantes identificam problemas quanto à organização do tempo, pouco conhecimento do fluxo e rotinas internas e frágil supervisão técnica, aspectos que interferem diretamente no processo de trabalho da equipe multiprofissional.

Ao instituir um fluxo de atendimento sistematizado na rotina do serviço, espera-se que as demandas do tempo e fluxo sejam sanadas, na medida em que o estabelecimento de protocolos visa à organização das diversas ações da equipe em uma unidade de saúde. Protocolos são instrumentos de gestão dos serviços, elaborados a partir do conhecimento científico atualizado e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos dos trabalhadores dos serviços de saúde. Este documento abrange a organização do trabalho no serviço e no território, estabelecendo relações com as diversas unidades de saúde e com outras instituições, os fluxos administrativos e os processos de avaliação (WERNECK, 2009).

A metodologia utilizada ao longo do estudo permitiu a equipe problematizar seus processos de trabalho e buscar, a partir das demandas do serviço, subsídios teóricos que permitissem planejar coletivamente as ações que seriam prioritárias ao CAPS naquele momento, na perspectiva da sistematização da assistência, que passa também pelo estabelecimento de protocolos de algumas ações.

Segundo Werneck (2009), o protocolo atinge toda a dinâmica do serviço e, para instituí-lo é necessário que a equipe avalie e discuta acerca da forma como trabalha, para assim, diagnosticar situações problemas, planejar e decidir pelas ações adequadas.

Visando corresponder a questões desta natureza, o Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, lançou em 2014, a segunda edição do Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás, especialmente voltado às ações que o enfermeiro e sua equipe possam disponibilizar aos usuários dos serviços. Destaca-se que, nesta edição foi acrescido um capítulo específico para a área da saúde mental buscando preencher lacunas na assistência especializada (CAIXETA *et al.*, 2014).

Para que a sistematização seja efetiva é necessário haver consenso entre o que é visto nas evidências científicas e o que é viável na unidade de saúde, pois a adoção de procedimentos inadequados as reais demandas instituirão o processo de trabalho fragmentado e sem planejamento, não garantindo impactos positivos na saúde das pessoas (WERNECK, 2009).

Vale salientar que os protocolos, mesmo sendo estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização dos processos de trabalho, apresentam limites. A utilização do protocolo sem avaliação, acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, para gestores e trabalhadores, restringindo a assistência a atos e procedimentos preestabelecidos, não respondendo as reais demandas do serviço (WERNECK, 2009).

Considerando que o trabalho desenvolvido nos CAPS é dinâmico e algumas ações não podem ser previstas, a assistência deve ser sistematizada com flexibilidade, além de demandar que a equipe esteja em interação constante, para identificarem pontos que necessitem de readequações.

Nesta perspectiva, é mister que os protocolos podem contribuir para as mudanças necessárias e os avanços desejados em um serviço, como também, seu mau uso pode perpetuar modelos e processos de trabalhos indesejáveis, ultrapassados e destoantes da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (WERNECK, 2009).

Dessa forma, ausência de padronização das ações é uma fragilidade, podendo levar a uma grande variação nos modos de agir, configurando-se em um problema institucional. Portanto, superar este problema requer compromisso e nova postura, em que o desejável é a responsabilização de gestores e profissionais no sentido de se construir um processo de trabalho diferente, planejado e implementado por toda a equipe (WERNECK, 2009). A equipe, ao entender e se empoderar da sistematização, terá a assistência funcional, organizando suas rotinas no serviço, evitando desassistir o usuário e/ou seu familiar.

Ainda que o protocolo seja considerado elemento importante para a obtenção de qualidade dos serviços, poucos estudos com o enfoque gerencial ou organizacional são encontrados, dificultando o aprofundamento teórico da sua

aplicabilidade. Por outro lado, há uma vasta literatura sobre protocolos específicos de procedimentos, que não atendem à demanda apontada nesta investigação.

Vale a pena destacar que, um dos desdobramentos deste estudo, correspondente à aplicação da realidade, etapa 5 do Arco de Maguerez, foi a elaboração, pelos participantes, de um manual educativo ilustrando o funcionamento e fluxos do serviço. A proposta seria discutir com toda a equipe do serviço, tendo em vista a sistematização da assistência e melhoria das atividades práticas, de modo geral.

As discussões ao longo de todo o processo da pesquisa foram imprescindíveis e serviram de estímulo para que todos os profissionais participassem, pois se constituíam em oportunidades para se pactuar as divisões de tarefas e responsabilidades, estabelecendo mecanismo de avaliação constante do desempenho das pessoas.

O trabalho no contexto da rede assistencial

A desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município onde o estudo foi desenvolvido ficou claramente evidenciada, a partir dos problemas referidos pelos seus participantes, tais como a dificuldade em dar alta, inexistência de mecanismos para reinserção social, por meio do trabalho, além da pouca interação do CAPS com os demais serviços da RAPS.

A criação da RAPS vem no sentido de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Para tanto, é constituída por componentes relacionados a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O trabalho no contexto da rede de atenção psicossocial no município encontra-se fragilizado, na medida em que os serviços que o compõem muitas vezes são desconhecidos pelos próprios profissionais da área, por profissionais da saúde de um modo geral e também pela população. Tal situação é um agravante no cumprimento do atendimento integral, como pressuposto do SUS e das iniciativas de reinserção e reabilitação, para o trabalho e lazer, na perspectiva das políticas

públicas na área da saúde mental. Obviamente que se comprometem parcerias entre os serviços e equipamentos sociais do território, contribuindo significativamente para a institucionalização dos usuários também nos serviços substitutivos, como os CAPS, por exemplo.

O papel do CAPS é primordialmente de promover articulação entre demais serviços de saúde, como também com os dispositivos sociais destinados a lazer, configurando-se como um espaço indutor de novas práticas e posturas, promovendo a desinstitucionalização (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

As ações nele desenvolvidas devem, portanto, almejar a reinserção social do usuário, tendo como base o resgate da autonomia, que significa incentivá-lo a ampliar sua rede social sem restringi-la exclusivamente aos vínculos estabelecidos no serviço, favorecendo sua inclusão na sociedade e estimulando a não dependência ao serviço (MIELKE *et al.*, 2011).

A concepção de inclusão social está atrelada ao fato de que a pessoa com transtorno mental deve voltar a realizar as atividades cotidianas na sociedade, a qual aceita os considerados normais, que significa agir como todas as pessoas consideradas saudáveis. Nesta perspectiva, o CAPS deve intervir sobre a desvantagem no que se refere ao mercado de trabalho para as pessoas com transtornos mentais. Para o enfrentamento desta situação faz-se necessário buscar práticas para além da área de saúde mental, requerendo esforços dos atores envolvidos para o estabelecimento de relações e parcerias intersetoriais (LEÃO; BARROS, 2011).

No entanto, o trabalho, apesar de sua importância como uma ferramenta para a inclusão, não é vislumbrado como uma meta próxima ou que esteja ao alcance das ações dos profissionais de saúde, pois estes se consideram impotentes em promover ações nesse sentido (LEÃO; BARROS, 2011).

A dificuldade em relação a alta dos usuários, citada pelos profissionais como problema, reflete a necessidade de articulação com os demais serviços da rede de saúde mental que atendam ao usuário em suas necessidades, no momento em que ele deixa de necessitar do atendimento intensificado e especializado do CAPS. É primordial discutir com o usuário benefícios e as oportunidades que a alta lhe proporcionará, visando conscientizá-lo, que não será sofrimento deixar de ir ao serviço, mas pode representar a conquista de outra fase importante do tratamento

proposto no CAPS, que lhe permitirá construir novos vínculos com outros serviços e pessoas, ampliando sua rede social (MIELKE *et al.*, 2011).

Vale ressaltar que são as equipes dos serviços que precisam responder pelos impasses decorrentes da inexistência de fluxos para recebimento e encaminhamento de usuários, dificultando ou inviabilizando o acompanhamento adequado dos usuários fora dos serviços (LAPISCHIES *et al.*, 2012).

No tocante aos aspectos relativos aos processos de trabalho em rede, as discussões decorrentes do estudo apontaram problemas relacionados à fragilidade da rede assistencial e com ênfase a falta de clareza do que é matriciamento. Este ponto em especial foi alvo de muitas reflexões e tomadas iniciativas visando sua posterior implantação.

Considerando o caráter integral de atendimento na atenção em saúde mental, tem-se buscado alternativas frente ao desafio de desenvolver linhas de cuidado, com sistema de referência e contra referência. Alguns dispositivos têm possibilitado esse processo, entre eles o matriciamento em saúde mental na atenção primária e o acompanhamento e o monitoramento das internações hospitalares pelas equipes dos CAPS (SAMPAIO *et al.*, 2011).

O matriciamento consiste no atendimento compartilhado entre CAPS e demais serviços de saúde da RAPS, configurando-se como uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários entre as unidades de saúde. O apoio matricial vislumbra ações que possibilitam a acessibilidade da população aos serviços de saúde, bem como o avanço na garantia de intervenções condizentes com os problemas na área de saúde mental. A articulação entre os níveis de atenção do sistema de saúde pode contribuir para a resolubilidade da assistência dos casos de saúde mental, sobretudo a atenção primária (QUINDERÉ *et al.*, 2013):

Reconhecendo a necessidade de fortalecer as ações de matriciamento, os participantes deste estudo se organizaram e criaram um grupo piloto para iniciar as discussões sobre esta temática no serviço. Neste processo foram realizadas reuniões com os dois Distritos Sanitários Norte e Leste de Goiânia a fim de refletir o matriciamento do CAPS em questão junto às unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal proposta foi prontamente aceita e recebeu o apoio de ambas as coordenações.

Como ação imediata desta empreitada foram selecionados alguns casos para iniciar o trabalho do matriciamento CAPS/ESF dos referidos distritos. Através

deles as equipes realizaram discussões conjuntas e atendimentos compartilhados. Tal feito permite a análise detalhada da situação em foco, como a dinâmica da doença, a eleição de fatores intervenientes no desenrolar do tratamento, além do conhecimento adquirido acerca do fenômeno que se está estudando a partir de sua exploração intensa. A lógica é refletir a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou equipe para que sejam analisados por diversos ângulos, na perspectiva interdisciplinar. Caracteriza-se como um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que têm do caso (CHIAVERINI, 2011).

Outra ação decorrente desta iniciativa foi o planejamento de um curso de capacitação para os agentes de saúde, juntamente ao Distrito Sanitário Norte do município, a partir da compreensão de que são eles o contato mais próximo com a comunidade e componentes-chaves para implantação do matriciamento. Espera-se que, ao fortalecer o matriciamento, as visitas realizadas pelo CAPS sejam em conjunto com algum profissional da ESF responsável por aquela região, consagrando a assistência compartilhada, territorial, atendendo ao máximo as necessidades do usuário e sua família.

Segundo a atual proposta do CAPS onde o estudo foi desenvolvido, haverá um momento reservado para socializar com a equipe todas as visitas realizadas, escutando os profissionais, construindo assim, um trabalho coletivo e multidisciplinar.

Entretanto há dificuldades a serem transpostas, desde a incompatibilidade de agenda do CAPS e da ESF, até os acertos de disponibilidade de veículo e profissionais destinados para realizar a visita domiciliar. Criar momentos de ações conjuntas é um desafio a ser superado, plenamente possível desde que constante na planificação da assistência. Por outro lado, o apoio da gestão do CAPS, empenho e interesse da sua equipe, disponibilidade dos médicos de ambos os serviços - CAPS e ESF, o igual apoio e compromisso dos Distritos Sanitários foram apontados como facilitador para a interlocução das equipes em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida durante o estudo, por meio da metodologia problematizadora, proporcionou a reflexão da prática articulando-a com fundamentos teóricos, num importante exercício de retroalimentação teoria/prática construído

coletivamente com os participantes, o qual permitiu avaliar os processos de trabalho dos profissionais, especialmente voltados ao cuidado e a interação entre todos.

A necessidade de adequar os processos de trabalho, ao modelo de atenção psicossocial foi percebida, o que implica no enfrentamento de alguns desafios relacionados à articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, otimização do trabalho em equipe e a operacionalização da sistematização da assistência. O desenrolar da pesquisa permitiu identificar várias possibilidades no sentido de desencadear transformações positivas no atendimento aos usuários e familiares do serviço, também com as possibilidades da reinserção social.

O estudo evidenciou ainda, a importância de promover espaços abertos de diálogo e trocas entre os membros da equipe multidisciplinar, para que possam olhar atentamente para sua prática avaliando suas condutas e utilizando a rede de assistência para além do atendimento integral às pessoas que dela precisam, com vistas ao cumprimento da Política Nacional de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- Bardin L. Análise de conteúdo. 4ed, editor. Lisboa: 70 edições; 2010.
- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface (Botucatu)*. 1998;2(2): 139-154.
- Borille DC, Brusamarello T, Paes MR, Mazza VA, Lacerda MR, Maftum MA. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto Contexto Enfermagem*. 2012;21(1): 209-216.
- Caixeta CC, Vianey EL, Esperidião E, Silva NS, Dias PCS. Protocolo de enfermagem na atenção à saúde mental. In: Rosso CFW, Alves N. (Org.). *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás*. 1ed. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. 2014;1:130-140.
- Chiaverini DH (organizadora). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde mental*. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- Donabedian A. Part II - Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am J Public Health Nations Health*. 1969;59(10): 1833-1836.
- Gama JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(4): 1397-1417.
- Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(Supl. 1): 29-35.

- Lapischies SRL, Lima ZG, Jardim VMR, Coimbra VCC, Kantorski LP. O trabalho em serviços da rede de atenção psicossocial: dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores. *Cogitare Enfermagem*. 2012;17(3):697-702.
- Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface*. 2011;15(36): 137-152.
- Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1): 159-164.
- Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011;9(2): 265-276.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 446/2012. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.
- Mororo MEML, Colvero LA, Machado AL. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2011;45(5): 1171-1176.
- Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010; 14 (2): 260-267.
- Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013;18(7): 2157-2166.
- Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010;14(2): 346-354.
- Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C, Garcia Filho. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(12): 4685-4694.
- Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2013;22(4): 1142-1151.
- Werneck MAF. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

5.4 – Artigo 04

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE CUIDADO

Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Camila Caixeta Cardoso, Eurides Santos Pinho, Anna Carime Souza.

RESUMO: O presente estudo objetivou analisar a dinâmica de construção e desenvolvimento do PTS em um CAPS de Goiânia-GO. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório, participaram 29 profissionais da equipe. Os dados foram coletados utilizando 08 encontros grupais mediados pelo Arco de Maguerez, formado por 05 etapas: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade. Os participantes identificaram como problema principal no cotidiano assistencial a dificuldade de acompanhamento do projeto terapêutico, causados pela incompreensão do que é PTS, dificuldades no trabalho em equipe, relação da família/usuário com o serviço, ineficácia da articulação da rede psicossocial, ineficácia dos registros nos prontuários e indefinição de referência do usuário. Frente a isso, construíram planos de ações, que foram aplicados na realidade. O processo problematizador permitiu a troca de saberes, em que os profissionais de forma ativa aperfeiçoaram o PTS no serviço, buscando uma assistência com mais qualidade.

Palavras-chave: Saúde mental, Serviços Comunitários de Saúde Mental, Projeto Terapêutico Singular.

INTRODUÇÃO

Diante das mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil, foram criados, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passam a ocupar lugar central no sentido de organizar a demanda e a própria rede de cuidados em saúde mental no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Dentre as ferramentas usadas pelas equipes de saúde, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma das possibilidades para promover o cuidado e a organização do trabalho nos CAPS. É compreendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas na lógica interdisciplinar, assumindo o papel primordial na sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário.

Nos CAPS, as práticas assistenciais são pautadas no PTS, o qual é construído considerando as ofertas e demandas do serviço, do território, as necessidades de saúde/doença, as experiências da vida prática dos usuários e os

saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A análise da singularidade possui objetivo terapêutico, pois considera a pessoa, sua cultura e sua vida cotidiana e não apenas a doença. Na condução do tratamento nos serviços substitutivos o PTS tem papel primordial, perante a identificação das demandas e da discussão do diagnóstico, de forma a partilhar os cuidados em saúde mental, o que leva ao aumento da eficácia da terapêutica implementada, visto que a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de co-responsabilização dos usuários e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MARTINS *et al.*, 2012).

