

**FLAVIA VERNIZI ADACHI**

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DESENVOLVIDA NUM CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPSIII DO MUNICÍPIO DE  
CURITIBA**

**CURITIBA**

**2017**

**FLAVIA VERNIZI ADACHI**

**AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DESENVOLVIDA NUM CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPSIII DO MUNICÍPIO DE  
CURITIBA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Psicologia Social Comunitária.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Kafrouni

**CURITIBA**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação na fonte  
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"  
Universidade Tuiuti do Paraná

A191 Adachi, Flavia Vernizi.

Avaliação da prática desenvolvida num Centro de Atenção  
Psicossocial – CAPSIII do Município de Curitiba/ Flavia Vernizi

Adachi; orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Roberta Kafrouni.

228f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná  
Curitiba, 2017.

1. Prática. 2. CAPS. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Avaliação de  
serviços. 5. Análise de prática. I. Dissertação (Mestrado) –  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia / Mestrado em  
Psicologia. II. Título.

CDD – 362.20425

**Flavia Vernizi Adachi**

**Avaliação da prática desenvolvida num Centro de Atenção Psicossocial – CAPSIII do município de Curitiba**

Dissertação apresentada à Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do título de Mestre em Psicologia – Área de Concentração Psicologia Social Comunitária.

**Banca Examinadora**

**Profª. Drª. Roberta Kafrouni**

Orientadora - Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

**Profª. Drª. Kátia Yumi Uchimura**

Instituição: Ministério da Saúde

**Profª. Drª. Denise de Camargo**

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

**Curitiba, 31 de março de 2017**

Ao meu pai, Shoji Adachi (*in memoriam*)

## AGRADECIMENTOS

A trajetória percorrida para a concretização desse trabalho exigiu significativo investimento pessoal e superação, o que sem dúvida, resultou em importante aprendizado.

Primeiramente gostaria de agradecer imensamente aos participantes do estudo, profissionais do CAPS, usuários do serviço, familiar e profissionais do NASF, por permitirem o acesso à sua realidade concreta e suas histórias, o que tornou possível dar vida ao estudo.

À Prof. Dra Roberta Kafrouni, por me proporcionar liberdade de criação e, através de suas considerações e reflexões, ter favorecido o avanço nessa construção.

À Prof Dra Denise Camargo e à Prof Dra Kátia Yumi Uchimura pela pronta disponibilidade em participarem da banca de qualificação e defesa e contribuírem com seus conhecimentos para o enriquecimento desse estudo.

À Anne Voss, por compartilhar seu estudo e pela prontidão na discussão da temática e em disponibilizar os materiais concernentes ao método.

À Flavia Yamazaki, Flavinha, por todo o apoio, carinho e grande empenho na elaboração dos diagramas. Foram horas e horas dedicadas à isto..... Serei eternamente grata!

Ao Glauco Gomes de Menezes pelo auxílio na revisão.

À Noelly Mércer, companheira de mestrado e dos momentos de angústias e alegrias.

Às graduandas do curso de Psicologia da UFPR, Roberta e Violeta, pelo auxílio na coleta das informações.

Às parceiras de trabalho pela compreensão e suporte nos momentos de ausência.

À minha família, em especial à minha mãe, ao meu esposo Leandro e ao Maxinho, que me acompanharam nesta minha jornada, compreendendo as dificuldades e os momentos de ausência.

Finalmente à todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, muito obrigado!

“A teoria sem a prática vira “verbalismo”, assim como a prática sem a teoria vira ativismo.

No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, ação criadora e modificadora da realidade”.

**Paulo Freire**

## RESUMO

Adachi, F. V. (2017). Avaliação da prática desenvolvida num Centro de Atenção Psicossocial – CAPSIII do município de Curitiba - PR Dissertação de Mestrado, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba.

Essa dissertação se propôs a avaliar a prática da Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, serviço estratégico dentro da rede de saúde mental, utilizando o Modelo de Análise de Práticas Comunitárias (Voss e Kafrouni, 2014) construído a partir da Teoria da Atividade na perspectiva da Psicologia Histórico Cultural. Primeiramente foi elaborado um modelo a partir dos documentos regulamentadores da Política Nacional da Saúde Mental, contemplando como o CAPS deveria funcionar idealmente. Após foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais do CAPS, 7 usuários, 1 familiar e 3 profissionais do NASF. A partir das informações levantadas foi possível identificar os elementos da prática da saúde mental do CAPS, a partir de sua realidade concreta, sistematizando diagramas para cada segmento, comparando-os com o modelo elaborado a partir das regulamentações. O estudo revelou que apesar de haver uma compreensão superficial acerca da prática realizada no serviço, há aspectos que foram desconsiderados ou compreendidos de forma distorcida pelos atores, gerando disparidade entre o fazer e dizer (Nicolini, 2013), ocasionando prejuízos em termos relacionais e processuais e acarretando em alienação da consciência dos agentes da prática. Conclui-se, que o Modelo de Análise de Práticas Comunitárias pode ser entendido como relevante instrumento para levantamento de diagnóstico de práticas, através da identificação da dimensão subjetiva e simbólica, promovendo visibilidade à aspectos não observáveis no cotidiano, possibilitando processos de reflexão crítica e atividades transformadoras.

Palavras-chave: Prática; CAPS; Reforma Psiquiátrica; Avaliação de serviços; Análise da prática.



## **ABSTRACT**

Adachi, F. V. (2017). Evaluation of the practice developed in a Psychosocial Care Center - CAPSIII of the city of Curitiba - PR Master Thesis, Tuiuti University of Paraná, Curitiba.

This dissertation proposed to evaluate the practice of Mental Health in the Center for Psychosocial Care - CAPS, a strategic service within the mental health network, using the Community Practices Analysis Model (Voss and Kafrouni, 2014), built on the Theory of Activity From the perspective of Cultural Historical Psychology. First, a model was elaborated from the regulatory documents of the National Mental Health Policy, contemplating how the CAPS should work ideally. After that, we conducted semi-structured interviews with 10 CAPS professionals, 7 users, 1 family member and 3 NASF professionals. Based on the information gathered, it was possible to identify the elements of CAPS mental health practice, based on their concrete reality, systematizing diagrams for each segment, comparing them with the model elaborated from the regulations. The study revealed that although there is a superficial understanding about the practice performed in the service, there are aspects that were distorted or misunderstood by the actors, generating disparity between doing and saying (Nicolini, 2013), causing both relational and procedural damages And leading to the alienation of the consciousness of the agents of practice. It is concluded that the Model of Analysis of Community Practices can be understood as a relevant tool for surveying the diagnosis of practices through the identification of the subjective and symbolic dimension, promoting visibility to aspects not observable in the daily life, allowing processes of critical reflection and activities Transformers.

**Keywords:** Practice; CAPS; Psychiatric reform; Valuation of services; Analysis of practice.

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1: Tipos e modalidades de CAPS.....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 2: Principais portarias e documentos reguladores dos CAPS.....</b>	<b>69</b>
<b>Quadro 3: Perfil dos profissionais do CAPS.....</b>	<b>90</b>
<b>Quadro 4: Perfil dos usuários e familiar.....</b>	<b>91</b>
<b>Quadro 5: Perfil dos profissionais do NASF.....</b>	<b>92</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de análise de práticas comunitárias.....	61
Figura 2: Atividades que compõem a prática da PNSM. Com base nos documentos reguladores da PNSM.....	72
Figura 3: Atividades que compõem a prática da saúde mental do CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM.....	75
Figura 4: Atividade a. Acolhimento, que compõe a prática da saúde mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM.....	77
Figura 5: Atividade b. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da saúde mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM.....	80
Figura 6: Atividade c. Reabilitação psicossocial, que compõe a prática da saúde mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM.....	82
Figura 7: Atividade d. Articulação de redes intra e intersetoriais, que compõe a prática da saúde mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM.....	84
Figura 8: A prática da saúde mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais.....	99
Figura 9: Atividade a. Acolhimento, que compõe a prática da saúde mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais.....	101
Figura 10: Atividade b. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da saúde mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais.....	104
Figura 11: Atividade c. Reabilitação psicossocial, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais.....	106
Figura 12: Atividade d. Articulação de redes intra e intersetoriais, que compõem a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais.....	107
Figura 13: Atividade e. Organização dos processos de trabalho, que compõe a prática da saúde mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais.....	111
Figura 14: Atividades que compõem a prática da saúde mental no CAPS pesquisado, a partir das respostas dos usuários e familiar.....	112
Figura 15: Atividade a. Acolhimento, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar.....	113
Figura 16: Atividade b. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar.....	115

Figura 17: Atividade c. Reabilitação psicossocial, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar.....	117
Figura 18: Atividade d. Articulação de redes intra e intersetoriais, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar.....	118
Figura 19: Atividades que compõem a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais do NASF.....	119
Figura 20: Atividade a. Acolhimento, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais do NASF.....	121
Figura 21: Atividade b. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas profissionais do NASF.....	123
Figura 22: Atividade c. Reabilitação psicossocial, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas profissionais do NASF.....	124
Figura 23: Atividade d. Articulação de redes intra e intersetoriais, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais do NASF.....	126

## LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária em Saúde
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CHAT	-	Cultural Historical Activity Theory
CNSM	-	Conferência Nacional da Saúde Mental
HP	-	Hospital Psiquiátrico
LOS	-	Lei Orgânica da Saúde
MAPC	-	Modelo de Análise de Práticas Comunitárias
MHD	-	Materialismo Histórico Dialético
MS	-	Ministério da Saúde
MLA	-	Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM	-	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PHC	-	Psicologia Histórico Cultural
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PNSM	-	Política Nacional da Saúde Mental
PTI	-	Projeto Terapêutico Institucional
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
RAS	-	Rede de Atenção a Saúde
RAAS	-	Registro de Ações Ambulatoriais
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
RD	-	Redução de Danos
RP	-	Reforma Psiquiátrica

RS	-	Reforma Sanitária
SRT	-	Serviço Residencial Terapêutico
SMS	-	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TR	-	Terapeuta de Referência
UMS	-	Unidade Municipal de Saúde

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	15
<b>Referencial teórico</b> .....	20
<b>1 Mudança do Modelo de Atenção à Saúde Mental e a Necessidade de Processos Avaliativos</b> .....	20
<b>1.1. Mudança paradigmática no campo da saúde mental</b> .....	20
<b>1.2 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira - contexto histórico</b> .....	25
<b>1.3 Panorama atual das políticas públicas da área da saúde mental</b> .....	32
<b>1.4 Os centros de atenção psicossocial: CAPS</b> .....	38
<b>1.5 O alcance da Reforma Psiquiátrica e o desafio da avaliação de serviços: exito técnico x sucesso prático</b> .....	44
<b>2. Fundamentos do Modelo de Análise de Prática</b> .....	51
<b>2.1. Psicologia Histórico-Cultural</b> .....	54
<b>2.2. Teoria da atividade e o modelo de análise da prática</b> .....	56
<b>2.3. Avaliação de programas e serviços em saúde e o Modelo de Análise de Práticas Comunitárias</b> .....	60
<b>2.3.1. A prática da saúde mental no CAPS: aplicação do modelo de análise de práticas comunitárias a partir das regulamentações</b> .....	68
<b>3. A Pesquisa</b> .....	88
<b>3.1. Método</b> .....	89
<b>3.1.1 Fontes</b> .....	89
<b>3.1.2 Procedimentos</b> .....	89
<b>3.1.3 Participantes</b> .....	90
<b>3.1.4 Instrumentos</b> .....	92
<b>3.1.5 Cuidados Éticos</b> .....	93
<b>3.2 Cenário da pesquisa</b> .....	94
<b>4. Resultados</b> .....	98
<b>5 Discussão</b> .....	128

<b>5.1 A compreensão da prática da saúde mental no CAPS</b> .....	128
<b>5.2 Os sistemas de atividade: o significado dos elementos para a prática e a PNSM</b> ....	133
<i>5.2.1 Núcleo e campo: interdisciplinaridade e terapeuta de referência</i> .....	135
<i>5.2.2 Reabilitação psicossocial: o desafio para a efetivação da prática da atenção psicossocial</i> .....	140
<i>5.2.3 A participação e controle social: autonomia e protagonismo</i> .....	145
<i>5.2.4 A relação entre CAPS e NASF: os impasses para a consolidação das práticas</i> .....	147
<i>5.2.5 Subjetividades e disciplinaridade: dificuldades na efetivação das atividades</i> .....	148
<b>Considerações Finais</b> .....	155
<b>Referências</b> .....	159
<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi estruturada com profissionais do CAPS</b> ..	172
<b>APÊNDICE B- Roteiro de entrevista semi estruturada com usuários</b> .....	173
<b>APÊNDICE C- Roteiro de entrevista semi estruturada com Familiares</b> .....	174
<b>APÊNDICE D- Roteiro de entrevista semi estruturada com profissionais do NASF</b> ...	175
<b>APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (USUÁRIOS)</b> .....	176
<b>APÊNDICE F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (FAMILIARES)</b> .....	178
<b>APÊNDICE G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (PROFISSIONAIS)</b> .....	180
<b>ANEXO A – Pareceres Comitê de Ética</b> .....	182