Diante deste panorama este estudo objetivou refletir a dinâmica de construção e desenvolvimento do PTS junto aos profissionais de um CAPS, que são os responsáveis técnicos pelo mesmo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo pesquisa-intervenção, que busca a construção, transformação coletiva. Optou-se por desenvolver uma pesquisa guiada pela Metodologia da Problematização utilizando o Arco de Magueres, cuja proposta é considerada adequada para a pesquisa científica qualitativa com vistas à intervenção, pois prevê uma ação na realidade, desenvolvida com base em saberes adquiridos pela investigação e reflexão, com embasamento teórico e, deste modo, com maior consciência política e social (BERBEL, 2012).

Foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, em Goiânia-GO, destinado a atender pessoas com 18 anos ou mais, portadores de transtornos mentais.

Todos os profissionais do serviço foram convidados a participar do estudo, sendo que 40,28% deles aceitaram e constituíram-se como sujeitos. A maioria do sexo feminino, com formação de 3^o grau, com idade variando de 25 e 61 anos. Em relação ao tempo de atuação em saúde mental, dentre os 29 participantes, quatro profissionais possuem até cinco anos, doze profissionais de seis a dez anos, doze profissionais de 11 a 20 anos e um com mais de 21 anos.

Os dados foram obtidos por meio de oito encontros grupais, realizados como todos os participantes, com duração média de quatro horas cada um, os quais foram guiados pela metodologia do Arco de Magueres. Os encontros ocorreram no próprio

cenário do estudo, em datas pré-agendadas com os participantes. Utilizaram-se recursos da tecnologia de grupo na condução dos grupos, no sentido de prover condições favoráveis à problematização do tema a ser refletido.

Berbel (1998) descreve o Arco de Magueréz em cinco etapas que se desenvolvem sucessivamente a partir da realidade que se pretende investigar: Observação da Realidade, Pontos – Chaves, Teorização, Hipóteses de solução e Aplicação a Realidade.

Na primeira etapa, Observação da Realidade, atenta-se criteriosamente para a realidade que está sendo vivida, objetivando identificar os problemas, registrando-os de forma sistemática. Na etapa seguinte, procura-se refletir os fatores e causas da existência dos problemas levantados, elencando-se os Pontos – Chaves.

A terceira etapa (Teorização) corresponde à busca de contribuições teóricas que tratam da problemática e pode ser feita de diferentes maneiras: busca bibliográfica, visitas *in loco* a locais que mantenham relação com o foco das discussões, estudo dirigido, entre outras. Ao relacionar as informações teorizadas com as reflexões das etapas anteriores, elaboram-se as Hipóteses de Solução para o problema, sendo esta a quarta etapa.

Por fim, na etapa relativa à Aplicação à Realidade, as decisões são executadas na prática, quando as reflexões voltam-se à realidade investigada, na qual se intervém de forma concreta, utilizando-se uma ou mais Hipóteses de solução delineadas, transformando a realidade em algum grau (BERBEL, 1998).

As observações dos pesquisadores, ao longo das atividades, foram anotadas em diário de campo e também os materiais produzidos pelos participantes, arquivados, para posterior análise. Utilizou-se gravador digital para o registro dos relatos durante os encontros que, depois de transcritos, foram identificados com letras “P” para profissional e “M” para os moderadores, numerados por encontro e de acordo com a ordem das falas.

Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo segundo Bardin (2010) e organizados a partir de categorias pré-determinadas, seguindo as 05 etapas do arco.

Todos os aspectos éticos foram atendidos segundo a Resolução 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), tendo como parecer de aprovação o número 623.678/2014 (CEP/HC/UFG).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão descritos e discutidos, de acordo com as etapas do Arco de Maguerez que se sucederam por meio dos encontros grupais entre os participantes do estudo e os pesquisadores.

Investigando um problema a partir da observação da realidade

Ao iniciar o processo de coleta de dados, partindo da Observação da Realidade, os participantes foram estimulados a olharem de forma ampla para o serviço, refletindo seus significados, para que reconhecessem os problemas que vivenciam, a fim de identificar um entrave relevante e viável de intervenção pela equipe do serviço.

Há de se considerar que a percepção pode variar de acordo com a experiência de cada um e de como é sua vivência no cotidiano do serviço.

Talvez por isso, nesse processo, foram levantados 26 problemas, de ordens estruturais e processuais e após intensas discussões buscando focar na prioridade, culminou-se na problemática relativa à *Dificuldade na construção e acompanhamento do PTS*.

Este problema foi considerado pelos participantes como central e urgente a ser trabalhado, pois reconhecem que ao melhorar a dinâmica da construção e acompanhamento do PTS, outras dificuldades do serviço tendem a se resolverem, de forma sucessiva.

Esclarecendo o problema por meio dos seus pontos-chaves

Após delimitar o problema, iniciou-se a reflexão dos fatores e suas variáveis determinantes de modo a definir os pontos-chaves que serão investigados e teorizados. Identificar os pontos-chave é fundamental, pois eles são cruciais para nortear o objeto de estudo, as questões a ser mais bem compreendidas, com potencial de favorecer o discernimento dos participantes para a tomada de consciência e decisão nas possíveis intervenções na realidade problematizada.

Esta etapa foi exaustivamente refletida junto aos profissionais que elencaram vários fatores relacionados ao processo de elaboração e execução do PTS descritos no quadro 1.

Problema	Pontos-chave
Dificuldade na construção e Acompanhamento do PTS	1. Necessidade de maior conhecimento e discussão do que é o PTS
	2. Indisponibilidade interna do profissional em acompanhar o PTS
	3. Necessidade de maior periodicidade na discussão dos casos na equipe
	4. Necessidade de maior integração do médico no projeto terapêutico
	5. Necessidade de maior envolvimento da família e usuário (construção e avaliação)
	6. Necessidade de maior integração da equipe com o usuário
	7. Necessidade de se realizar busca ativa de usuários
	8. Qualidade deficiente dos registros no prontuário
	9. Desconhecimento dos recursos disponíveis para construção do PTS
	10. Indefinição da forma de referência técnica

Quadro 1. Apresentação sistemática dos resultados das etapas 1, 2 do Arco de Maguerez.

Dentre os fatores apontados, identificou-se que alguns profissionais da equipe de apoio não se reconhecem inseridos no PTS dos usuários, relatando que as atividades que desenvolvem no serviço não interferem no desenvolvimento do mesmo. É considerada equipe de apoio os profissionais da cozinha, recepção e motorista do serviço.

“A minha função não traz dificuldades para o bom desempenho do projeto terapêutico, assim, eu não sei como está o andamento do projeto terapêutico.” (P- 8).

Por outro lado, houve participantes que apontaram a relevância e contribuição significativa de toda equipe no acompanhamento do PTS, existindo, portanto divergência na compreensão quanto ao envolvimento na construção e acompanhamento desta estratégia da assistência.

“Eu sei qual a minha participação nesse projeto, no sentido de contribuição (...) e todos tem um papel importantíssimo no projeto terapêutico” (P-11).

Considerando que a equipe que atua no CAPS tem característica multidisciplinar, é nítido que alguns profissionais estão mais próximos que outros. Espera-se que todas as categorias profissionais se insiram direta ou indiretamente no PTS, colaborando para o seu desenvolvimento.

Para Peduzzi (2007), o trabalho em equipe deve ser baseado nas necessidades do usuário, integralidade das ações e interdisciplinaridade, no sentido de promover a integração das diversas disciplinas por meio da comunicação e compartilhamento de saberes.

As reflexões dos participantes deixaram clara a necessidade de maior conhecimento e discussão do que é o PTS, pois somente após compreender sua lógica poderão reconhecer o papel e na dinâmica no contexto assistencial.

A inclusão dos membros da equipe de apoio nas discussões da evolução dos usuários e do seu PTS no serviço, foi outro ponto destacado durante os encontros grupais. Estes profissionais muitas vezes possuem forte vínculo com os usuários e/ou familiares, questão importante para a qualidade da assistência, podendo subsidiar a equipe técnica nos direcionamentos assistenciais, ao comunicar aspectos relevantes percebidos nos contatos que têm com estas pessoas.

O acompanhamento do PTS deve ser realizado, preferencialmente, com a participação da equipe por meio de discussões pautadas em decisões coletivas sobre cada caso. Esta configuração terapêutica é benéfica, uma vez que permite a ampliação da realidade de cada usuário assistido, pois é avaliado sob diversos olhares, favorecendo a tomada de decisão compartilhada além de afastar do sistema de poder e dominância da medicina psiquiátrica tradicional alcançando o modelo psicossocial da assistência (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011).

A disponibilidade individual em buscar a melhor maneira de acompanhar cada usuário também aparece como fator determinante para a solução do problema identificado.

“Rever o projeto terapêutico, me disponibilizar para isso, a minha contribuição nesse momento poderia ser melhor se eu me dedicasse mais, se eu estudasse mais, se eu tivesse mais atenta.” (P-3).

Novamente a importância em buscar conhecimento para o alcance da melhor forma no direcionamento do PTS é destacada, bem como o comprometimento para com o seu processo. O profissional ao se envolver com o PTS cumpre o dever de (re)avaliá-lo periodicamente e/ou quando se fizer necessário.

A avaliação do PTS é primordial, visto que a proposta de reinserção dos usuários é dinâmica e tem desenvolvimento gradual, à medida que novas

intervenções vão sendo implementadas. A demanda inicial do usuário tende a ser trabalhada pela equipe e familiares a fim de reduzir cada vez mais suas limitações, esperando-se em contrapartida que sua evolução seja contínua. Para tanto, o plano terapêutico requer constante revisão, respeitando o progresso do usuário, suas vontades e singularidades. Quando tal acompanhamento não for feito periodicamente há riscos de comprometer a efetividade da assistência oferecida, uma vez que as necessidades do usuário vão se modificando, sendo possíveis de serem identificadas com a observação criteriosa e escuta atenta de suas demandas.

Este aspecto foi também considerado pelos participantes do estudo como um dos pontos-chave relacionado ao problema eleito por eles na primeira etapa do Arco de Maguerez. Salienta-se a necessidade de sistematizar a discussão dos casos com a equipe e avaliação do PTS.

Outras questões foram apontadas como pontos-chave que contribuem para que o PTS não seja devidamente eficiente no serviço. A não integração do profissional médico às ações planejadas e executadas pela equipe é condição que fragmenta o cuidado e dificulta o acompanhamento fundamentado na proposta de atenção psicossocial, além de reduzir a assistência à medicalização, pois muitas vezes os usuários procuram a unidade só para consulta médica, receitas e/ou atestados e laudos.

“A gente tem que pensar como trabalhar o fator médico, médico no CAPS ainda é Deus, como desmistificar isso, se eu acredito que o psicossocial pode fazer mais e junto com o medicamento fazer uma coisa bem legal, não ficar só valorizando o medicamento.” (P-5)

O tratamento apenas medicamentoso tem raízes históricas na assistência psiquiátrica, fazendo com que os usuários dos serviços de saúde mental estejam acostumados com a prática medicalizada na perspectiva farmacológica, característica do modelo de atenção médico-centrado, cuja prática deve ser superada (JORGE *et al.*, 2010).

No serviço onde este estudo foi realizado os usuários que só podem adquirir a medicação caso participem das atividades multiprofissionais indicadas no PTS. Diante de tal fato, cabe refletir porque alguns usuários não querem participar das demais atividades oferecidas pelo CAPS, pois sendo protagonista do seu cuidado, têm poder de decisão sobre si e, ao decidir seguir um tratamento apenas medicamentoso, tem suas motivações que devem ser investigadas, avaliando suas

reais necessidades. Tais dados são importantes de serem conhecidos para subsidiar as orientações quanto ao tipo de acompanhamento terapêutico em que ele possa se interessar, para que participe ativamente de forma efetiva e eficaz.

Ao limitar condicionantes como o direito à medicação apenas aos usuários que tenham frequência nas atividades terapêuticas do CAPS, eles se sentem obrigados a participar das oficinas ou grupos terapêuticos, em troca de algo, o que leva à perda da essência da proposta. O sujeito tem que se sentir motivado e interessado a participar, para que as atividades tenham fins terapêuticos, levando a evolução favorável no tratamento do mesmo.

O diálogo potencializado, no qual o usuário obtenha resolubilidade e esclarecimento sobre as práticas assistenciais contribui sensivelmente para que conheça as possibilidades do tratamento integral, entendendo a necessidade em participar das atividades grupais no CAPS além das consultas individuais, trazendo-lhe benefícios no seu estado de saúde (JORGE *et al.*, 2012).

Neste sentido, os profissionais manifestaram a necessidade da melhor integração da equipe também com o usuário, a fim de se empenharem em ações que estimulem sua participação dentro do propósito terapêutico.

Há de se reconhecer que ainda é um desafio a assistência em saúde mental integral, resolutiva e de qualidade, pois a eficácia das práticas perpassa pela crença que a utilização dos medicamentos é soberana. É inegável a importância da medicação no controle sintomatológico inerente à patologia, mas se reconhece a necessária coexistência de outros dispositivos terapêuticos neste processo (JORGE *et al.*, 2012). As terapias devem sair do escopo medicamentoso preponderante e destacar o sujeito como principal participante no tratamento, sendo a família incluída como agentes fundamentais do cuidado (DUARTE *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, se faz importante empoderar os sujeitos em seus processos terapêuticos, inclusive na autogestão de sua medicação, para que assumam o papel central no desenvolvimento de seu tratamento. O incentivo à autonomia da medicação deve ser acompanhado de orientação médica, cabendo igualmente à equipe o conhecimento da psicofarmacologia para elucidar dúvidas e questionamentos dos usuários quanto aos efeitos da medicação em uso (JORGE *et al.*, 2012).

Foi também considerado um relevante fator no serviço alguns usuários vinculados apenas para adquirir medicação, sem outro tipo de atendimento pela

equipe. Neste sentido, despertou-se a necessidade da busca ativa daqueles que, por algum motivo, evadiram sem justificativa, procurando captá-los novamente para o CAPS, para serem atendidos de acordo com suas necessidades, na perspectiva da proposta psicossocial.

A participação da família de forma mais próxima na estruturação e acompanhamento do PTS, foi também um fator associado ao problema destacado pelos participantes.

“A gente percebe muito a questão do familiar não conhecer o projeto terapêutico, acho que existe uma falha nossa, não discutir esse projeto terapêutico com o familiar. Isso é uma questão muito séria, o familiar não vincula, ele não conhece o projeto terapêutico, ele não entende qual é o objetivo... às vezes a gente fala no acolhimento.”
(P-6)

O relato ilustra o não conhecimento do PTS pelos familiares, devido à falta de orientação por parte dos profissionais. Por outro lado, espera-se que se envolvam e participem ativamente do tratamento dos usuários em todo o processo. Deste modo a não orientação e comunicação devida, colaborará para que a vinculação familiar seja frágil, cabendo aos profissionais traçar medidas que superem esta dificuldade. Este aspecto foi reconhecido como outro ponto chave importante, merecendo atenção pela equipe.

A vinculação da família no PTS deve ser instituída como atividade presente na rotina do serviço, por meio de atendimentos e reuniões familiares, procurando aproximar as famílias da proposta terapêutica estabelecida junto aos usuários. Para que a família se aproprie do PTS como instrumento importante no tratamento é necessário que ela o conheça e se reconheça como parte dele. Esta aproximação deve se dar de forma contínua e não apenas nos momentos de crise ou fragilidade do usuário e de seus familiares.

A terapêutica do CAPS compreende uma série de atividades e dinâmicas diversificadas, que devem ser pensadas e discutidas por todos os atores que pertencem ao serviço, sejam os profissionais, usuários e seus familiares (GAMA, 2012). Ressalta-se, desta maneira, a participação ativa do usuário, pois deve ser sujeito da sua existência, além da sua família e/ou cuidadores, os quais, coletivamente devem discutir junto à equipe multiprofissional os rumos do tratamento. Este processo, denominado de horizontalização das relações de poder

no serviço, faz com que o usuário seja protagonista no processo de assistência com o devido o envolvimento familiar (JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Outro fator de dificuldade para acompanhar o PTS, refere-se, de acordo com os participantes, aos registros em prontuários, ora vagos ora até ilegíveis.