## **Introdução**

A motivação para a realização deste trabalho remete a minha trajetória profissional no SUS, quando ingressei na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, como psicóloga atuante em uma Unidade de Saúde Estratégia da Saúde da Família e a partir de 2001 como servidora efetiva, atuando na equipe de saúde mental de um Distrito Sanitário deste município.

Em 2004, recebi o convite para coordenar um dos primeiros CAPS implantados em Curitiba, constituindo minha primeira experiência de trabalho neste novo dispositivo de atenção à saúde mental. Os desafios eram inúmeros, incluindo a definição do papel destes serviços no território onde estavam inseridos, bem como o escopo de atuação dos profissionais desta equipe diante de um novo cenário que estava se consolidando: o campo da atenção psicossocial. Em 2008, ao assumir a coordenação de outro CAPS do município de especificidade distinta, o cotidiano neste serviço novamente impôs o repensar de velhas práticas e a incorporação de novos fazeres. Ao ingressar em 2013 no Departamento de Saúde Mental, na Área Técnica da Atenção Psicossocial e atualmente na Coordenação da Saúde Mental do município, pude verificar com mais propriedade que as diretrizes políticas oficiais encontram-se em conformidade com os processos de mudança historicamente instituídos, porém, a concretização via serviços se mostra heterogênea, atravessada por diferentes condicionantes. Assim, a inserção nestes diferentes espaços possibilitaram um envolvimento com a prática no campo da saúde mental, que me permitiu entendê-la como uma prática difícil e contraditória, inegavelmente rica, apaixonante e desafiadora.

As bases teóricas e conceituais que subsidiam minha prática profissional envolvem o arcabouço da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, os princípios e diretrizes que regem o SUS, a concepção de clínica ampliada e o redirecionamento do modelo de cuidado em saúde mental, pautado na lógica do cuidado em liberdade. A necessidade por buscar mais conhecimento foi se tornando cada vez mais presente e a Psicologia Social Comunitária emergiu como a disciplina que apresenta um alinhamento e conformidade com a saúde pública e o campo da saúde mental vigente. Kagan et al. (2011) argumentam que a Psicologia Social Comunitária contempla características relevantes que a diferenciam do modelo dominante, estando voltada para as questões da diversidade, inclusão, desenvolvimento de capacidades e recursos, exercício da interdisciplinaridade e o protagonismo das pessoas que vivem dentro da comunidade a ser trabalhada.

Assim, o ingresso no mestrado nesta área de concentração, possibilitou alguns insights e, as disciplinas cursadas, principalmente a disciplina sobre Práticas Comunitárias, contribuíram para um processo de apropriação e compreensão sobre a temática das práticas: “Uma visão do fenômeno social e humano baseada na prática enfatiza que atrás de características aparentemente duráveis do nosso mundo, há certo tipo de trabalho produtivo e reprodutivo; força-nos a repensar sobre o papel dos agentes e indivíduos; lança uma luz na natureza do conhecimento e do discurso e reafirma a centralidade de interesses e poder em todas as coisas que fazemos” (Nicolini, 2013, p.8).

Remetendo para o campo da saúde mental entende-se que, devido à natureza dos novos serviços, exige-se uma abordagem ampliada de cuidado em saúde mental, isto os torna ao mesmo tempo dispositivos em que há a nítida pressão entre novas práticas e velhos hábitos. Esse fato se reflete na sua composição com diferentes disciplinas do conhecimento e traz a inclusão do usuário, o que se traduz em importantes mudanças em sua orientação. Com isso, ao se pensar na mudança do modelo assistencial, emergem mudanças de referenciais que não se limitam à ação técnica, mas dizem respeito à desconstrução de valores entre os múltiplos atores envolvidos na atenção psicossocial, lócus da operacionalização da prática.

Deste modo, tais concepções suscitaram questionamentos que foram amadurecendo, provocando inquietação e o desejo em aprofundar de modo sistemático e orientado o estudo e reflexão do problema que norteia esta pesquisa: afinal, como se dá a prática num CAPS? Os profissionais que atuam nestes serviços possuem uma prática verdadeiramente pautada pelas diretrizes da Política Nacional da Saúde Mental, diferenciando-se da prática institucionalizante para uma lógica psicossocial, efetivando uma real mudança no modo de produzir cuidado? Com vistas a responder esta questão há necessidade de: abarcar aspectos que vão desde o entendimento do sujeito alvo do cuidado, historicamente marcado por uma trajetória permeada pelo estigma e a exclusão, englobando a relação entre este e a equipe de profissionais responsável pelo seu acompanhamento; apurar a dinâmica processual dos diferentes núcleos de formação dentro do serviço bem como a articulação com os demais dispositivos da rede e finalmente verificar se há reprodução de práticas que geram alienação e se os profissionais exercem seu papel enquanto agentes de transformação de práticas.

A partir dessa problemática, constituiu-se a proposta desse estudo: uma avaliação qualitativa que buscasse apreender uma face dos serviços que não pode ser mensurada, ou seja, a forma como os atores constroem sua prática e se constroem como seus sujeitos. Uma avaliação que pudesse, além de proporcionar um diagnóstico do contexto pesquisado, constituir-se

enquanto instrumento de reflexão, potencialização e transformação.

Para a viabilização desta proposta me foi apresentado um método inovador: um Modelo de Análise de Práticas Comunitárias (Voss e Kafrouni, 2014), elaborado a partir da Teoria da Atividade na perspectiva da Psicologia Histórico Cultural, método já aplicado no contexto da Política de Assistência Social, onde, debruçou-se sobre a prática da assistência social do CREAS, demonstrando a utilização deste de maneira crítica, valorizando aspectos dinâmicos e dialéticos envolvidos durante o processo de experiência da prática.

O presente trabalho se propõe a realizar uma pesquisa visando analisar as práticas comunitárias da Política Nacional da Saúde Mental, especificamente um CAPS, serviço estratégico dentro da rede de atenção a saúde mental, utilizando o Modelo de Análise de Práticas Comunitárias, extrapolando as regulamentações existentes, tendo como preocupação apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

A pesquisa tem como objetivo geral avaliar a prática executada no modelo de tratamento de um CAPS, na perspectiva dos usuários, familiares e trabalhadores do CAPS e NASF e como objetivos específicos: caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial do município de Curitiba; descrever o Projeto Institucional do CAPS pesquisado e mapear quais as ações realizadas neste serviço; conhecer a percepção dos usuários sobre a prática de atendimento deste serviço; identificar como os trabalhadores de CAPS entendem o conjunto de ações que executam no seu cotidiano; conhecer a percepção dos trabalhadores da Atenção Primária (equipe de NASF Saúde Mental) quanto à prática exercida pelo CAPS de seu território.

Esta dissertação irá percorrer um caminho conceitual para a compreensão do cenário da Saúde Mental na atualidade, da necessidade de processos avaliativos e da aplicação do referido método. O primeiro capítulo se ocupa da apresentação da trajetória referente à mudança paradigmática no campo da saúde mental, que envolve a concepção atual do objeto de intervenção, ou seja, o sujeito e sua complexidade, em detrimento ao foco centrado na doença, e assim a exigência de um novo modo de produção de cuidado ampliado: o modo psicossocial. Neste capítulo é abordada a legislação que embasa a Política Nacional da Saúde Mental vigente e traz à luz o serviço onde irá se concentrar o trabalho: O CAPS. O capítulo aborda finalmente a questão da necessidade de avaliações nestes dispositivos, dada a relevância destes para a efetivação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

O segundo capítulo apresenta os referenciais que consideram o serviço estudado quanto ao processo com movimento e dinâmica própria e onde torna-se imprescindível a identificação

da cultura institucional e da prática dos agentes que a compõem. Assim, são contempladas as reflexões metodológicas que permearam a construção do arcabouço teórico da Psicologia Histórico Cultural, os aspectos que caracterizam o Materialismo Histórico Dialético e a discussão em torno das diferentes gerações que contribuíram para a construção da Teoria da Atividade, e que subsidiaram a construção do Modelo de Análise das Práticas Comunitárias composto por seus elementos constituintes (atividades, ações, operações e objetivos). Também se oportuniza uma apresentação referente ao método proposto e a relevância para o campo da avaliação de programas e serviços em saúde. No final deste capítulo concentra-se o debate sobre a prática da saúde mental no CAPS a partir da aplicação do Modelo de Análise de Práticas Comunitárias construído com base nos documentos regulamentadores.

O capítulo 3, contempla a pesquisa realizada dentro do CAPS. É apresentado o método, fontes, procedimentos, instrumentos, cuidados éticos, cenário da pesquisa com a caracterização do campo estudado e suas especificidades, bem como descreve-se o perfil dos participantes da pesquisa, sistematizado através de quadros.

Os resultados são problematizados no capítulo 4, onde são apresentados os diagramas construídos a partir da análise das entrevistas de cada segmento abordado: profissionais do CAPS, usuários e familiares e profissionais do NASF, com uma análise detalhada acerca dos elementos constituintes dos sistemas de atividades, identificando-se os aspectos mais relevantes da prática do CAPS estudado.

O capítulo 5 é delineado por uma discussão crítica dos resultados apurados, estabelecendo o contraponto com o que é preconizado pelos documentos reguladores da Política Nacional da Saúde Mental e também com referenciais teóricos. São estruturados 2 eixos para discussão: 5.1 A compreensão da prática da saúde mental no CAPS e 5.2 Os sistemas de atividade: o significado dos elementos para a prática e a Política Nacional de Saúde Mental. Este último se subdivide em: 5.2.1 Núcleo e campo: Interdisciplinaridade e Terapeuta de Referência; 5.2.2 Reabilitação Psicossocial: O desafio para a efetivação da prática da Atenção Psicossocial; 5.2.3 A participação e controle social: Autonomia e protagonismo; 5.2.4 A relação entre CAPS e NASF: Os impasses para a consolidação das práticas; 5.2.5 Subjetividades e disciplinaridade: Dificuldades na efetivação das atividades.

As considerações finais se ocupam da retomada dos pontos elencados na discussão dos resultados. Concluindo, o Modelo de Análise de Práticas Comunitárias, legitimou-se como relevante instrumento diagnóstico capaz de promover visibilidade à elementos de análise que não são observáveis no cotidiano, com vistas à favorecer um processo de reflexão crítica dos

atores envolvidos, potencializando a realização de atividades transformadoras. O presente estudo também suscitou questionamentos importantes quanto ao desafio imposto para a efetivação do modelo de Atenção Psicossocial.

## **Referencial Teórico**

### **1 Mudança do Modelo de Atenção à Saúde Mental e a Necessidade de Processos Avaliativos**

#### **1.1. Mudança paradigmática no campo da saúde mental**

O cuidado à pessoa em sofrimento psíquico passou por diversas transformações no cenário mundial e conseqüentemente na sociedade brasileira, refletindo uma mudança paradigmática, responsável por contemplar uma nova forma de nomear, compreender e lidar com os “diferentes” (Amarante, 1996). A história nos mostra que a loucura, entendida como um dos fenômenos mais controversos da sociedade, tornou-se polissêmica à medida que se constituiu como um elemento repleto de comportamentos conflituosos (Pinho et al. 2012).

Assim, o modo de entender e tratar a loucura foi sofrendo modificações ao longo dos tempos, sendo sua trajetória marcada por concepções como manifestação divina, expressão de forças da natureza, hereges, associação com alto grau de periculosidade, até receber o estatuto de doença mental com Pinel em 1793 (Amarante, 1998). Neste momento, a loucura passa a requerer um saber médico e técnicas específicas, sendo que a prática interventiva então proposta foi a exclusão, no intuito de obtenção da cura, deste modo, ao louco é instituído o tratamento moral, sendo o local o asilo.