“Anotações difusas no prontuário dificultam acompanhar o projeto terapêutico por parte das pessoas que não são referentes. Tipo, “o usuário participou da oficina”. Mas o que aconteceu? Não tem dados do usuário, do que tá acontecendo, fica difícil acompanhar.” (P-3)

“A forma às vezes de uma letra incompreensível também, pra mim está na forma de escrever.” (P-8)

Tais situações causam insatisfação entre os profissionais, na medida em que prontuário é documento de comunicação da equipe e, portanto, deveria conter informações suficientes para o acompanhamento do usuário, beneficiando a continuidade da assistência além da evolução do quadro. Setz e DíInnocenzo (2009) destacam que a equipe deve ter o conhecimento de adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, legibilidade, identificação e terminologia técnica para dar mais sentido ao que for registrado nos prontuários.

A rede de atenção psicossocial (RAPS) também aparece como ponto-chave relacionados ao problema, seja na articulação entre os serviços, no conhecimento dos seus profissionais acerca de como é constituída ou em possíveis encaminhamentos ou seguimento do fluxo de referência e contra-referência:

“Ela existe, mas às vezes por a gente não conhecer o serviço que acontece, dar andamento na formação dessa rede. O serviço existe, o que falta é a articulação..., mas os serviços acontecem.” (P-5)

Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, os serviços da RAPS devem ser adequados às necessidades dos usuários e, para tanto, espera-se que seja articulada e integrada do ponto de vista intersetorial de forma a atender tais necessidades (GAMA, 2012).

A Portaria 3.088/2011 define e descreve a Rede de Atenção Psicossocial que tem como componentes serviços de saúde articulados ao CAPS com a finalidade de garantir assistência integral e de qualidade aos usuários com transtornos ou sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No entanto, se observa que ainda a RAPS, no município onde o estudo foi desenvolvido, funciona de maneira incipiente, que a despeito de conter alguns dos seus componentes, trabalham desarticuladamente.

Para implementá-la é crucial que o CAPS procure investir em ações visando a reinserção social, estimulando parcerias com dispositivos sociais do território, sob o risco de encapsular e isolar ainda mais o usuário do meio onde vive, se mantiver a conduta de trazer exclusivamente para seu espaço as ações programadas no PTS. Isso pode desenvolver uma compreensão social equivocada de que ele é o serviço responsável por trabalhar com demandas especializadas, fora dos espaços de circulação da vida cotidiana, contribuindo para estigmas, pelo desconhecimento do trabalho que é realizado pelo serviço (MIELKE *et al.*, 2012).

Assim, transitar nos espaços comunitários, mostrando que é possível estar fora dos muros institucionais é papel também do CAPS. De igual forma instigar a sociedade a conhecê-lo, bem como reconhecer seus anseios, expectativas, os recursos e demandas (MIELKE *et al.*, 2012). Nessa perspectiva o PTS deve ser desenvolvido utilizando espaços no território, objetivando a ampliação da rede social e a desinstitucionalização de fato.

Por fim, o derradeiro ponto chave associado ao problema eleito pelos participantes deste estudo, foi relacionado ao modelo de referência técnica que se encontrava indefinida.

“Trabalhamos um tempo com o modelo de um referente técnico, trabalhamos também por um tempo com equipe de referência. Agora estamos estacionados, porque não sabemos se é equipe ou profissional.” (P-1).

A referência técnica têm a função de articulação do plano de cuidados junto ao usuário, família, equipe e território identificando as necessidades, desejos, limites e suas possibilidades, podendo ocorrer no modelo de profissional de referência, no qual um trabalhador é responsável por um quantitativo de usuários, ou no modelo de equipe de referência, no qual um grupo de profissionais são responsáveis por um certo número de usuários. Os profissionais reconhecem que é esperado no modelo de equipe de referência, a facilitação da circulação do usuário entre os diversos

profissionais, mesmo sabendo que haverá algum de quem cada usuário será mais próximo (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Todo o processo de discussão provocado nas etapas 1 e 2 do Arco de Maguerez facilitaram o aprofundamento de reflexão com vistas ao enfrentamento da problemática.

Elaborando as hipóteses de soluções

Após levantar os nós críticos do problema identificado e na proposta de buscar possíveis soluções, conforme é previsto pela etapa 3 do Arco de Maguerez, os participantes foram divididos em subgrupos para buscarem subsídios teóricos que abordassem o tema em questão, conferindo com outras experiências encontradas na literatura especializada.

Para tanto, foi oferecido vários artigos científicos, a fim de que os profissionais agregassem conhecimento de estudos e os aliassem às experiências e saberes decorrentes da sua prática, favorecendo a reflexão da realidade que vivenciam no serviço, com vistas a melhorar a dinâmica do PTS, diante do que haviam discutido nos encontros anteriores.

Entre esta etapa e a próxima houve um intervalo de quatro semanas para que todos pudessem se apropriar do material disponibilizado. No encontro planejado para efetivar a 4ª etapa do Arco de Maguerez, quando se constroem as Hipóteses de Solução para o problema, relacionando as informações obtidas com a literatura consultada e as reflexões das etapas anteriores, utilizou-se a ferramenta norteadora 5W2H. Muito usada no âmbito da gestão, orienta a construção de saídas, tendo em vista planificar ações voltadas à realidade, respondendo as perguntas O que? (*What*), Quem? (*Who*), Por quê? (*Why*), Onde? (*Where*), Quando? (*When*), Como? (*How*), Quanto custa? (*How much*) (DAYCHOUW, 2007).

Os grupos arguíram o processo de aplicação na realidade a partir da problematização desencadeada pelas questões e ao final, após discutirem entre toda a equipe do CAPS, construíram os planos de ações que incluem as ações planejadas e suas respectivas justificativas a serem consideradas no planejamento do serviço, especialmente relacionadas ao PTS.

Com vistas a ilustrar a terceira e quarta etapas foi construído um mapa conceitual, que explana sinteticamente os planos de ações construídos pelos profissionais após teorizarem a temática (Figura 1).

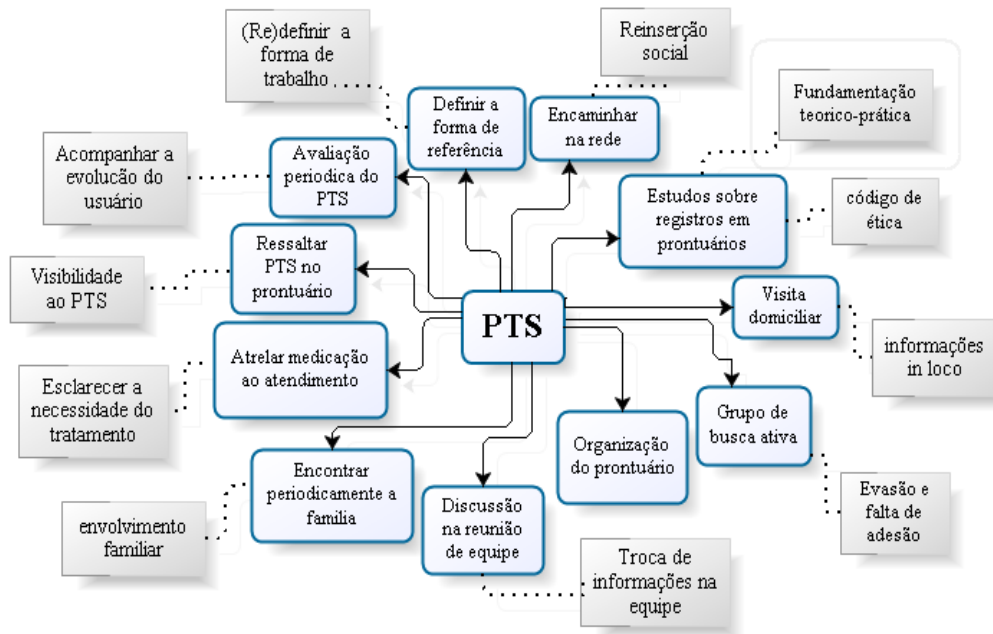


Figura 1. Mapa conceitual representando as ações e justificativas relacionadas ao PTS.

Este foi um processo interessante e muito enriquecedor para a dinâmica da equipe, dada à complexidade da tomada de decisões que envolvem e redirecionam as práticas de um serviço. É importante ressaltar que nenhuma atividade foi planejada para ser executada individualmente, mas ao contrário e em consonância com o delineado pela PNSM, cumpridas no contexto multidisciplinar.

Retornando para a prática

Após delimitar as ações a serem aplicadas no serviço, partiu-se para a fase de execução do plano, que prevê algumas alterações decorrentes do processo de reflexão ao qual os participantes viveram ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

Para que os planos de ações fossem cumpridos foi dado um período de dois meses a fim de realizarem as ações viáveis no cotidiano assistencial, de acordo com os recursos disponíveis.

Para definir o modelo de referência, houve consenso, entre os participantes que o atendimento deveria ser no formato de mini-equipe, que responsabiliza um grupo de profissionais para o acompanhamento de determinado número de PTS, de forma que deixaria de existir usuários desassistidos. Tais discussões aconteceram com toda a equipe, em que foram abordados o conceito de referência, as atribuições

e responsabilização da equipe no papel de referentes e ainda suas dificuldades neste papel.

Ao se deslocar a referência de um técnico para um conjunto de profissionais, permite-se que a cobertura assistencial seja mais completa, pois viabiliza discussões interdisciplinares dos casos e o compartilhamento das responsabilidades, abrindo um lugar de interação entre os saberes, além de evitar a centralização do caso em uma única pessoa. A tarefa de referente por meio de mini-equipe, contribui para que os usuários formem laços afetivos com mais de um técnico (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Considerando a necessidade da avaliação periódica do PTS para que seja revisto de acordo com a evolução e demandas dos usuários, foi implantado o formulário de registro do PTS, o qual passará a ser analisado semestralmente por cada mini-equipe de referência.

Outra ação desencadeada nesta etapa foi a caracterização das adesões e evasões dos usuários ao serviço, pois não havia registro sistemático destes dados. Foram avaliados todos os prontuários ativos, totalizando 795, cujo foco foi observar a adesão às atividades propostas no PTS. Os prontuários nos quais o usuário apresentava ausência por mais de três meses das atividades do serviço foram selecionados e posteriormente realizada busca ativa dos faltosos, por meio de ligação telefônica.

Identificou-se assim um total de 77 altas, sendo 47 por abandono, 08 por encaminhamentos, 16 a pedido, por motivo de mudança de bairro ou cidade, 03 altas médicas e 03 falecimentos.

A agenda de acolhimento também foi avaliada permitindo detectar 26 usuários faltosos no período de fevereiro a agosto de 2014 que se comprometeram retornar ao serviço, após terem recebido contato telefônico pelos profissionais do CAPS.

Para os casos de evasão, planejou-se ainda realizar visitas domiciliares semanalmente, visando facilitar a compreensão do contexto social e familiar que poderiam ter influenciado a evasão, para que fossem incluídas no planejamento intervenções efetivas que contemplassem a territorialização.

A visita domiciliar fortalece os vínculos entre serviço, usuário e família, pois estes se sentem valorizados e amparados ao receberem a visita dos profissionais do

CAPS, além de permitir compreender o contexto do indivíduo e a forma de inserção do usuário na família (KANTORSKI *et al.*, 2012).

No serviço em estudo as visitas domiciliares são realizadas sempre que a equipe ou familiares avaliarem sua necessidade, tendo como fator facilitador a unidade possuir carro e motorista.

Em relação aos registros em prontuários, foi organizado um grupo de trabalho junto ao gestor técnico do serviço a fim de elaborarem um manual educativo para os profissionais da equipe com o objetivo de orientar e direcionar a forma correta e equânime para proceder aos registros. A intenção é transformá-lo num protocolo, após ser discutido com a equipe e se tornar um material de consulta dos profissionais.

As ações planejadas com vistas a transformação da realidade, a partir das hipóteses de solução elencadas pelos participantes, no tocante ao PTS foram listadas no quadro 2.

Aplicações a Realidade

1. Avaliação periódica do PTS
 2. Busca Ativa de usuários com mais de 03 meses de ausência
 3. Definição de mini-equipes como forma de referência
 4. Visitas domiciliares semanais para os casos de evasão do tratamento
 5. Elaboração de Manual educativo para registros equânimes em prontuários
-

Quadro 2. Ações planejadas para a transformação da realidade.

Avaliação do processo de problematização

O movimento da problematização, proporcionado por este estudo, tendo a equipe como protagonista do processo apresentou como pontos positivos a reflexão das atividades, acarretando medidas que trouxeram melhoria no serviço. É importante ressaltar que os problemas elencados pela equipe como entraves e contribuintes para a dificuldade no acompanhamento do PTS, foram amortizados no decorrer do estudo. O envolvimento coletivo superando os individualismos e a participação ativa durante todo o processo mostrou a disponibilidade dos profissionais sendo fator significativo para o alcance das metas delineadas.

O trabalho em saúde mental deve ocorrer necessariamente em equipe, embora esta não seja uma tarefa fácil. Ainda se observa que na prática assistencial nem sempre os profissionais conseguem trabalhar de forma interdisciplinar, na qual a equipe tem o sentido de complementação e não de sobreposição ou hierarquia de disciplinas (SILVA *et al.*,2013).

Por outro lado, houve alguns pontos não favoráveis identificados no decorrer do processo de coleta de dados em que se vivenciaram as cinco etapas do Arco de Maguerez. Dificuldades de alguns profissionais em participar dos encontros grupais, dificuldades interpessoais da equipe que não permitiram maior agilidade no desenvolvimento de algumas ações, além de pouco tempo para apresentar os resultados na vigência da pesquisa, embora tenha ficado claro para eles próprios que o processo continua.

Outra dificuldade vivenciada foi em relação à definição dos responsáveis para a realização dos planos de ações, que em vários pontos foram destinados à equipe de uma forma geral, dificultando a responsabilização pelas ações definidas. Desta forma o plano proposto foi readequado, sendo selecionadas as ações possíveis no prazo estipulado e redefinido os profissionais responsáveis para facilitar a realização das atividades propostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método problematizador estimulou os profissionais a refletirem e iniciarem o processo de avanços no acompanhamento dos PTS dos usuários do serviço, reconhecendo e utilizando as potencialidades do serviço e da equipe, incitando a realizarem continuamente autoavaliação, visando constante progresso no atendimento ao usuário e sua família. Considerando a amplitude de trabalho e tempo escasso para a aplicação a realidade de todas as ações planejadas, foi notada a disposição da equipe em prosseguir com esta etapa até seu término.

A proposta de problematizar a realidade vivenciada pela equipe de trabalho do CAPS gerou uma tomada de consciência desta quanto aos pontos restritivos do trabalho em equipe e do desenvolvimento dos processos de trabalho no serviço que podem e precisam ser pensados e discutidos.

O processo de partir da realidade identificando o problema a ser trabalhado para que seja planejada intervenção para resolvê-lo, não termina com esta pesquisa.

Ficou evidente que a equipe é engajada e tem potencial para continuar refletindo seus processos de trabalho no cotidiano assistencial.

Assim sendo, ao problematizar o PTS, notou-se a troca de saberes entre os profissionais, o ato de pensar em equipe, discutir casos e tomar decisões valorizando a singularidade do indivíduo, atendendo ao modelo de atenção psicossocial, aspectos relevantes na PNSM.

As experiências e discussões vividas ao longo da investigação certamente fortaleceram a capacidade da equipe para o enfrentamento das dificuldades relativas ao acompanhamento do PTS e conseqüentemente garantir assistência com mais qualidade aos usuários e familiares.