Segundo Gradela Junior (2002) esse novo contexto histórico, que define a loucura como uma doença mental, e por conseguinte busca meio de curá-la, acentua e agrava os preconceitos, estigmas e estereótipos já existentes. Tal modelo é sustentado por um discurso de separação moral rígida entre o certo e errado, entre o sadio e o doente, internalizado na sociedade e cristalizado como verdade absoluta. O autor aponta que, no que tange as instituições de natureza psiquiátrica, o desconhecimento acerca das doenças mentais criaria uma instituição, para posteriormente buscar suas causas.

Por conseguinte, o confronto com a história da loucura remete-nos à análise da forma de produção de saberes e do exercício do poder sobre os sujeitos da modernidade. Pautado na racionalidade científica hegemônica, surge um sujeito de razão, sendo que a loucura torna-se seu contraponto, a desrazão, requerendo o exercício do poder disciplinar, como a resposta para a necessidade de controle e normatização (Amarante e Torre, 2001). A partir desta lógica, verifica-se uma trajetória de práticas institucionalizantes em saúde mental, que contribuiram para a sedimentação de uma cultura estigmatizante e isolacionista da loucura, que além de

reproduzirem relações sociais dominantes, exerceram funções de punição e controle social, reforçando o processo de alienação e exclusão das pessoas, restringindo as possibilidades de trocas sociais e acentuando relações de poder, características contrárias à sua função terapêutica, ao que Goffman (2001) conceituou como instituição total. O autor, em seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos*, discute sobre a natureza das instituições totalitárias, refletindo que estas objetivam o controle da vida dos sujeitos a ela submetidos, substituindo todas as possibilidades de interação social por determinações internas que levariam o indivíduo às denominadas “formas de mortificação”: o alheamento, o despojamento material, a degradação da autoimagem, a violação da intimidade e a desqualificação de seu próprio ser no mundo, dentre outras (Goffman, 2001).

Para Rotelli et al. (1990, p. 28), “... o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos, precisamente a “instituição”, todos referidos à doença”.

A instituição psiquiátrica assumiria também a função de difusora e multiplicadora de concepções e representações de conteúdos que reforçaram estigmas e estereótipos, de forma a contaminar todo o circuito assistencial (Vieira Filho, 2004).

Segundo Goffman (1998) o indivíduo estigmatizado é visto como uma pessoa que possui uma diferença indesejável. Desta forma, o estigma é atribuído pela sociedade, como um “desvio”, passível da aplicação de regras e sanções que resultam num tipo de “identidade deteriorada” para a pessoa em questão. Os “loucos” identificados como “desviantes”, seriam submetidos à um processo de sujeição, talhado pela psiquiatria, considerada elite de conhecimento, que enfatizaria a produção cultural da diferença a serviço do poder, ou seja, o anormal sendo necessário para a definição de normalidade, para o estabelecimento e manutenção da ordem social (Foucault, 1977).

Buscando ampliar o entendimento desta problemática, Parker e Aggleton (2001) propuseram repensar o estigma, o preconceito e a discriminação como processos sociais ligados a estrutura do poder e dominação. Os autores contemplaram um entendimento mais amplo da estigmatização enquanto processo social, sendo o estigma utilizado para a produção e reprodução de desigualdade social; “... o estigma é empregado por atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro das estruturas de desigualdade social existentes” (Parker e Aggleton, 2001, p.16). Também tecem considerações sobre como as pessoas estigmatizadas e discriminadas pela sociedade aceitam e internalizam o

estigma a que estão sujeitas. Isso decorre, do que denominam de sujeição a um “aparato simbólico opressivo”, que possui a função de legitimar desigualdades de poder embasados em entendimentos diferentes de valor e valia, assim, os grupos oprimidos, estigmatizados, apresentam forças limitadas para resistir.

A história do manicômio denota como se criou o processo de lidar com o sujeito alienado, alheio, estrangeiro a si próprio, que não é sujeito. No manicômio coloca-se a regra, a disciplina e o tratamento moral para a reeducação do alienado, através do que se torna possível a construção do conceito subjetividade alienada e desregrada (Grigolo, 2000).

Nasciutti (2013) ao se reportar a estudos de Foucault e Jodelet, apresenta que a loucura sempre habitou o imaginário social, remetendo aos ditos são questionamento sobre a razão e o receio de perdê-la. Sendo assim, afastar os doentes mentais do convívio social, isolando-os e retirando destes as prerrogativas de cidadãos, poderia justificar-se como uma proteção e redução de riscos. Ainda segundo a autora, este modelo acarretava uma representação do doente mental como um ser não social, com todos os direitos enquanto cidadão negados, sendo desrespeitadas suas singularidades e desconstruída sua identidade.

Berger e Luckmann (2003) agregam sentido a este conceito quando salientam que a identidade pode ser entendida enquanto elemento estratégico da realidade subjetiva, delimitada pela relação dialética com a sociedade. Nos apresentam que a identidade é composta por processos sociais, podendo ser cristalizada, mantida, modificada ou mesmo remodelada pelas relações sociais. De acordo com Bauman (2005), considerando o processo histórico, evidencia-se que aos ditos “loucos”, não cabe o direito de reivindicar uma identidade distinta da classificação imposta e atribuída, estando fadados ao pertencimento ao grupo nomeado como “subclasse”, caracterizado pela ausência, abolição ou negação da individualidade. “... Identidades que estereotipam, humilham, desumanizam, estigmatizam” (Bauman, 2005, p 44).

São as pessoas recentemente denominadas de “subclasse”: exiladas nas profundezas além dos limites da sociedade – fora daquele conjunto no interior do qual as identidades (e assim também o direito a um lugar legítimo na totalidade) podem ser reivindicadas e, uma vez reivindicadas, supostamente respeitadas... O significado da identidade da subclasse é a ausência de identidade, a abolição ou negação da individualidade, do “rostro” – esse objeto do dever ético e da preocupação moral (Bauman, 2005, p 44).

Buscando a ruptura deste modo de olhar e compreender a experiência humana



denominada loucura é que a Reforma Psiquiátrica (RP) se inscreve, através da crítica ao paradigma científico e de sua racionalidade, considerando o sofrimento humano em sua complexidade e não como objeto simples da doença mental (Yasui, 2010). Segundo descreve Amarante (2003) há uma dimensão epistemológica na RP caracterizada por questões situadas na produção dos saberes que clamam pela desconstrução dos conceitos fundantes da psiquiatria, tais como doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade e anormalidade, constituindo pois, um novo marco teórico. Rotelli et al. (2001) contribui com esta afirmação quando aponta que o desafio é criar instituições que possam se renovar a cada encontro com seus usuários.

Verifica-se portanto, que a superação dos modelos de assistência no campo da saúde mental, tradicionalmente instituídos, ocorreu devido a organização de movimentos em diferentes países, incluindo o Brasil, que objetivaram, através de uma reforma na psiquiatria tradicional, inaugurar novas formas de cuidar em saúde mental, que objetivassem a atenção em saúde articulada à perspectiva de integralidade e cidadania, promovendo um expressivo processo de busca da transformação do lugar ocupado na sociedade pelo dito “louco”, para uma legitimação de seu papel enquanto ator social e sujeito político (Amarante, 2008).

Tenório (2002) argumenta que a RP traz como componente principal a desinstitucionalização, abarcando a desconstrução da estrutura manicomial e paradigmas que o sustentam. Torna-se necessário salientar que tal movimento não se reduz apenas ao fechamento das estruturas hospitalares, propõe principalmente novas sociabilidades que promovam a interlocução entre singularidades, decorrendo a necessidade de construção de novos modos de relação com o sujeito reconhecido socialmente como louco (Birman, 1992). A tônica deste movimento baseia-se na percepção do indivíduo em sua integralidade, considerando sua globalidade e contexto, como a família e comunidade na qual está inserido (Guimarães, 2001).

Yasui (2010) refere que diante desta nova concepção de sujeito, que rompe com uma visão reducionista e fragmentada, emerge a necessidade de transposição das rígidas fronteiras entre as disciplinas, fomentando um constante diálogo entre os campos disciplinares que tratam do ser humano.

A história nos mostra que o Brasil sofreu significativa influência de movimentos reformistas da psiquiatria na pós Segunda Guerra – psicoterapia institucional, comunidade terapêutica, psiquiatria de setor e psiquiatria comunitária e preventiva, antipsiquiatria e, principalmente do modelo emergente na Itália, designado movimento da Psiquiatria Democrática (Kantorski et al., 2011).

O psiquiatra Franco Basaglia, em 1978, liderou importantes experiências de transformação do modelo asilar manicomial, caracterizadas pela crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, propondo o resgate da complexidade da loucura, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental, extinguindo as instituições manicomiais. Esse movimento, propôs a efetivação de políticas e práticas em saúde através de uma perspectiva fenomenológica, sendo que, a ênfase deixou de estar centrada na patologia, incidindo sobre o sujeito concreto, visando seu protagonismo e cidadania ativa (Rotelli et al., 1990).

Basaglia (2005) sustenta uma visão de loucura enquanto sofrimento existencial e social, argumenta que ao tornar o doente mental um corpo objeto no qual se aloca uma doença, perde-se todo o contato com o sujeito em sofrimento como também o olhar atento ao fenômeno que se coloca.

Para Amarante (1996) a produção de Basaglia constituiu marco referencial para o desenvolvimento de projetos de RP e para o redimensionamento atual da desinstitucionalização em psiquiatria. No final da década de 70, as idéias de Basaglia impactam no repensar das práticas adotadas no Brasil, devido a repercussão internacional do processo italiano de desativação da estrutura hospitalar na cidade de Gorizia com a criação de uma rede de serviços substitutivos e a promulgação da Lei Basaglia<sup>1</sup>.

Deste modo, verifica-se que o projeto de desinstitucionalização ocupa-se da superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa efeito, para voltar-se para a invenção da realidade enquanto processo histórico, buscando a reconstrução do objeto, enquanto sujeito histórico, que o modelo tradicional reduziu e simplificou como causalidade linear doença/cura e problema/solução.

Rotelli et al.(1990) sustentam ainda que a desinstitucionalização, tem sua prática pautada na efetivação de uma nova política de saúde mental, onde a prática terapêutica deve canalizar esforços para o fortalecimento da existência global, entendida como a construção de estruturas substitutivas aos espaços manicomiais, que promovam o deslocamento da ação individual para ações coletivas vinculadas ao contexto de vida da pessoa, possibilitando a transformação das relações de poder exercidas entre a instituição e as pessoas.

Assim, o denominado “cuidado em liberdade” se propõe a acontecer no cotidiano das pessoas, com a mobilização de todos os atores envolvidos, técnicos, familiares, pacientes,

---

<sup>1</sup> Lei 180.de 1978 estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos na Itália

comunidade, através de relações que produzam comunicação, solidariedade, capacidade de autonomia e poder decisório. Pessoa (2012) corrobora tal afirmação quando sustenta que frente às transformações paradigmáticas referentes ao campo da saúde mental exige-se fundamentalmente uma mudança dos processos de trabalho, assim como se impõem novos desafios a gestão do cuidado.

## **1.2 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileira - contexto histórico**

A RP é contemporânea à eclosão do Movimento Sanitário Brasileiro, movimento de transformação das condições de saúde da população, envolvendo mudanças de paradigma e práticas assistenciais, legitimados pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS constitui uma política pública voltada para assegurar o direito aos serviços de saúde para todos. Yasui (2010) salienta que a saúde passa a ser pensada como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, “...transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social” (Yasui, 2010, p.30).

Corroborando tal afirmação, Teixeira e Mendonça (1995) apontam as dimensões estratégicas da luta pela Reforma Sanitária (RS): a) a politização da saúde, objetivando difundir uma nova consciência sanitária; b) a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde e mudanças das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos.

Destacam-se como principais marcos legais e normativos para a conformação do SUS, ressaltando a abrangência e a profundidade das mudanças propostas, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) de 1990. A LOS n. 8080 de 19 de setembro de 1990, complementada pela LOS n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, orientaram a operacionalização do sistema de saúde, sendo que a primeira definiu os objetivos e atribuições do SUS, enquanto a segunda apresentou as regras gerais para a participação popular e financiamento.