REFERÊNCIAS

- Alves E, Berbel NAN. A Resolução de problemas no contexto de um currículo integrado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012;11(suplem.): 191-198.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ed, editor. Lisboa: 70 edições; 2010.
- Berbel NAN. Problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface*. 1998;2(2): 139-154.
- Daychouw, M. *40 ferramentas e técnicas de gerenciamento*. Rio de Janeiro: Brasport; 2007.
- Duarte E, Nasi C, Camatta MW, Schneider JF. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em Saúde Mental: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012; 33(4): 191-199.
- Gama J. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(4): 1397-1417.
- Jorge MSB, Campos RO, Pinto AGA, Vasconcelos MGF. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(4): 1543-1561.
- Jorge MSB, Sales FDA, Pinto AGA, Sampaio JJC. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial. *RBPS: Revista Brasileira de Promoção da Saúde*. 2010; 23(3): 221-230.
- Junior ST L, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009;30(3): 453-460.
- Kantorski LP, Machado RA, Lemões MAM, Quadros LCM, Coimbra VCC, Jardim VMR. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012; 11(1): 173-180.

Martins GCS, Moraes AEC, Santos TCF, Peres MAA, Filho AJA. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enfermagem*. 2012; 21(1): 86-94.

Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65(3): 501-507.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília (Brasil): 2 ed, 2010.

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília(Brasil): 2007.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

Miranda LR, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6): 1153-1162.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 35(1): 103-109.

Queiroz M, Delamuta L. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(8): 3603-3612.

Setz VG, DíInnocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paulista Enfermagem*. 2009; 22(3): 313-317.

Silva, N. S., E. Esperidião, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*. 2013; 22 (4): 1142-1151.

5.5 – Artigo 05

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DE CAPS II PARA III

Adrielle Cristina Silva Souza, Elizabeth Esperidião, Eurides Santos Pinho, Douglas José Nogueira, Ana Caroline Gonçalves Cavalcante.

Resumo: Estudo desenvolvido em um CAPS II em processo de transição para CAPS III que objetiva analisar e descrever as mudanças de níveis de complexidade de atendimento, sob a ótica dos profissionais. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados iniciou-se pela imersão de alguns pesquisadores no serviço, observação participante, registros em diário de campo além de encontros grupais, mediados por metodologia problematizadora com o Arco de Maguerez. Dentre os resultados, a equipe do CAPS identificou como entraves ao instituir CAPS III questões políticas do município, dificuldades estruturais, necessidade de preparação da equipe e planejamento participativo para sua efetivação. Ao relatar as dificuldades vivenciadas espera-se subsidiar reflexões para que estratégias futuras sejam mais aprimoradas, para que a transição de nível de complexidade de atendimento ocorra de forma efetiva e sem prejuízos para os envolvidos.

Palavras-chave: Saúde mental, Serviços Comunitários de Saúde Mental, Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

O criticado modelo manicomial oferecido ao portador de transtorno mental, em que prevalecia a exclusão e abandono, ancorava-se no tratamento medicamentoso desconsiderando a subjetividade da pessoa humana, gerou a necessidade de desinstitucionalizar a assistência especializada na área. Em todo o Brasil, no processo de transição do modelo de atenção houve a abertura de serviços substitutivos, resultando na redução de leitos psiquiátricos. Entre eles destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados como articuladores e ordenadores da rede de cuidado os quais são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto na portaria Ministério da Saúde nº 336-2002: CAPS I, CAPS II e CAPS III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em contrapartida ao fechamento de hospitais psiquiátricos, com conseqüente diminuição de leitos em instituições nos moldes asilares, ocorreu a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e unidades de CAPS III. A

operacionalização do modelo de atenção psicossocial com os serviços e recursos existentes têm sido amplamente discutidos, no sentido de direcionar ações assertivas inerentes a períodos de transição assistencial, tal qual se vive no país desde 2001, e se constitui um desafio para gestores e profissionais que atuam na saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O CAPS tipo III é um serviço e atenção contínua, funciona 24 horas, todos os dias da semana, oferecendo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental e deve constar em regiões com população acima de 200 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). São considerados referência fundamental para os momentos de crises, além de serem mediadores clínico-institucionais, articulando com os serviços não especializados, dando continuidade ao processo de reabilitação (GAMA, 2012).

Todos os tipos de CAPS devem seguir as orientações Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), tanto nas modalidades de atendimentos que oferecer como na caracterização das equipes de trabalho, com vistas a prontidão no acolhimento e respeito integral aos direitos de cidadania do usuário do serviço e seus familiares e/ou cuidadores (GAMA, 2012). Estimular a integração social e familiar e apoiá-los em busca de sua autonomia, integrando-os na ambiente social e cultural faz parte da proposta terapêutica destes serviços (MOURA *et al.*, 2012).

Entretanto para que as ações sejam efetivas é necessário que os profissionais dos serviços sejam preparados adequadamente para desenvolver o suporte clínico, para elaborar o projeto terapêutico singular inclusivo, no sentido de contemplar as demandas da família, inserir os dispositivos sociais em articulação com a rede de cuidados, sob o risco de não se atingir as metas terapêuticas desejáveis.

Torna-se, pois, importante refletir a realidade que se encontra o modelo de atenção vigente em saúde mental o qual caminha por constantes transições, visto o fechamento de hospitais psiquiátricos, rumo ao atendimento contínuo em serviços substitutivos que devem oferecer atendimento humanizado e de qualidade. Avaliar este processo implica em repensar possíveis reformulações e ajustes, com vistas à assertividade de processos futuros, seguindo as políticas públicas vigentes.

Buscando adentrar estas questões no contexto assistencial este estudo objetivou analisar e descrever o processo de transição de modalidade de serviços de

CAPS II para CAPS III no município de Goiânia – GO, segundo a ótica dos profissionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, do tipo qualitativo cuja investigação foi fundamentada na análise do processo de transição de complexidade em um CAPS tipo II para III, destinado a atender pessoas com 18 anos ou mais, portadores de transtornos mentais severos, psicóticos e/ou neuróticos graves, em um município do Estado de Goiás.

Participaram do estudo 29 profissionais do serviço, correspondendo a 40,28 % do total deles. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a agosto de 2014, iniciando-se pela imersão de alguns pesquisadores no serviço, a fim de captar a sua dinâmica por meio da observação participante, 04 encontros grupais, os quais produziram dados, além dos registros nos diários de campo feitos pelos pesquisadores.

Os encontros grupais foram norteados pela metodologia problematizadora, segundo o Arco de Maguerez (AM) que é composto por cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade que se pretende investigar: (01) Observação da Realidade, momento em que analisa com atenção a realidade vivida, registrando criteriosamente o que for percebido, a fim de encontrar os problemas ali constantes. (02) Pontos – Chaves, etapa que tem por finalidade refletir sobre as causas da existência dos problemas encontrados na primeira etapa. (03) Teorização, corresponde à investigação em que se buscam informações sobre o problema. (04) Hipóteses de solução, momento de elaborar possíveis soluções para o problema. (05) Aplicação a Realidade, as soluções são aplicadas na prática (BERBEL, 1998).

Vale dizer que embora durante toda a investigação tenha sido aplicada as cinco etapas do Arco de Maguerez, para este artigo foi feito com resultados da dissertação de Mestrado, sendo focadas apenas suas duas primeiras etapas, quando os profissionais foram estimulados a observar realidade do seu serviço, procurando identificar o problema por eles vivido, e posteriormente, levantaram as causas deste problema.

Os encontros foram registrados em gravador digital e os relatos foram transcritos e identificados com letras “P” para profissional e “M” para os moderadores, que foram numerados por encontro de acordo com a ordem das falas.

Os dados transcritos foram posteriormente submetidos à análise de conteúdo, orientada por Bardin (2010), a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido cuja frequência ou presença faça sentido para o objetivo de análise escolhido. Os resultados foram analisados e discutidos à luz da Política Nacional de Saúde Mental, que prevê assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação da sociedade e da família, visando à reinserção social do usuário na sociedade, defendendo seus direitos e proteção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG), tendo como parecer de aprovação o número 623.678/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil profissional

Os profissionais da equipe multiprofissional participantes atuam na assistência direta e indireta do CAPS, sendo que o maior contingente é do gênero feminino (86,20%), com idade entre 41 e 50 anos (51,72%). A idade oscilou entre 25 e 61 anos. Dos 29 participantes, 01 possui ensino fundamental incompleto, 02 ensino médio completo e 02 cursos tecnológicos (um técnico em enfermagem e o outro técnico em hotelaria) e 24 possuem curso superior completo. Dentre os profissionais de curso superior, 23 profissionais possuem pós-graduações, sendo que destes, 12 profissionais são especialistas em Saúde Mental e 11 são especialistas em outras áreas. Em relação ao tempo de atuação na área de saúde mental, quatro profissionais possuem até cinco anos, doze profissionais de 6 a 10 anos, doze profissionais de 11 a 20 anos e um com mais de 21 anos, oscilando portanto cerca de 83% entre 6 e 20 anos.

Cenário assistencial do município de Goiânia

A mudança do CAPS em questão do tipo II para III no momento em que o estudo foi realizado apresentava interferências do cenário assistencial em Goiânia, considerando desde a estrutura disponível no serviço até o modo em que os profissionais estavam vivenciando as mudanças na gestão em saúde.

O processo de transição da complexidade do CAPS é uma das iniciativas que o município de Goiânia conduz visando redução de leitos psiquiátricos em

clínicas, redirecionando a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços substitutivos de base comunitária.

O redirecionamento, neste sentido, se fazia urgente e necessário, no panorama assistencial de Goiânia, pois até 2013, este município contava com seis clínicas psiquiátricas credenciadas aos SUS para atendimento de pessoas com transtorno mental primário ou decorrente do uso do álcool, crack e outras drogas, totalizando 659 leitos de internação. No início de 2014 esse número caiu para 356 leitos, devido ao fechamento de três clínicas psiquiátricas credenciadas, representando uma redução de 45% de leitos de internação em clínicas psiquiátricas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2014). Esta redução mostra-se como um ganho da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Porém, ao se descredenciar as clínicas psiquiátricas, espera-se que concomitantemente se institua locais de assistência, segundo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), normatizada pela portaria 3.088/201. A RAPS é constituída por sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. A RAPS tem como principais pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultórios na Rua, os Centros de Convivência, CAPS em suas diferentes modalidades, Atenção de Urgência e Emergência, Unidades de Acolhimento (UA), Serviços de Atenção em Regime Residencial, Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais e Residências Terapêuticas (RT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Contudo, no município de Goiânia, tal rede preconizada ainda funciona de maneira indevida, devido a sua incompletude e falta de estrutura desejável, comprometendo a efetividade da assistência psiquiátrica e em saúde mental, conforme se espera. Até o presente momento a cidade conta com oito CAPS tipo II e nenhum tipo III, o qual é apto para funcionamento 24h/dia e atendimento de urgências e emergências. Também inexistem leitos psiquiátricos em hospitais gerais, que objetivam oferecer acolhimento integral ao sujeito que está em crise, articulando com os outros dispositivos da rede de saúde mental comprometidos com o cuidado do usuário (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Para este tipo de atendimento o município conta com o Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal Wassily Chuc, que atende demandas em urgências psiquiátricas de Goiânia e de outros municípios do interior de Goiás e até mesmo de outros estados. Esta unidade de saúde funciona como porta de entrada para as internações, é aberto 24 horas, avaliando e referenciando os usuários para as clínicas psiquiátricas e até mesmo internando (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2014).

Diante desse cenário, a gestão municipal previu para 2014 a migração de dois CAPS II para a modalidade III, sendo um deles o *loco* do presente estudo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2014a).

Entretanto, a maneira como estava sendo operacionalizada tal mudança gerou alguns desconfortos entre os servidores que ficaram de sobreaviso, pois a qualquer momento a unidade receberia novos recursos humanos e iniciaria seu funcionamento como CAPS III.

Sabe-se que somente a criação de serviços substitutivos não é suficiente para que se alcance a reabilitação psicossocial do usuário em sofrimento psíquico, sendo necessários processos de qualificações, como a educação continuada, para que a equipe atue na direção do modelo psicossocial (DUARTE *et al.*, 2012).

Outra experiência neste mesmo serviço onde este estudo foi desenvolvido mostrou certa fragilidade dos profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), quando recebem usuários com problemas relativos a transtornos mentais ou álcool e outras drogas. Por ocasião da tentativa de descredenciamento de algumas clínicas psiquiátricas de Goiânia, foi feita uma experiência de atendimento em situações de crise nos Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS), abrindo-se leitos psiquiátricos nestes serviços. Ali os usuários recebiam auxílio de atendimento por uma equipe técnica do CAPS II, constituída por um médico psiquiatra e outros dois profissionais que diariamente iam ao CAIS para orientações dos seus profissionais, familiares ou acompanhantes sobre o tratamento, encaminhamentos a outros serviços com o objetivo de dar continuidade ao atendimento e suporte na crise. Este processo foi importante na medida em que se evidenciou certo despreparo das equipes da UBS no manejo das crises, embora sejam situações que vivenciam com relativa frequência.

"Toda essa turbulência parece que está tudo flutuando, mas é uma coisa bem interessante, porque quando falam assim, você está na escala pra ir pro CAIS, no primeiro momento, "eu?" eu não! Ontem nós chegamos lá, um senhor todo amarrado, contido, mas aquelas pessoas precisam de ajuda naquele momento, de orientação" (P6)

Embora as políticas públicas de saúde no Brasil prenciem que os atendimentos sejam norteados pelo princípio da integralidade, no cotidiano, este ainda é um grande desafio para os profissionais dos serviços especializados e, principalmente para os demais serviços da rede, visto que são muitas as deficiências em quantidade e qualidade dos recursos relacionados à estrutura de trabalho dos profissionais.

Durante o período de imersão no serviço pesquisado, foi possível verificar que os profissionais do CAIS ao receberem demandas vindas da área psiquiátrica, não se sentiam preparados nem seguros para empreenderem cuidados a estes usuários e por muitas vezes não ofereciam suporte adequado no atendimento. Situações foram encontradas pela equipe do CAPS deixando-as muitas vezes impactadas com a realidade em que presenciaram alguns atendimentos.

"Essa coisa de atender no CAIS é algo impactante, eu fui lá e estou acabada, parece que sugou minha energia inteira, a gente vê o retrocesso, todo mundo amarrado, com fralda, todo mundo pedindo pra tomar um banho, pra ir ao banheiro, aquela visão. Essa demanda nova eu acho que está mexendo com todo mundo, então a minha sensação é de apagando fogo." (P-2)

Martinhago (2012) relata que a precária articulação entre os CAPS e os demais serviços de saúde, em todos os níveis de atenção tem como efeito o retrocesso do processo da assistência em saúde mental. Na situação do presente estudo, tal retrocesso tem ainda a relação direta com a falta de qualificação dos profissionais que atuam na UBS para atender as demandas dos portadores de transtorno mental.

A parceria e aproximação das equipes do CAPS e CAIS durou dois meses e, devido à falta de estruturação da rede de cuidados, ausência de capacitação das unidades de saúde para receber a clientela de saúde mental, e planejamento frágil o processo de descredenciamento das clínicas psiquiátricas foi temporário, retornando ao que era anteriormente usual no município.

Este período foi caracterizado por angústia por parte dos profissionais do CAPS em iminência de transição, sendo observadas duas percepções divergentes do fato: alguns deles referiram não concordar com a forma que estava sendo feito o processo de redirecionamento da assistência no panorama da saúde mental no município, pois instituía novas complexidades dos serviços sem estrutura mínima para receber os usuários, relativa à estrutura física, material e insumos e recursos humanos, enfim, consideraram o método proposto mal planejado pelos gestores municipais. Para o outro grupo de profissionais do serviço, o método ainda que inadequado apresentava-se como passo inicial para redirecionar a assistência, facilitando a estruturação da RAPS no município, que apesar de forma insipiente, traz possibilidades ao longo do tempo de melhorias e adequações nas unidades de atendimento.

Este cenário assistencial de Goiânia reflete a tentativa de serem atendidas as premissas da PNSM, no que tange o descredenciamento de leitos de hospitais psiquiátricos, mirando atendimentos em crises em CAPS III e leitos especializados em hospitais gerais. É recomendável que este processo seja de forma gradual, pactuada e planejada, procurando garantir a efetividade do modelo de atenção psicossocial.

Aspectos estruturais para a transição de complexidade

A arquitetura e a ambiência de um CAPS devem promover processos de trabalho em consonância com as diretrizes e os objetivos da RAPS, caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária/territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Por quatro anos o CAPS em questão funcionou em imóvel provisório, devido à construção de novas instalações que deveriam também atender os aspectos de estrutura física mínima para funcionamento de CAPS III. No entanto, desde sua inauguração, manteve-se como CAPS II.

Há inadequação das suas condições estruturais, ao comparar com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a falta de recursos humanos, materiais e insumos fez com que não se consolidasse a transição para CAPS III indicada pela gestão municipal. Este aspecto fica claro na percepção da equipe que se mobiliza pela adequação dos atendimentos em função de suas capacidades:

“(...)o CAPS foi reformado pra ser CAPS II, uma série de exigências que não foram contempladas pra CAPS III, então vai virar CAPS III sem estrutura exigida pelo Ministério da Saúde.”(P2)

O espaço físico do CAPS conta com ampla recepção, espaço de acolhimento, quatro salas para atividades coletivas, sala exclusiva para os gestores, para serviços administrativos, para equipe técnica, espaço de convivência, farmácia, refeitório, copa /cozinha, banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência e banheiros para funcionários de acordo com o preconizado para CAPS III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Existem duas enfermarias, uma feminina e uma masculina, com quatro leitos cada uma, porém sem possuem banheiros, conforme é preconizado para hospitalidade noturna. Sua área externa é ampla, embora inadequada para atividades ao ar livre, até o presente momento, devido à falta de manutenção, colocando em risco as pessoas que ali circulariam.

O serviço não dispõe de alguns pré-requisitos necessários à internação e ao funcionamento 24 horas, tais como rouparia, armários exclusivos ou carros roupeiros que visam separar roupas limpas das sujas. Inexiste o posto de enfermagem, que é o espaço de trabalho da equipe técnica, com bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outra questão inadequada na estrutura física são as janelas de vidro nas enfermarias, podendo ser quebrados ferindo usuários e/ou profissionais. Considerando, entretanto que o CAPS tem por objetivo a reinserção social e neste sentido não deve se assemelhar a instituições asilares, mas se aproximar de características habituais da sociedade, seria recomendado a substituição por vidros temperados (CAMPOS; BACCARI, 2011).

O quantitativo dos recursos humanos e sua respectiva formação para CAPS III, também não é atendida neste serviço, pois recebeu apenas técnicos em enfermagem, aguardando completar o quadro dos enfermeiros, para ser possível atender conforme preconiza o Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). A equipe mínima deve ter ao menos dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, mais cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio. Para o período de acolhimento noturno, a equipe precisa ser composta por 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do

enfermeiro e 01 profissional de apoio. Nos fins de semana e feriados, a equipe necessita ter 01 profissional de nível universitário, 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão de um enfermeiro e 01 profissional da área de apoio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Outras condições ainda desfavorecem a adequação do serviço para o seu pleno funcionamento. Inexiste um almoxarifado para armazenamento de materiais, que estão sendo guardados nas salas de atividades em grupo. A sala construída para guarda de prontuários e materiais das oficinas é destinada ao repouso da equipe de apoio, onde são também guardados materiais de limpeza. Por sua natureza é recomendado que fossem acondicionados em local próprio, denominado depósito de material de limpeza – DML, o qual está sendo utilizado para repouso dos vigias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A sala que deveria ser o repouso dos profissionais não possui mobiliário, assim passou a funcionar como sala para atendimento médico. Conseqüentemente o serviço sofre a falta de espaço para repouso profissional, que deve conter beliche com armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal, estes requisitos são essenciais para desenvolver hospitalidade 24 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A acessibilidade para pessoas com deficiências físicas se dá parcialmente, pois há rampa e corrimão para entrada de pedestres, porém o acesso do estacionamento para a unidade é apenas por escadas, dificultando o acesso das ambulâncias pelo estacionamento.

Diante do exposto é compreensível acompanhar as manifestações e inquietudes da equipe que se vê diante das poucas condições de oferecer atendimento num serviço com deficiências importantes para a modalidade de CAPS tipo III.

Somente com recursos humanos, materiais e insumos necessários, infraestrutura para atender a complexidade almejada deve-se adicionar a hospitalidade noturna possibilitando atender os usuários com qualidade, principalmente em momentos de crise e em situações que demandem cuidados específicos. O serviço deve estar preparado para recebê-los, nas mais diversas situações, garantindo atendimento desde uma crise mais intensa até o processo de continuidade do tratamento.

Necessidades da equipe no processo de transição

A transição de CAPS II para III foi percebida de maneira conflitante, pela maioria dos profissionais no serviço em que a pesquisa se desenvolveu e encontra-se recorrente nos seus relatos, sempre se sentindo pressionados para colocá-lo em funcionamento a despeito da falta de aporte e suporte necessários.

Os profissionais deveriam ser orientados e capacitados sobre a nova forma de funcionamento, abrindo um espaço de escuta para dúvidas, reduzindo as tensões que esta transição acarreta.

“A gente está meio perdido, de como organizar o serviço pra implementar esse CAPS III, eu estou sentindo um pouco solto, estou sentindo meio desorganizado, não estou conseguindo sintonizar como que o serviço está se estruturando pra receber isso. A gente está meio que apagando fogo. Ainda não conseguimos planejar de forma efetiva esse CAPS III.”(P5)

“Apagar o fogo maior é que nós estamos apagando, é a imposição do nosso secretário, por exigência e quem vai pagar somos nós, é uma cadeia que desencadeou na gente. Não é ele quem vai fazer isso, não é o pessoal da comissão, somos nós que estamos no serviço.”(P-3)

“Pressão interna e externa, “panela de pressão”” (P-8).

Quando a demanda vem de esferas gestoras superiores há uma grande possibilidade dos profissionais que estão nos serviços em atendimento direto ao usuário, e conseqüentemente o próprio usuário e seus familiares/cuidadores em se desestabilizar, na medida em que não participam do processo de discussão e planejamento.

Desta maneira, considera-se legítima a forma sofrida com que o processo de transição estava sendo percebida, pois havia acima de tudo uma necessidade política para que a transição de CAPS II para III se consolidasse, a despeito da preparação do serviço e dos seus profissionais. Neste sentido, um serviço que tem como objetivo cuidar de pessoas em sofrimento acaba vivenciando experiências padecedoras, por estar sustentando um funcionamento “adoecido” de seus processos de trabalho (SCHEIBE; FERREIRA, 2011).

Dentre as questões que afligem a equipe diante da perspectiva da nova modalidade de atendimento é o manejo das situações de crise, que pode ser entendida como sendo uma manifestação súbita de uma ruptura de equilíbrio

preexistente e caracterizada por delírios, alucinações auditivas e visuais, agitação psicomotora e agressividade (MINOZZO; COSTA, 2013; WILLRICH *et al.*, 2011).

“É muita pressão no momento, A colega falou de contenção mecânica e eu me lembrei da minha fala ontem que já estamos com pensamentos paranoicos” (P-1)

“Quando fala em CAPS III vai precisar em algum momento ter contenção mecânica sim, pode ter um momento que a gente vai ver que vai precisar disso. A contenção mecânica é diferente do que o SAMU chegar aqui e fazer o paciente pular no quadradinho de oito.” (P-14)

O momento de crise ainda sustenta o sentido de medo e perigo, herança da história do louco, por ser o momento em que a sociedade reconhece a loucura. Os relatos sobre os riscos de atos violentos e agressivos despertaram na sociedade sentimentos e trouxe para o atual cenário social a noção de periculosidade. Entretanto, para atendimento coerente em momentos de crise, o primeiro passo consiste na desmistificação de que a pessoa em crise é perigosa e de que a crise é um evento isolado na vida dos sujeitos (WILLRICH *et al.*, 2011).

Nas crises deve-se considerar o momento da vida em que o sujeito está passando, em que o sofrimento é tão intenso que desestrutura sua vida psíquica, familiar e social, acarretando muitas vezes na ruptura com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que o sustentam como pessoa.

Ao compreender a complexidade do momento do sujeito, entende-se que a crise não é apenas o período agudo dos sintomas, sendo necessário para manejo do usuário utilizar ferramentas como a escuta que permita a expressão das subjetividades e uma intervenção que instrumentalize o sujeito a responder as situações desencadeantes da crise. A primeira atitude do cuidado humanizado à crise é a intervenção precoce baseada no diálogo empático e orientada nos aspectos emocionais e motores do usuário em crise (WILLRICH *et al.*, 2011).

A atenção à crise se dá como compromisso com desinstitucionalização, garantindo o direito à singularidade, à subjetividade e à diferença; contrapondo os sentidos de periculosidade que coloca o louco como uma ameaça à sociedade; construindo novas práticas e posicionamentos, capazes de produzir novos sentidos, nos quais as pessoas em sofrimento psíquico sejam reconhecidas como sujeitos de direito (WILLRICH *et al.*, 2011).

Em consonância com o estudo realizado em Santa Catarina, os profissionais do CAPS reconhecem seu despreparo para atender as situações de crise, gerando, insegurança, medo e dificuldades para desenvolver seu trabalho. Ressalta-se que a crise não atinge apenas o usuário, que ainda sofre intensamente com a falta do acolhimento à sua crise, e manejo incorreto da mesma, mas também à saúde mental dos profissionais e familiares. Lidar com a crise exige qualificação, sendo necessário investimento em capacitação dos recursos humanos do CAPS (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Visando atender essa necessidade, o município ofereceu capacitação “Percursos Formativos da RAPS - Atenção à crise”, projeto aprovado pelo Ministério da Saúde com incentivo financeiro, objetivando preparar os profissionais da RAPS. Contudo esta capacitação não se estendeu a todos, permanecendo muitos deles desassistidos em seus interesses. Vale ressaltar que, ainda que mais trabalhadores fossem capacitados ainda eram em número insuficientes para atender a necessidade imediata da transição.

Em presença deste panorama, a equipe do CAPS se organizou para planejar o atendimento a crise no serviço, constituindo uma equipe destinada a especificamente a este fim tendo na sua composição um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um componente da equipe técnica e um psiquiatra. Suas atribuições são: acompanhar/cuidar dos usuários internados no CAPS, ter o manejo da crise com abordagem verbal, medicamentosa, contenção, entre outras intervenções que se fizerem necessárias, acompanhamento das atividades de rotina diária (Café da manhã, almoço, sala de convivência, etc), acompanhamento das atividades de autocuidado, promovendo autonomia e independência, atendimento individual e familiar, coordenação da assembleia semanal com os usuários internados no CAPS, visita domiciliar, acompanhamento do atendimento médico, dispensação da medicação prescrita e acompanhamento terapêutico dos usuários em crise.

Foi previsto também o acompanhamento pós-alta destes usuários por meio de visitas e atendimento aos familiares. A visita domiciliar é uma tecnologia de cuidado que promove as articulações necessárias entre usuários/serviço/comunidade. É uma excelente oportunidade de conhecer o contexto de vida do sujeito e/ou da família, suas necessidades singulares favorecendo o fortalecimento do vínculo. Na perspectiva da PNSM, a visita domiciliar proporciona

cuidados contínuos, fora do serviço, sendo uma forma demonstrar o compromisso estabelecido pela equipe com a situação do usuário (PINHO *et al.*, 2013).

Em relação à atenção aos familiares o CAPS deve acolher suas demandas, principalmente nos momentos de crise, com atividades específicas para ela. No presente serviço há o Grupo de Família, no qual as famílias são estimuladas a conversar sobre os desafios do cotidiano, envolvendo-se no tratamento e na (re) socialização dos usuários (PINHO *et al.*, 2013), além de oferecer acompanhamento terapêutico a mesma.

Ao oferecer atividades inclusivas aos familiares e/ou cuidadores, trabalha-se com os vínculos do usuário, entendendo de forma mais efetiva a completude da vida humana, de sua necessidade de estabelecer laços e a complexidade biopsicossocial do sofrimento mental. O CAPS ao envolver o usuário e seus familiares, torna-se um cenário de acolhimento, de escuta e de cuidado, transformando uma relação que, no passado, foi distante e impessoal, para tornar-se uma possibilidade concreta de produzir saúde e vida dentro e fora dos serviços substitutivos de saúde mental (PINHO *et al.*, 2013).

Diante do processo de mudança de complexidade que estavam vivenciando observou-se que a equipe buscou adequar às demandas que foram surgindo, procurando manter a atenção com qualidade e motivados para os enfrentamentos que estavam por vir.

“Não precisamos repetir modelos existentes, podemos construir nosso jeito de fazer” (P10).

A assistência segundo a PNSM ainda se encontra em transição, pois, as práticas de medicalização e retaguarda, características do modelo higienista, coexistem com as atividades de reabilitação nos serviços. Diante disto, é imprescindível refletir sobre a importância da melhora na qualificação da equipe, por meio de educação continuada, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial. Dessa forma, os profissionais estarão aptos a atender as necessidades do sujeito, permitindo, assim, a identificação do seu real papel nesses serviços (VARGAS *et al.*, 2014).

Nesta mesma lógica e atendendo as orientações das políticas públicas, além do desenvolvimento das atividades internas previstas pelo CAPS, devem-se

fortalecer os laços entre o usuário e sociedade, estimulando a inserção no mercado de trabalho, em atividades de cultura e lazer, no convívio social, vivenciando as regras sociais, viagens, assim construindo amizades. Embora ainda seja um desafio para o CAPS aproximar o sujeito no contexto social, é fundamental que o serviço desenvolva um tratamento abarcando planejamento de inclusão e manutenção do tratamento fora da unidade de saúde, considerando as dificuldades e facilidades que o usuário poderá enfrentar na vida em sociedade (PINHO *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo realizado em um CAPS em transição de complexidade de cuidado, CAPS II para III, aponta que para tal mudança é imprescindível planejamento criterioso, com participação efetiva dos profissionais do serviço, que são os principais atores na assistência ao usuário e seus familiares. Caso contrário, há grandes possibilidades de a transição ocorrer de forma adoecedora, em que padecem os profissionais, usuários e familiares, muitas vezes resultando em retrocesso no modelo assistencial.

Muitos desgastes profissionais podem ser evitados também por iniciativas dos gestores, sob-riscos de desestabilizar os profissionais, desmotivando-os além de gerar insatisfação no trabalho comprometendo a área da saúde mental, que já é estressora por sua natureza. Sabe-se que também aqueles que ocupam papel de gestor sejam em que nível for ficam igualmente sujeitos de pressões, diante de ajustes no modelo de atenção no sistema de saúde.

Ficou evidente o desejo da equipe em participar do processo de mudança da complexidade do serviço onde desenvolvem os projetos terapêuticos e se empenham, em razão de uma melhor assistência ao usuário.

Os participantes refletiram suas preocupações quanto à forma imposta de mudança, devido a deficiente formação da Rede de Atenção Psicossocial no município onde o estudo foi realizado, além da inadequada preparação do serviço e da equipe, fazendo com que a dinâmica de funcionamento esperada para CAPS III, não fosse efetivada a contento.

Vale ressaltar que durante o período que o estudo foi realizado, as discussões nos encontros grupais foram calorosas e se tornaram uma oportunidade de refletir coletivamente os impasses que estavam sendo vivenciados no serviço.

Foram inegavelmente momentos de tomada de consciência e de iniciativas de enfrentamento para suas angústias e necessidades.

Por fim, espera-se que este estudo permita refletir os avanços e retrocessos na efetivação da Política Nacional de Saúde Mental, oferecendo perspectivas diante dos processos de transição indispensáveis na atenção a saúde mental, visando melhor qualidade no atendimento ao portador de transtorno mental e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70, 2010. 288p.
- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface*. 1998; 2(2): 139-154.
- Ministério da Saúde. Lei federal n. 10.216, de 06 de abril de 200. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde: Brasília (Brasil), 2001.
- Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. In: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde: Brasília (Brasil), 2013.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília (Brasil), 2011.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde: Brasília (Brasil), 2002.
- Campos RO, Baccari IP. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2051-2058.
- Duarte EOS, Nasi C, Camatta MW, Schneider JF. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012; 33(4):191-199.
- Gama JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(4): 1397-1417.
- Martinhago F, Oliveira WF. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*. 2012; 36(95): 583-594.
- Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Revista Latino Americana*. 2013; 16(3): 438-450.