O SUS regula e organiza em todo território nacional as ações e serviços de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo sejam federal, estadual e municipal. Assim, são inscritos no sistema nacional de saúde os princípios da universalidade, entendido como acesso único e gratuito de todos às ações e serviços de saúde; da integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; da equidade da oferta de serviços sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; da descentralização político – administrativa

com a direção única em cada esfera de governo, redefinindo responsabilidades entre os entes, salientando a relevância dos executivos municipais e estaduais na política de saúde, com vistas a promover a democratização, melhorar a eficiência, efetividade e mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas, contemplando a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde com a utilização dos recursos disponíveis de forma mais racional para atender mais e melhor as pessoas; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, prestadores de serviço, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. Este último princípio destaca-se pois, visa impulsionar a autonomia e protagonismo dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde mental, sendo que a crítica ao modelo de tratamento psiquiátrico tradicional fortaleceu-se, principalmente, pelas características de isolamento social, submissão e processo de estigmatização das pessoas que este produzia.

Segundo Yasui (2010), no interior deste processo mais amplo a Saúde Mental se inscreve, trilhando os mesmos caminhos, visando politizar a questão da saúde mental, fomentando reflexões críticas que promoveram uma ruptura epistemológica com a criação de experiências de cuidado contra hegemônicas, amparadas legalmente e resultando em impacto no campo sócio cultural. O autor sustenta que a RP pode ser concebida como um movimento político saturado por questões ideológicas e éticas, vinculado à luta pela transformação da sociedade.

Historicamente o Brasil reproduz um cenário pautado essencialmente por um modelo hospitalocêntrico. Segundo Resende (1990), a situação da psiquiatria brasileira no final da década de 1950 era bastante deficitária e com os hospitais apresentando elevadas taxas de ocupação, explicitando-se: Hospital Colônia de Juqueri com 14 a 15 mil internos; Colônia de Alienados de Barbacena com 3.200 internos; Hospital São Pedro em Porto Alegre, com mais de 3.000 internos quando sua capacidade era de 1.700. O país chegou a ter 100.000 leitos em hospitais psiquiátricos e cerca de 30% destes eram ocupados por moradores institucionalizados. (Borges, 2008). Em torno de 97% de todos os recursos financeiros destinados à psiquiatria eram consumidos exclusivamente no pagamento dos custos das internações hospitalares. Apenas 3% dos recursos eram dirigidos para atividades assistenciais ambulatoriais, não existindo hospitais-dia, centros de convivência ou centros de atenção psicossociais; e mesmo os ambulatórios eram considerados raros e precários (Cerqueira, 1984).

Além da superlotação, estes locais traduziam-se como espaços de cronificação, maus tratos e violência, questionando-se assim seu objetivo terapêutico. Tal realidade pode ser retratada através das seguintes passagens do livro *Holocausto Brasileiro* (Arbex, 2013) que conta a história do Manicômio de Barbacena no estado de Minas Gerais:

“...Durante décadas milhares de pacientes foram internados à força, num enorme hospício da cidade de Barbacena, em Minas Gerais”( p.13)

“ ...Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava ou que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (p.14)

“... José Machado, o Machadinho, deu entrada na entidade em 1959..... Hoje, aos oitenta anos, após meio século de institucionalização, precisa de uma cadeira de rodas para se locomover, mantendo-se reticente na presença de estranhos...” (p. 97)

“... os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves” (p.14)

Paradoxalmente a este contexto começam a surgir no Brasil, em meados da década de 1980, novas experiências quanto às abordagens terapêuticas de assistência em psiquiatria. Também, a partir da segunda metade da década de 70, tem início os embates contrários ao regime militar e, no contexto da saúde mental, emergem as denúncias de maus tratos existentes nos manicômios. Neste cenário marcado pela repressão política e cultural, pauperização da sociedade, ocorreu a mobilização de profissionais visando a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Os profissionais de psicologia, começam a marcar novos espaços e se aproximam dos movimentos populares, se voltando as problemáticas sociais vividas pela população (Freitas, 2013).

Verifica-se a ocorrência de eventos marcantes de sensibilização e mobilização frente a mudança de paradigma no campo da Saúde Mental, voltada para a transformação da percepção da sociedade quanto a desinstitucionalização e formas de relação com portadores de transtorno psíquico (Schneider, 2009). Os anos 80 são marcados pelo processo de redemocratização do país, contexto de surgimento dos movimentos sociais que denunciam as formas de opressão e exclusão. Surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que num primeiro momento incorpora críticas ao modelo hospitalocêntrico, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, impulsionando o movimento da RP Brasileira e do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Soalheiro, 2002).

Segundo Furtado e Campos (2005) o MTSM contemplou a necessidade da readequação do modelo de atenção em saúde mental, buscando a qualificação da assistência, transformação das relações sociais e revisão do processo de estigmatização, incorporando outros setores da sociedade, como trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, usuários e familiares.

É principalmente este movimento que passa a protagonizar as denúncias das violências nos manicômios, da mercantilização da loucura, das formas de opressão e exclusão, construindo coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e à hegemonia do modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais, buscando o resgate da subjetividade com promoção da cidadania e emancipação.

Historicamente podem ser identificados alguns marcos significativos na trajetória das discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Como marcos práticos de reversão do modelo manicomial, ocorre o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1987, em São Paulo, o CAPS Dr Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, que impulsiona a implantação e transformação de outros serviços em todo o país (Amarante, 1998). Yasui (2010) explicita que a partir deste serviço se inaugura uma das mais relevantes experiências institucionais, fundada do encontro entre a diversidade de idéias com a prática com os usuários.

Também, registra-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, no município de Santos em 1989, local de denúncias de maus tratos e mortes, caracterizando-se assim, como a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil e de construção de estruturas substitutivas, demonstrando de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente extra hospitalar. Passam a ocorrer eventos expressivos de sensibilização e mobilização para a desinstitucionalização e mudanças da sociedade nas formas de se relacionar com portadores de transtorno mental.

Em 1987 acontece o II Encontro Nacional do MTSM, onde surge o MLA, instituindo-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (I CNSM) que apresenta consenso sobre a necessidade de adequação do modelo da assistência psiquiátrica, e em seu relatório final aponta para a necessidade de: 1) ampliação do conceito de saúde, considerando as condições materiais de vida como determinantes; 2) Introdução da saúde mental no contexto das diretrizes e princípios do movimento sanitário; 3) Reversão do modelo hospitalocêntrico com o fim do credenciamento de novos leitos psiquiátricos, redução progressiva dos existentes e investimento

no sistema extra hospitalar; 4) Reformulação da legislação ordinária específica da saúde mental: código civil, código penal e legislação sanitária (Costa Rosa e Yasuí, 2001; Yasuí, 2010).