Moura ERF, Guedes TG, Freire AS, Bessa AT, Braga VA, Silva RM. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2012; 46(4): 935-943.

Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JCV. Atividades terapêuticas: compreensão de familiares e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2013; 17(3):534-54.

Scheibe A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011; 35(4) 966-983.

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Metas da Gestão 2014. In: Diretoria de Atenção a Saúde. Departamento de Articulação Intrasetorial. Divisão de Saúde Mental. Goiânia, 2014.

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Proposta de Reajuste do Valor das diárias Psiquiátricas no Município de Goiânia. In: Prefeitura de Goiânia. Diretoria de Atenção à Saúde. Departamento de Articulação Intersetorial. Divisão de Saúde Mental. Goiânia, 2014a.

Vargas D, Bittencourt MN, Rocha FM, Silva ACO. Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e práticas dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014;18(1): 101-106.

Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Pinheiro GW. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011; 21(1): 47-64.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se desenvolveu na intenção de refletir sobre os processos de trabalho em um CAPS. Este serviço é considerado central na assistência ao portador de transtorno mental, num momento que são visíveis as dissonâncias na atenção a estes usuários.

Os processos de trabalho envolvem todas as ações diretas e indiretas aos cuidados com os usuários, sendo imprescindível serem constantemente problematizados e avaliados, a fim de não comprometer a qualidade assistencial.

Inicialmente a proposta metodológica da investigação intimidou um pouco seus participantes, devido ao medo intrínseco, que é natural, diante de algum tipo de avaliação. No entanto, após esclarecer a proposta de trabalho e com o desenvolver do processo de coleta de dados as resistências começaram a ser vencidas, na medida em que a pesquisa foi vista como oportunidade de evolução nos processos de trabalho.

O enfrentamento a essas resistências se deu por meio da ampla comunicação entre os envolvidos e inserção no campo, evitando questões impeditivas a boa realização do estudo, resultando numa proximidade primordial entre pesquisadores e equipe multiprofissional do serviço, aspecto que favoreceu significativamente o andamento desta pesquisa.

Ressalta-se que o CAPS se encontrava em fase de modificações do ponto de vista da reestruturação de funcionamento (transferência do nível de complexidade de tipo II para III), além de ter passado por período de greve dos profissionais, durante a pesquisa. Estes aspectos se desvelaram como fatores dificultadores, no entanto não foram impeditivos ao bom desenvolvimento do trabalho.

O método problematizador escolhido favoreceu avaliar a dinâmica do serviço e seus processos de trabalho possibilitando desvendar dissonâncias na assistência além de fatores intervenientes para o desenvolvimento dos processos de trabalho dos profissionais do CAPS, como: fatores estruturais (em relação a recursos humanos e também aspectos físicos), relações interpessoais, integração da equipe, capacitações adequadas, articulação em rede, e sistematização das atividades.

Ressalta-se que, em se tratando de pesquisa intervenção, ampliaram-se as possibilidades de reflexão dos aspectos considerados primordiais no desenvolvimento do trabalho assistencial. Assim, durante o processo de coleta de dados, a equipe de profissionais do serviço mobilizou-se no sentido de empreender

estratégias para sanear aqueles aspectos que iam se despontando como problemas da sua dinâmica assistencial.

Foi desta maneira que temas como a articulação com alguns serviços da RAPS, o processo de sistematização da rotina do serviço, a construção e acompanhamento do PTS, a reflexão acerca do processo de transição do nível de complexidade do serviço, foram revistos para otimizar com qualidade o atendimento ao portador de transtorno mental e seus familiares.

Estas estratégias se apresentam como possibilidades no sentido de desencadear transformações positivas no atendimento aos clientes do serviço. Neste sentido, este estudo revela que são visíveis os avanços no cuidado ao portador de transtorno mental, devido às mudanças impostas pela Reforma Psiquiátrica.

É importante destacar que o método problematizador possibilitou aos próprios participantes, induzidos pelo movimento de voltar para suas práticas, o desvelamento dos problemas no serviço em questão, com ponderamentos concomitantes de seus fatores relacionados e o elencar de possíveis soluções, norteadas por estudos que tiveram acesso no decorrer da pesquisa, sempre tendo em vista a transformação da realidade inicialmente problematizada. Esta condição fez com que os profissionais fossem os protagonistas deste processo, buscando intervenções cabíveis no contexto que eles próprios vivenciam, sendo aplicáveis no cotidiano, mediante ações da equipe e no serviço de um modo geral.

A articulação teoria-prática, realizada de modo ativo pelos profissionais valorizou suas capacidades, incentivando-lhes, sobremaneira, o contato com a literatura, em fontes científicas e atualizadas. Entretanto, este movimento foi condicionado unicamente pela oferta de material pelos pesquisadores, talvez por ser novo para quem participa enquanto sujeito de uma investigação.

Outros aspectos podem igualmente interferir neste comportamento, como a alta carga de trabalho que devem desenvolver e a não incorporação da busca de conhecimento para quem trabalha na assistência, corroborando com a premissa da dicotomia desse papel. Ou seja, a academia é responsável pela sistematização do conhecimento e o serviço limita-se a ser o mero consumidor do que se produz. A falta de tempo, por exemplo, geralmente é responsabilizada pelo não cumprimento de algumas iniciativas, sendo importante trabalhar a capacidade de organização do tempo, priorizando e preparando suas atividades em detrimento de sua demanda.

Somado a tudo isso, ainda é muito comum na maioria dos processos educativos, que os conteúdos são oferecidos de maneira linear aos profissionais não os induzindo na busca do conhecimento, a partir das suas necessidades do dia-a-dia.

A natureza desta investigação oportunizou momentos de construir e pensar juntos, diante de um mesmo propósito, de forma interdisciplinar, sinalizando que é possível ações similares no cotidiano dos serviços de saúde mental, em consonância com o preconizado na PNSM. Além disso, constitui-se como espaço de aproximação da equipe, quando os profissionais se (re)conhecem e se acolhem, fortalecendo as relações interpessoais, aspecto relevante para o bom convívio no serviço, com ecos positivos no desenvolvimento dos processos de trabalho.

É premente que momentos de estudo e reflexão sejam implantados no cotidiano dos serviços de saúde mental, pois se constituem em ocasiões de compartilhamento de informações, que podem ocorrer por meio de atividades lúdicas motivacionais, incentivando o envolvimento de toda a equipe de forma interativa e enriquecedora. Isto é tanto possível ao se considerar que as equipes dos CAPS encerram em si múltiplas áreas, favorecendo a interação de conhecimentos, ampliando os horizontes do cuidado integral, efetivando o trabalho interdisciplinar, de forma a consolidar o modelo de atenção psicossocial que é fundamentado nas Políticas Públicas de Saúde Mental vigentes no Brasil.

Os resultados deste estudo permitem afirmar que a real consolidação da Reforma Psiquiátrica vai além de melhoria na estrutura física dos serviços e no quantitativo de recursos humanos. Faz-se imperativo a mudança de pensamento e atitudes dos profissionais e gestores, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e em toda a rede de atenção psicossocial.

As equipes devem empoderar os equipamentos sociais do território, para além de espaço geográfico, explorando-os como ferramenta para o cuidado, na perspectiva da interdisciplinariedade. É preciso desenvolver competências relativas à comunicação e relacionamento interpessoal nas equipes, deixando de lado a individualidade das áreas de conhecimento, vislumbrando um trabalho compartilhado e corresponsabilizado.

Com a experiência deste estudo, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos, também na perspectiva intervencionista e problematizadora, que envolva os vários serviços da RAPS, pois certamente vão contribuir para o alcance das reais

necessidades dos serviços, na medida em que os principais atores são os próprios profissionais, que compreendem seu cotidiano.

Temos a convicção que os resultados desta pesquisa não se encerram com esta dissertação. No serviço, a experiência exitosa deste movimento de problematização foi como ter lançado uma semente em terreno fértil. Os profissionais têm toda possibilidade de continuar refletindo seu cotidiano, sistemática e coletivamente visando sempre a excelência do atendimento que oferecem.

Para a academia, este estudo desvela o uso do Arco de Maguerz como potente ferramenta de coleta de dados, na perspectiva da pesquisa intervenção.

Ficou evidente que mais estudos empreendidos por pesquisadores em parceria com serviços devem ser desenvolvidos, superando o pensamento que a universidade explora o campo para publicar seus dados. Quando se trabalha nos moldes de parceria todas as unidades e profissionais são beneficiados.

Vale o destaque também que o êxito dos resultados desta pesquisa se deve ao grande envolvimento de toda equipe de pesquisadores, que acarretou conseqüentemente no empoderamento e compromisso dos profissionais do CAPS, a despeito de, por momentos ter gerado frustrações, cansaço, incertezas, que foram superados pela construção de um produto valoroso, sinalizando que o esforço valeu a pena.

É preciso registrar que a construção deste trabalho constituiu-se em um aprendizado pessoal e profissional, pois além do conhecimento teórico-prático adquirido, a convivência com a equipe do CAPS possibilitou o estabelecimento de relações interpessoais significativas, com vínculos afetivos, o que favoreceu o desenvolvimento do estudo de forma harmônica, criativa, participativa e espontânea.

Por fim, ao finalizar este estudo e para contemplar a dimensão “resultado”, segundo a tríade de Donabedian, sugere-se avaliar os impactos do esforço assistencial junto aos usuários e seus familiares, pois é para eles que a assistência é planejada e direcionada.

“[...] A prática é um conjunto de revezamentos de um ponto teórico a outro, a teoria é um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem eventualmente encontrar uma parede, é necessário uma prática para perfurar essa parede”.

Foucault e Deleuze
(Intellectuala and Power,1979,p.206).

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar KF, Rocha ML. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política. 1997;(3/4): 87-102.
- Aguiar KF, Rocha ML. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. Psicologia Ciência e Profissão. Psicologia Ciência e Profissão. 2007;27(4): 648-63.
- Amarante P, Diaz FS. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. Cad Bras Saúde Mental. 2012;4(8): 83-95.
- Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviços residencial terapêutico. Cienc saude coletiva. 2009;14(1): 195-204.
- Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 4ed, editor. Lisboa: 70 edições; 2010.
- Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev SPAGESP. 2011;12(1): 66-78.
- Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. Filosofia e Educação. 2012;3(2): 264-287.
- Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012a.
- Berbel NAN. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Rev Diálogo Educ. 2012b;12(35): 103-20.
- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface (Botucatu). 1998;2(2): 139-154.
- Berbel NAN. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. Semina: Ci Soc/Hum. 1995;16(2): 9-19.
- Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. Filosofia e Educação. 2012;3(2): 264-287.
- Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2012; 22(1): 85-92.
- Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1982.
- Borille DC, Brusamarello T, Paes MR, Mazza VA, Lacerda MR, Maftum MA. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência Texto Contexto Enferm. 2012;21(1): 209-216.
- Boscaglia MTM. Estudo sobre as atividades dos enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sul do Estado do Espírito Santo - um estudo descritivo [dissertation]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora Afonso/Universidade Federal Fluminense; 2010. 77 p.
- Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery. 2012;16(1): 147- 156.

- Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2009;13(3): 477-478.
- CAPSUL. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Questionário do coordenador do CAPS. [Internet]. 2013; cited 2010 nov 23; Available from: http://ufpel.edu.br/feo/capsul/estudo_quantitativo.php.
- Cavalheri S. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1): 51-57.
- Colombo AA, Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2007;28(2): 121-146.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz ZMA., org. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- Cordeiro LRO, Oliveira MS, Souza RC. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm*. 2012;46(1): 119-123.
- Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude soc*. 2009; 18(1): 63-74.
- Donabedian A. Part II - Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am J Public Health Nations Health*. 1969;59(10): 1833-1836.
- Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. *Nurs Stand*. 1992;7(11 Suppl QA): 4-5.
- Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science*. 1978;26;200(4344): 856-64.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11): 1115-1118.
- Duarte EOS, Nasi C, Camatta MW, Schneider JF. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4): 191-199.
- Ferro LF. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos: construindo no Presente um Futuro sem Manicômios. *Psicol cienc prof*. 2009; 29(4): 752-767.
- Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10 (Supl. 2): 321-330.
- Gama JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(4): 1397-1417.
- Guariente MHD, Berbel NAN. A pesquisa participante na formação didático-pedagógica de professores de enfermagem. *Rev latino-am enfermagem*. 2000;8(2): 53-59.
- Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(4): 2145-2154.

- Kantorski LP, Mielke FB, Teixeira Júnior S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trab educ saúde*. 2008;6(1): 87-105.
- Koda MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(6): 1455-1461 .
- Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
- Martins GCS, Moraes AEC, Santos TCF, Peres MAA, Filho AJA. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda-Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1): 86-94.
- Meira RC. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE; 2003.
- Menezes MP, Yasui S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6): 1817-1826.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde. 7ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Ministério da Saúde. Lei federal n. 10.216, de 06 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.
- Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004a.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília (Brasil): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 446/2012. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.
- Neto MLA, Amarante PDC. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicologia: ciência e profissão*. 2013;33(4): 964-975.

- Oda AMGR, Dalgalarondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde*. 2005;12(3): 983-1010.
- Oliveira WV. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde*. 2011;18(1): 141-154.
- Paiva IL, Yamamoto OH. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. *História, Ciências, Saúde*. 2007;14(2): 549-569.
- Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(4): 2067-2076.
- Pinho L, Hernández A, Kantorski L. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(1): 28-35.
- Pinho L, Hernández A, Kantorski L. Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Esc Anna Nery*. 2010a;14(2): 260-267.
- Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12): 4579-4589.
- Poz MRD, Lima JCS, Perazzi S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(2): 621-639.
- Queiroz MS, Delamuta LA. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Candido Ferreira" em Campinas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(8): 3603-3612.
- Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery*. 2010;14(2): 346-354.
- Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2003;23(4): 64-73.
- Rodrigues ES, Moreira MIB. A Interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. *Saúde Soc São Paulo*. 2012;21(3): 599-611.
- Rosa LCS, Campos RTO. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv Soc Soc*. 2013(114): 311-331.
- Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C, Filho CG. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(12): 4685-4694.
- Santos EO, Willrich JQ, Meneses BHSR, Franchini B, Antunes B, França SM. Serviços substitutivos na perspectiva da reabilitação psicossocial: um relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*. 2012;11(3): 588-592.
- Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(3): 397-405.
- Secretaria Municipal de Saúde. Inauguração do CAPS Novo Mundo. [Internet] Goiânia; 2011 [cited 2014 30/10/2014]; Available from: <http://saudementalgoiania.blogspot.com.br/2011/07/inauguracao-do-caps-novo-mundo.html>.

- Silva ATMC, Amarante P, Gomes ALC, Braga JEF, Valença AMG, Padilha WWN. A Propósito da Diversidade, Cultura e Saúde Mental: Novas Dimensões para a Compreensão da Loucura. 2012;16(3): 435-438.
- Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. Texto contexto enferm. 2013;22(4): 1142-1151.
- Silva NS, Esperidião E, Silva KKC, Souza ACS, Cavalcante ACG. Perfil profissiográfico de trabalhadores de nível universitário em serviços de saúde mental. Rev enferm UERJ. 2013a;21(2): 185-191.
- Silva NS, Esperidião E, Bezerra ALQ, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de Saúde mental. Rev Bras Enferm. 2013b;66(5): 745-752
- Szymansk H, Cury VE. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. Estudos de Psicologia. 2004;9(2): 355-364.
- Teixeira Junior S, Kantorski LP, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3): 453-460.
- Tesser CD, Sousa IMC. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. Saúde Soc. 2012;21(2): 336 - 350.
- Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva. 2001;6(1): 73-85.
- Vasconcellos VC, Azevedo C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados. Psicologia em Estudo. 2012;17(4): 659-668.
- Vasconcelos EM. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. Cad Bras Saúde Mental. 2012;4(8): 8-21.

APÉNDICES

Apêndice I: Pôster para apresentação da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO



AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE GOIÂNIA

Adrielle Cristina S. Souza¹, Elizabeth Espendiao², Cássia C. Casella³, Douglas Nogueira⁴, Karoline Lelis⁵, Fernanda Costa⁶

1- Enfermeira, Mestranda em Enfermagem - FEN/UFG; 2- Orientadora da pesquisa; 3- Colaboradora da pesquisa; 4- Graduada em Enfermagem; 5- Colaboradora da pesquisa; 6- Graduada em Enfermagem; 7- Colaboradora da pesquisa

INTERESSE DA PESQUISA

A área de Saúde Mental no Brasil carece de pesquisas que visem avaliar sistematicamente os serviços especializados, com vistas a readoçar suas atividades e disponibilizar com excelência e assistência aos usuários.

Até o presente momento, não há estudos em Goiânia que avaliem a estrutura e os processos de trabalho em serviços especializados em saúde mental. Há, portanto, a necessidade de conhecer e avaliar o funcionamento do CAPS, considerado como dispositivo central estratégico da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Ante ao exposto surge a necessidade de conhecer e caracterizar o perfil destes serviços. Para que os CAPS apresentem o atendimento desejado segundo a PMSM, oferecendo suporte clínico, promovendo reinserção social dos usuários, inclusão de família no projeto terapêutico, projeto terapêutico efetivo, inserção dos dispositivos sociais no projeto terapêutico (grupo trabalho, laser, etc), articulação em rede, e fortalecimento do município, é necessário que os profissionais dos serviços sejam preparados para desenvolver ações que promovam o funcionamento com qualidade. Também, se faz necessário avaliar as ações atualmente desenvolvidas por estes profissionais, a fim de conhecer o andamento do serviço de Saúde Mental.

Destacamos que o processo de avaliação é extremamente importante para obtenção de informações que possibilitem compreender e refletir situações ocorridas do serviço e da assistência que oferece.

ESPERA-SE DO ESTUDO

Encontraríamos que:

- Possibilitem a discussão dos resultados encontrados com vistas a (re)adaptação das atividades já oferecidas pelo serviço.
- Contribuam para a qualidade da assistência prestada pelos profissionais do CAPS aos usuários e suas famílias;

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa obteve aprovação do Secretário Municipal de Saúde de Goiânia para sua realização no CAPS Nova Mundo, do conselho diretor do FEN/UFG e do gestão do respectivo CAPS. Encontramos em aprovação do CEP/UFG.

Resaltamos que todas as etapas éticas relativas ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos foram atendidas, em atendimento as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Desta forma, os pesquisadores se comprometem a garantir o anonimato das participantes, assinando o compromisso de sigilo sobre informações coletadas, além de utilizar os dados obtidos somente para os fins previstos no protocolo e publicação dos resultados na mídia científica em acordo a Resolução 466/2012.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar os processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial do rede especializada em Saúde Mental no município de Goiânia.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a dinâmica assistencial do CAPS Nova Mundo;
- Identificar a articulação do CAPS Nova Mundo com os demais serviços e equipamentos sociais do município;
- Identificar as ações dos profissionais constantes no projeto terapêutico;
- Mapear o processo de construção e dinâmica do projeto terapêutico;
- Relacionar as ações dos profissionais na perspectiva da interdisciplinaridade;
- Refletir as potencialidades e fragilidades dos processos de trabalho dos profissionais do CAPS Nova Mundo.

METODOLOGIA

A pesquisa utilizará, para o coleta de dados, a metodologia de problematização segundo a Arte de Nogueira que prevê 5 etapas as quais se desenvolvem a partir da realidade que se pretende investigar. Há de salientar que tal proposta requer interatividade entre os pesquisadores, profissionais e gestores do serviço.

Serão agendadas reuniões grupais para a operacionalização da pesquisa, com a participação do equipe de pesquisadores e mediadora experiente com o Metodologia adotada.

Os dados serão também coletados por análise documental utilizando documentos e os prontuários de usuários atendidos no período de realização do estudo.

Serão participantes do estudo todos os profissionais do equipe multiprofissional que atuam na assistência direta e indireta.

DATAS PROPOSTAS

14/02/2014: Apresentação do projeto

Apresentação do equipe de pesquisadores

Assinatura do TCLE

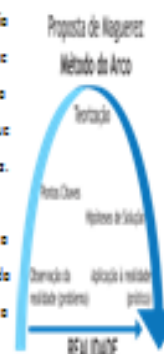
21/02/2014: 1º Etapa do AM (Observação da Realidade)

07/03/2014: 2º Etapa do AM (Definir as partes-chaves)

21/03/2014: 3º Etapa do AM (Teorização)

04/04/2014 e 25/04/2014 : 4º Etapa do AM (levantamos hipóteses de solução)

23/05/2014 e 30/05/2014: 5º Etapa do AM (aplicação à realidade)



Apêndice II: Folder informativo entregue aos profissionais

<p>OBJETIVOS</p> <p><i>Objetivo Geral:</i></p> <p>Avaliar os processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental, no município de Goiânia.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a dinâmica assistencial do CAPS Novo Mundo; • Identificar a articulação do CAPS Novo Mundo com os demais serviços e equipamentos sociais do município; • Identificar as ações dos profissionais consultantes no projeto terapêutico; • Mapear o processo de construção e dinâmica do projeto terapêutico; • Relacionar as ações dos profissionais na perspectiva da interdisciplinaridade; • Refletir as potencialidades e fragilidades dos processos de trabalho dos profissionais do CAPS Novo Mundo. 	<p>EQUIPE DE PESQUISADORES</p> <p>FEN/UFG*</p> <p>Profª Drª Elizabeth Espertidão Orientadora da Pesquisa E-mail: belesper@ufg.br Telefone: 84154950</p> <p>Profª Drª Camilla Caixeta E-mail: camillacaixeta@uol.com.br Telefone: 8165.3081</p> <p>Prof. Ms. Douglas José Nogueira E-mail: dougdeni@yahoo.com.br Telefone: 81946594</p> <p>Enfª Adrielle Cristina Silva Mestranda – Coordenadora da pesquisa E-mail: drica_140@hotmail.com Telefone: 82653254</p> <p>Kamilla Lelis Graduada em Enfermagem/Auxiliar de pesquisa E-mail: kamillalelis@hotmail.com Telefone: 8182.2583</p> <p>Fernanda Costa Graduada em Enfermagem/Auxiliar de pesquisa E-mail: nanda.costa92@hotmail.com Telefone: 99719571</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE ENFERMAGEM</p> <p>F E N</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO</p> <p>Pesquisa:</p> <p>AVALIAÇÃO DA ESTRUTURAL E PROCESSOS DE TRABALHO EM UM CAPS DE GOIÂNIA</p> <p>Linha de pesquisa: Gestão e formação de recursos humanos para a integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem.</p>
--	---	--

*Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Goiás
Fone: 3209- 6280 Ramal 213



INTERESSE DA PESQUISA

A área da Saúde Mental, no Brasil, carece de pesquisas que visem avaliar sistematicamente os serviços especializados, com vistas a readequar suas atividades e disponibilizar com excelência a assistência aos usuários.

Até o presente momento, não há estudos em Goiânia que avaliem a estrutura e os processos de trabalho em serviços especializados em saúde mental.

Há, portanto, a necessidade de conhecer e avaliar o funcionamento do CAPS, considerado com o dispositivo central e estratégico da Política Nacional de Saúde Mental.

Destaca-se que processo de avaliação é extremamente importante para obtenção de informações que possibilitem com prender e reverter situações acerca do serviço e da assistência que ofereça.

O QUE ESPERAR DO ESTUDO

Espera-se encontrar elementos que:

- Possibilitem a discussão dos resultados encontrados com vistas a (re)adequação das atividades já oferecidas pelo serviço.
- Contribuam para a qualidade da assistência prestada pelos profissionais do CAPS aos usuários e suas famílias;

METODOLOGIA

A pesquisa utilizará, para a coleta de dados, a metodologia da problematização segundo o Arco de Maguerez, que prevê 5 etapas as quais se desenvolvem a partir da realidade que se pretende investigar.

Há de salientar que tal proposta requer interação entre os pesquisadores, profissionais e gestores do serviço.

Serão agendados encontros grupais e especificamente para a operacionalização da pesquisa, com a participação da equipe de pesquisadores e mediadores experientes com a metodologia adotada.

Os dados serão também coletados através de análise documental, utilizando documentos e os prontuários de usuários atendidos no período



ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia tendo obtido anuência para sua realização no CAPS Novo Mundo.

Ressalta-se que todos os aspectos éticos relativos ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos foram atendidos, em atendimento as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Desta forma, os pesquisadores se comprometem a garantir o anonimato dos participantes, assumindo o compromisso de sigilo sobre informações coletadas, além de utilizar os dados obtidos somente para os fins previstos no protocolo e publicação dos resultados no meio científico em acordo a Resolução 466/2012

DATAS PROPOSTAS

- 14/02/2014:** Apresentação do projeto
- Aprovação da equipe de pesquisadores
- Assinatura do TCLE
- 21/02/2014:** 1ª Etapa do Arco de Maguerez
- 07/03/2014:** 2ª Etapa do Arco de Maguerez
- 21/03/2014:** 3ª Etapa do Arco de Maguerez
- 04/04/2014 e 25/04/2014:** 4ª Etapa do Arco de Maguerez
- 23/05/2014 e 30/05/2014:** 5ª Etapa do Arco de Maguerez

Apêndice III: Roteiro para entrevista com a gestão do serviço**Questões norteadoras da entrevista com os gestores do CAPS Novo Mundo
Conhecimento da dinâmica assistencial do CAPS**

1. Conte-me como se dá a chegada do usuário aqui.
2. Sabendo da existência dos dois momentos (1ª escuta e acolhimento) de quando o usuário chega ao serviço, conte-me como se deu a construção destes dois momentos?
3. Qual(is) critério(s) de encaminhamento dos usuários para as oficinas e para as demais atividades do CAPS?
4. Como é pensada e realizada a construção do projeto terapêutico após o acolhimento?
5. Como são desenvolvidas as atividades propostas no projeto terapêutico? (São semanais? Sempre no mesmo horário? Sempre o mesmo coordenador?)
6. Todas as atividades desenvolvidas no CAPS estão no projeto terapêutico? (Se não, quais não estão?) (como você vê o não registro? Como interfere na construção do PT? E como isso tem interferido na relação de trabalho da equipe?)
7. Como são as ações voltadas aos usuários, na perspectiva do trabalho interdisciplinar?
8. Conte-me como se dá o processo de alta dos usuários.
9. Como é feita a articulação do CAPS com os equipamentos sociais do município, ou do território, ou com os demais serviços de saúde? (planejamento e execução) (quais equipamentos ou outras instancias vocês utilizam)?
10. Conte-me como é o processo de trabalho com a residência terapêutica?

Apêndice IV: Planejamento dos encontros**PLANEJAMENTO 1º ENCONTRO****Material:**

- Lista para participantes do dia
- Cartolinas
- Revistas
- Cola
- 2 Câmera fotográfica
- Urna
- Fita adesiva
- Sucatas
- Lápis de cores e giz de cera
- Aparelho de som
- Fitas de duas cores
- 6 Canetões, de duas cores
- Tesouras
- 4 gravadores de áudio

Execução

Técnica em grupo do BOM DIA.

Relembrar o Arco de Maguerez - Onde estamos?

Levantar as expectativas do grupo

- Cada um escreve em folhas A4 suas expectativas em relação ao desenvolvimento pesquisa
- Montar a chuva de idéias

Contrato de convivência

Divisão aleatoria em 2 subgrupos

Lanche – momento de interação

Personificar o CAPS:

- CAPS se apresente a mim - quem é você?

Os subgrupos apresentam ao grupão o que montaram que simboliza o significado do que é ser CAPS

Fechamento

Como estou saindo daqui hoje?

PLANEJAMENTO 2º ENCONTRO**Material:**

- Lista para participantes do dia
- 2 Canetões
- Lápis de cores e giz de cera
- Data show
- 2 Cartolinas
- 4 gravadores de áudio
- Fita adesiva
- Canetinhas
- 2 Câmeras fotográficas

Execução

Técnica em grupo: Cumprimentos diferentes

Como estou chegando aqui hoje? Expressar desenhando em uma face.

Relembrar o contrato (*acrescentar mais algo?*)

Data show:

- Relembrar o que foi feito no 1ª encontro.
- definir o que é problema
- levantar problemas

Lanche

Priorizar os problemas levantados pelo grupo

Fechamento

Como estou saindo daqui hoje?

PLANEJAMENTO 3º ENCONTRO

Material:

- Lista para participantes do dia
- Data show
- Fita adesiva
- 2 Canetões
- 13 Cartolinas
 - 5 brancas
 - 2 azuis
 - 2 rosas
 - 4 amarelas
- 4 gravadores de áudio
- 2 Câmeras fotográficas

Execução

Relembrar o último encontro e contrato

Acordo: “ao final desse encontro sairemos com o problema selecionado”

Priorizar os problemas

- subdividir em 2 grupos para que eles discutam e priorizem os problemas

Lanche

1 representante de cada sub grupo tem 10 minutos para apresentar o que foi discutido

Definir o problema da pesquisa

PLANEJAMENTO 4º ENCONTRO

Material:

- Lista para participantes do dia
- Net book
- 4 gravadores de áudio
- Bola
- Data show
- Etiquetas com as perguntas
- 2 Câmeras fotográficas

Execução

Técnica para iniciar – Jornal falado (bola)

Relembrar o encontro anterior

Musica calma e baixa, ir incentivando cada um a pensar em si no CAPS, em suas atividades, em seu desenvolvimento no serviço.

Responder as perguntas, que levarão aos pontos chaves

- Em que eu contribuo para a falta sistematização e cumprimento das normas e rotinas?

- Quais minhas dificuldades na organização para implementar CAPS III?
- Quais minhas dificuldades que contribuem para a falta de planejamento e acompanhamento do Projeto Terapêutico?

Agrupar os pontos chaves

Lanche

Pontuar os pontos chaves

PLANEJAMENTO 5º ENCONTRO

Material:

Lista para participantes do dia	4 gravadores de áudio
2 Câmeras fotográficas	Cartolinas
Canetões	Artigos.

Execução

Técnica inicial – tangram

Relembrar o encontro anterior

Dividir em 5 grupos, entregar artigos relativos aos questionamentos trazidos no encontro anterior:

- *Temas dos artigos:*

1. *Matriciamento;*
2. *PTS;*
3. *Organização do serviço (fluxo, tempo) e referencia;*
4. *Registro;*
5. *Busca ativa.*

- *Levar estudos desenvolvidos em serviços de saúde mental, para que os grupos façam leitura elencando aspectos que identificam no serviço e aspectos que necessitam se fortalecer;*

- *Oferecer cartolinas e canetões para que eles registrem o que for elencado*

Lanche

15 minutos para cada grupo apresentar os encontrado na literatura e sua reflexão no serviço

alinhar os “temas”, contextualizando com o serviço, mostrando suas peculiaridades e características principais.

PLANEJAMENTO 6º ENCONTRO

Material:

Lista para participantes do dia	4 gravadores de áudio
2 Câmeras fotográficas	Data show
Cartolinas	Canetões

Execução

Técnica inicial – vídeo sobre planejamento

Relembrar o ultimo encontro

Os 5 subgrupos apresentam: (20 mim por subgrupo)

- Matriciamento;
- PTS e referencia;
- Organização do serviço (fluxo, tempo);
- Registro;
- Busca ativa.

- no decorrer das apresentações ir registrando as hipóteses de solução trazidas (projetado no data-show);

Lanche

Explicar o 5W2H.

- Entregar o material a eles (artigo explicativo e quadro)
- Manter o foco no PTS:
Em que as nossas propostas podem contribuir na melhoria da qualidade no acompanhamento do projeto terapêutico?

PLANEJAMENTO 7º ENCONTRO

Material:

Lista para participantes do dia	4 gravadores de áudio
1 Câmeras fotográficas	Cartolinas
Canetões	

Execução

Relembrar o ultimo encontro

Quais ações esta equipe precisa empreender para planejar melhor o PTS? (3 ações)

Quais ações esta equipe precisa empreender para acompanhar melhor o PTS? (3 ações)

Quais ações esta equipe precisa empreender para registrar melhor no prontuário e outros documentos? (3 ações)

20 minutos para os 5 subgrupos fazerem o 5W2H

Lanchando com idéias (servir o lanche dentro da sala, dar 5 minutos para se servirem e retornarem para a continuidade das atividades)

Apresentações dos 5 subgrupos (fechamento de como será aplicado o plano da prática)

5 minutos para apresentar o plano de ação

10 minutos para discussão em todo o grupo

Solicitar que preencha fichas com os aspectos facilitadores e dificultadores ao desenvolver as ações previstas nos planos de ações, buscando resolver o problema central “dificuldade de acompanhamento do PTS”

Que dificuldades você encontrou na aplicação dos planos de ação?

Que facilidades você encontrou na aplicação dos planos de ação?

PLANEJAMENTO 8º ENCONTRO

Material:

Lista para participantes do dia	3 gravadores de áudio
1 Câmera fotográfica	Balões
Canetas	

Execução

Acolher musica tocando ao fundo (“Andar com fé eu vou”)

Dar um tempo para eles refletirem e lembrarem do processo da pesquisa

Relembrar todas as etapas, chegando ao objetivo do dia (ultimo encontro de coleta, como foi a aplicação do plano de ação, e fechamento).

Apresentação dos grupos

Lanche

Técnica balões Técnica da responsabilização “jogar balões para cima, ir colocando mais balões gradativamente”.

Finalizar refletindo a forma que o grupo trabalha - Música “Tente outra vez”.

Avaliação da Pesquisa: “Ler texto do Grande Sertão Veredas”

Entregar um folha para registrar:

Como entrei?

Como caminhei?

Como sai?

O que pretendo continuar fazendo?

Compartilhar o que registraram

Ler o poema Fernando Pessoa

Momento de agradecimento

Apêndice V

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor(a),

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário em uma pesquisa, intitulada *Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia*. Meu nome é Adrielle Cristina Silva Souza, sou enfermeira e a pesquisadora responsável.

Após ler com atenção este documento sobre as informações e esclarecimentos da citada pesquisa, caso aceite fazer parte do estudo, assine todas as folhas deste documento, o qual também será assinado por mim, pesquisadora. São duas vias do documento, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Prof^a Dr^a Elizabeth Esperidião no telefone: (62) 3209-6280, Ramal 213 ou Adrielle Cristina Silva Souza no telefone (62) 8265-3254.

Caso queira informa-se sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-83 38 e 3269-8426 ou no endereço: 1^a Avenida S/N^o Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2^o andar. Horário de funcionamento: 2^a a 6^a das 7:00 às 17:00hs.

Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa:

Título do Projeto: *Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia*.

Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós Graduação/ Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Eu, Adrielle Cristina Silva Souza, estou desenvolvendo sob a orientação da Prof^a Dr^a Elizabeth Esperidião.

Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar os processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo, no município de Goiânia. E como objetivos específicos conhecer a dinâmica assistencial deste serviço; identificar a articulação deste CAPS com os dispositivos sociais do município de Goiânia;

identificar as ações dos profissionais constantes no projeto terapêutico dos usuários; relacionar as ações dos profissionais do CAPS na perspectiva da interdisciplinaridade de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental; mapear o processo de construção e dinâmica do projeto terapêutico dos usuários; problematizar e refletir as potencialidades e fragilidades dos processos de trabalho dos profissionais do CAPS junto aos usuários, família e comunidade. Para obter os dados, contamos com sua participação nos encontros em grupo junto aos outros profissionais.

A pesquisa será realizada em forma de discussões em grupo, com 10 a 15 participantes, com técnicas grupais coordenados pela pesquisadora utilizando a Metodologia da Problematização com as etapas do Arco de Maguerez (1ª Observação da realidade/problema; 2ª Pontos-Chave; 3ª Teorização; 4ª Hipótese de solução; 5ª Aplicação à realidade). Será utilizado um gravador de áudio e câmera fotográfica/filmadora para se garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes possam ser recuperados e analisados posteriormente.

Informamos que os riscos ao participar do estudo são de exposição de opiniões e idéias pessoais perante a equipe de trabalho, sujeitando-se a julgamento destes, porém o Sr(a) não é obrigado a expor nada pessoal na pesquisa, nem dar opiniões em temas que o deixa desconfortável. O Sr (a) possui total liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início do estudo. Garantimos o sigilo quanto ao seu nome. Como benefícios, esperamos melhora na qualidade de assistência aos usuários e família oferecida no serviço.

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, bem como não terá despesas ao participar.

Os resultados poderão ser publicados em congressos, revistas científicas, em que as informações permanecerão em anonimato. Assim, asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa.

Colocamo-nos a disposição para qualquer tipo de esclarecimentos que se fizerem necessários.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

EU, _____

RG, _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo: *Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia*, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Adrielle Cristina Silva Souza sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Nome do participante

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Observações complementares:

ANEXOS

Anexo I

Roteiro para coleta de dados documental

Horário de funcionamento do CAPS:				
Há critérios de acesso ao CAPS como encaminhamento, faixa etária, diagnóstico, território, gravidade?	Quais?			
Qual o número atual de: Pacientes inscritos				
Número de prontuários ativos:				
ATIVIDADES				
Oficinas desenvolvidas: quais oficinas terapêuticas o serviço oferece?	Dia	Horário	Coordenador	Quantidade de participantes:
Acolhimento: (0) Não (1) Sim				
Artes (0) Não (1) Sim				
Música (0) Não (1) Sim				
Dança (0) Não (1) Sim				
Geração de renda (0) Não (1) Sim				
Higiene e cuidados pessoais (0) Não (1) Sim				
Atendimento individualizado (0) Não (1) Sim				
Atendimento individualizado no domicílio (0) Não (1) Sim				
Atendimento de orientação à família (0) Não (1) Sim				
Grupo de familiares				

(0) Não (1) Sim				
Atendimento psicoterápico (0) Não (1) Sim				
Dispensa medicamentos (0) Não (1) Sim				
Educação em saúde (0) Não (1) Sim				
Atividade Física (0) Não (1) Sim				
Acesso livre dos usuários? (0) Não (1) Sim				
Acesso com hora marcada dos usuários? (0) Não (1) Sim				
Assembleias com os usuários (0) Não (1) Sim				
Existe projeto de geração de renda? (Cooperativas de usuários, etc) (0) Não (1) Sim	Especifique:			
Os usuários recebem alta do serviço? ?	1= Sim	2=Não		
Realiza visitas domiciliares	1= Sim	2=Não		
Com que frequência são realizadas VD?	Semanal () Quinzenal () Mensal () Outro. Especifique:			
O serviço possui transporte para a realização das visitas domiciliares	1=Sim Se sim: com que frequência o transporte está disponível para uso do serviço? (1) Todos os dias	2= Não		

	(2) Duas vezes por semana (3) Três vezes por semana (4) Outro Qual? _____	
Qual profissional realiza visitas domiciliares?		
O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo	1= Sim	2= Não
ARTICULAÇÃO		
Articulação com rede básica	1= Sim	2= Não
Articulação com equipamentos sociais	1=Sim	2= Não
Há mecanismo para evitar internações em situações de crise	1 = Sim	2=Não Se não para onde encaminha: 1) Pronto Socorro 2) Emergência Psiquiátrica 3) Internação em Hospital Geral 4) Internação em Hospital Psiquiátrico 5) Outro _____
Possui sistema de referência para outros serviços?	1=Sim 1) Pronto Socorro 2) Emergência Psiquiátrica 3) Internação em Hospital Geral 4)Hospital Psiquiátrico 5)Unidade Básica de Saúde	2=Não

	6)Outro:	
Possui sistema de contra referência?	1=Sim 1) Pronto Socorro 2) Emergência Psiquiátrica 3) Internação em Hospital Geral 4)Hospital Psiquiátrico 5)Unidade Básica de Saúde 6)Outro:	2=Não
REUNIÕES DE EQUIPE		
Quem participa das reuniões de equipe?		
Qual a periodicidade das reuniões de equipe?	Semanal () Quinzenal () Outro:	
Qual a duração dessas reuniões?		
Abordam questões administrativas?	1= Sim Quais?	2=Não
Abordam questões técnicas (discussões de PTIs, discussões de casos, discussões sobre medicações)?	1= Sim Quais?	2=Não
O usuário possui algum técnico de referência?	1= Sim Quais?	2=Não
SUPERVISÃO		
A equipe recebe:		
<u>Supervisão Técnica</u>	(0) Não (1) Mensalmente (2) Raramente	
<u>Supervisão Administrativa</u>	(0) Não (1) Mensalmente (2) Raramente	
<u>Consultoria</u>	(0) Não (1) Mensalmente (2) Raramente	

<u>Orientação Técnica</u>	(0) Não (1) Mensalmente (2) Raramente	
<u>Orientação Administrativa</u>	(0) Não (1) Mensalmente (2) Raramente	
Outro	Qual?	
O serviço conta com algum mecanismo de avaliação sistemática?	(0) Não (1) Sim Se sim, quais mecanismos são utilizados? _____	
REGISTROS		
Registra-se:		
Atas das Assembleias	Sim ()	Não ()
Ata das reuniões de equipe	Sim ()	Não ()
Intercorrências	Sim ()	Não ()
Prescrição de Medicamento	Sim ()	Não ()
Grupo	Sim ()	Não ()
Oficinas	Sim ()	Não ()
Visita Domiciliar	Sim ()	Não ()
Orientação à família	Sim ()	Não ()
Outros		

Anexo II

Roteiro para orientar a observação participante no serviço

Área física total (m ²) construída: _____._____			
Nº de salas:	a) Banheiro: __ b) Cozinha: __ c) Refeitório: __ d) Nº. total de salas para atendimentos individual e coletivo: __	e) Sala para atendimento individual: __ f) Salas para atividades coletivas: __ g) Sala de enfermagem/procedimentos: __	
h) O número de salas está adequado para a demanda de atendimentos?	1 = Sim	2= Não	
As oficinas são estruturadas e equipadas	1 = Sim	2= Não	
Possui adequação para deficiente?	1 = Sim	2= Não	
Existe acesso por rampas?	1 = Sim	2= Não	
O serviço possui:			
Pátio	1 = Sim	2= Não	
Horta	1 = Sim	2= Não	
Jardim	1 = Sim	2= Não	
Outros espaços ao externos Qual(is)?			

Anexo III

Parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Goiânia, 09 de setembro de 2013

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa "Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia" de responsabilidade da pesquisadora Adrielle Cristina Silva Souza e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético substanciado e declaração de aprovação.

José Calixto de Souza Pires
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Portaria 003/2012

Anexo IV

Anuência do Conselho diretor.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

RUBRICA _____
FOLHA Nº _____
PROCESSO _____**CERTIDÃO**

Certifico que, em reunião **ORDINÁRIA** realizada no dia **04/10/2013**, o **CONSELHO DIRETOR** da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, apreciou e aprovou por unanimidade o parecer da Conselheira Profa. Dra. Silvana de Lima Vieira dos Santos, favorável o Projeto de Pesquisa Intitulado: "**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE GOIÂNIA**", de autoria das Pesquisadoras: Profa. Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo e Adrielle Cristina Silva Souza.

Coordenação Administrativa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, aos sete dias do mês de outubro do ano de dois mil e treze.

Adm. Alberto Batista da Silva
Coord. Adm. FEN/UFG

Anexo V

Anuência da coordenação do serviço para realizar a pesquisa



PREFEITURA
DE GOIÂNIA

Secretaria Municipal de Saúde
Distrito Sanitário Leste

Centro de Atenção Psicossocial -

Goiânia, 02 de dezembro de 2014

Do Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo (CAPS
Paraíso) em relação ao Projeto de Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG

Eu, Yara Teles, Coordenadora Geral do CAPS
venho por meio deste, formalizar ciência, aprovação e autorização para a condução da
pesquisa intitulada "Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de
Atenção Psicossocial de Goiânia", que será realizada neste serviço por equipe de
pesquisadores da Faculdade de Enfermagem/UFG, sendo a pesquisadora responsável a
mesmista Adrielle Cristina Silva Souza, sob a orientação da Prof. Dr. Elisabete
Esparedo.

Declaro que o Centro de Atenção Psicossocial oferece as
condições necessárias para o desenvolvimento da referida investigação.

Tal consentimento e autorização estão sendo assinados considerando que os
dados os limites ético-legais para seu desenvolvimento estão sendo seguidos junto à
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em atendimento às exigências do Comitê de
Ética e Pesquisa no qual o Projeto de Pesquisa foi submetido.

Atenciosamente,


Yara Teles 24/38

Coordenadora Geral do CAPS



Anexo VI

Autorização da coordenação para acesso a documentos institucionais

**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**Secretaria Municipal de Saúde
Distrito Sanitário Leste

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS

Eu, Yarete Teles, Coordenadora Geral do CAPS autorizo que a equipe de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem/UFG, sob a orientação da Prof. Dr^a Elisabeth Esperidião tenha acesso aos prontuários deste serviço, a fim de proceder a coleta de dados para a condução da pesquisa intitulada "Avaliação da estrutura e processos de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia".

Tal autorização está sendo concedida considerando que os todos os trâmites ético-legais para seu desenvolvimento estão sendo seguidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em atendimento às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa ao qual o Projeto de Pesquisa foi submetido.

Resalto que no CAPS não há um único responsável pela guarda dos documentos dos usuários, ficando tal responsabilidade para a Coordenação Geral, Técnica e Administrativa.

Goiânia, 02 de dezembro de 2013


Yarete Teles
Coordenadora Geral do CAPS

M.C. 2438

Anexo VII

Parecer do Comitê de Ética do Hospital da Clínica de Goiás da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG).

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE GOIÂNIA

Pesquisador: Adrielle Cristina Silva Souza

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 23468013.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 623.678

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Não se aplica

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE e projetos modificados conforme solicitação quanto a risco em potencial(Postagens em 14/04/14,PBrasil).

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitario

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 623.678

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

GOIANIA, 23 de Abril de 2014


Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Anexo VIII

Questionário auto aplicável para os participantes

Prezado participante,

Solicitamos a sua colaboração em responder as questões, comprometendo-me com a privacidade e a confiabilidade dos dados. Dessa forma, não precisa assinar em espaço algum.

1	Data de Nascimento ____/____/____	Idade em anos completos=
2	Qual seu sexo?	1=feminino
		2=masculino
3	Escolaridade	1= Fundamental incompleto 2= Fundamental completo 3= médio incompleto 4=médio completo 5= tecnólogo Especifique a área: 6= Superior incompleto 7= Superior completo 6= Outro:

4	Qual sua formação acadêmica?	1= Médico 2= Enfermeiro 3= Psicólogo 4= Fisioterapeuta 5= Terapeuta Ocupacional 6= Assistente Social 7= Fonoaudiólogo 8=Farmacêutico 9 = Educador Físico 10= Arteterapeuta 11=Musicoterapeuta 12 = Arte Cênica 13= Nutricionista 14 =Outro. Especifique:
5	Ano de conclusão da sua graduação? _____	Anos completos=
6	Frequentou curso de especialização?	1= Sim 2= Não 3= Não se aplica
7	Qual área de especialização?	1= Saúde Mental 2= Outra Especifique: _____ 3= Não se aplica
8	Outros cursos (mestrado/doutorado; residência; atualizações ou treinamentos < 360 horas)	1= Sim. Especifique: _____ Área: _____ 2=Não

9	Desde qual ano você trabalha na área de saúde mental? ____/____/____ Qual serviço? Quanto tempo em cada serviço?	Anos completos=
10	Em que ano você começou a trabalhar no CAPS Novo Mundo? _____	Anos completos=
11	Qual sua carga horária semanal de trabalho?	
12	Em relação ao CAPS Novo Mundo, qual o tipo de vínculo empregatício que você tem?	1= Concurso 2= Contrato 3= Outro. Especifique: _____
13	Como você ingressou no serviço?	1= Concurso 2= Contrato 3= Indicação 4= Outro. Especifique:
14	Qual é o seu salário bruto neste serviço?	
15	Tem outro emprego?	1= Sim Municipal () Estadual () Federal () Privado () 2= Não
16	Qual é a área do seu outro emprego?	1= Saúde Mental
		2= outro
		3= Não se aplica

Observações: _____