Schneider (2009) sustenta que a legislação brasileira historicamente dialoga com as discussões em torno das transformações no cuidado em saúde. O ano de 1989 é marcado pelo início da luta do movimento da RP nos campos legislativo e normativo. Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei (PL) 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, cuja proposta defendia a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

No final dos anos 80 a RP deixa de pertencer exclusivamente ao âmbito técnico, alcançando a sociedade civil, representada por usuários, familiares e pessoas sem ligação direta com o campo da saúde mental, inaugurando-se assim, novas estratégias e possibilidades pela transformação da assistência em saúde mental, através da organização de eventos sociais e políticos nas comunidades (Amarante, 1998).

A partir da década de 90, a assistência pública psiquiátrica é reformulada por uma política de redução de leitos de hospital psiquiátrico e implantação de recursos terapêuticos substitutivos. O Movimento da RP passa a ganhar contornos mais definidos em todo o país, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, compartilhando novas experiências de assistência aos portadores de transtornos mentais (Amarante, 1998). A década de 90 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da “Declaração de Caracas”, onde 16 países latino-americanos comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, revendo criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardando os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários, propiciando sua permanência em ambiente comunitário. Nessa época, passam a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Verifica-se porém, que o processo de expansão é descontínuo, devido a não instituição de linha específica de financiamento para CAPS. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde ainda destinam-se aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). Criam-se condições para a instituição no Ministério da Saúde (MS) em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área.

Em dezembro de 92 foi realizada a II CNSM que, em seu relatório final, pontuou

elementos necessários para a compreensão da mudança de paradigma do modelo assistencial:

IV. A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito, com as dissociações mente/corpo e trabalho/prazer [...]. Refletida em: a) Mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir do seu diagnóstico; b) Diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em Saúde Mental; c) uma ética da autonomia esingularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em Saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (Brasil/MS, 1994, pp.11 e 12).

Em setembro de 1993, ocorre o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, onde consolida-se enquanto “... movimento social plural, independente, autônomo e que devia manter alianças com outros movimentos sociais “ (Yasuí, 2010, p.54). Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o PL 3657/89 é assinado com modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216, sancionada em abril de 2001, dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais pautando o tratamento prioritariamente em dispositivos de base comunitária, mantendo as estruturas hospitalares e regulamentando as internações. Denominada como a lei da RP, promoveu novo impulso e ritmo para a reestruturação do modelo de assistência em saúde em saúde mental.

Deste modo, as diretrizes da RP são incorporadas como política de saúde mental do governo federal, de estados e municípios, ganhando visibilidade e sustentabilidade, onde seus atores e suas reivindicações são contemplados nas instâncias de decisão do SUS, institucionalizando-se como política oficial (Costa-Rosa e Yasuí, 2001). Também neste ano, destaca-se a realização da III CNSM em Brasília, com ampla participação dos movimentos sociais, usuários e familiares. Esta conferência é convocada após a promulgação da Lei 10.216/01, sendo pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Seu relatório final abarca toda a complexidade do campo da saúde mental: em seu capítulo I sobre “Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental”, apresenta entre os princípios e diretrizes que a reorientação do modelo assistencial “deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade devida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (Brasil, 2002, p.23). No capítulo II, sobre



a “Política de Recursos Humanos”, ressalta a importância da formação destes recursos, de forma integrada nas três esferas e que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão. No capítulo III, sobre o “Financiamento”, o relatório propõe que:

[...] os recursos financeiros devem acompanhar o usuário nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios. Assim, os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental, em especial a rede de serviços e a capacitação de recursos humanos (Brasil, 2002, p.84).

No capítulo IV, sobre “Acessibilidade”, o relatório reafirma a meta de garantia de equidade de acesso a todos os serviços de saúde do SUS aos portadores de transtorno mental, incorporando-a nas agendas de saúde e na programação das ações de saúde.

O capítulo V, sobre “Direitos e Cidadania”, ressalta a prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando, deste modo, o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares. Destaca, também, as propostas relacionadas à inserção no mundo do trabalho, por meio de projetos de geração de renda ou de formação de cooperativas sociais.

Referente ao capítulo VI, sobre “Controle Social”, aborda-se como forma de garantir a substituição do modelo hospitalocêntrico e o avanço da RP, o relatório ressalta a importância dos Conselhos de Saúde, das Comissões de Saúde Mental e de outras formas de organização e participação social.

Confere-se ao CAPS valor estratégico para a efetivação da mudança de modelo defendendo-se a construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, estabelecendo o controle social como garantia para o avanço da RP brasileira. No ano de 2010 é realizada em Brasília a IV CNSM com ampla participação de representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços onde é debatida a temática da Intersetorialidade, a partir de 3 eixos estruturantes: Eixo 1- Políticas sociais e políticas de estado; Eixo 2- Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais e Eixo 3- Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. A intersetorialidade apresenta-se como exigência para a efetivação de uma nova prática em saúde mental, pautada na concepção da integralidade e complexidade dos sujeitos (Brasil, 2010).

Deste modo, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) fundamenta-se na tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra hospitalar, de base comunitária, visando promover o acesso da população aos serviços, com garantia do respeito aos direitos dos cidadãos. Apresenta por objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Também, visa incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, entendendo esta temática como importante problema de saúde pública e como prioridade de Governo, implantar o Programa de Volta para Casa, manter um programa permanente de formação de recursos humanos; promover os direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (Brasil, 2005).

É possível apreender que os projetos de atendimento surgidos nos últimos anos operam na recusa do modelo sintomático em benefício da criação de uma clínica ampliada, deslocando o processo terapêutico da figura da doença para a pessoa doente. Neste novo modelo, as ações anteriormente centradas na classificação dos quadros nosográficos, sinais e sintomas e consequente medicalização da loucura, passam ao enfoque da promoção de saúde, projetos terapêuticos, cidadania, reabilitação e reinserção social (Campos e Amaral, 2007).

### **1.3 Panorama atual das políticas públicas da área da saúde mental**

A atual PNSM é resultado da trajetória de mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam aproximadamente 100 mil pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2013). Este movimento foi impulsionado pela relevância que a temática dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na construção de um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. O compromisso com a desinstitucionalização de idéias e práticas liderado pelo Movimento da RP brasileira, consolidaram a base para a formulação da PNSM, contribuindo para o seu processo de delineamento progressivo, tornando-se política pública (Brasil, 2013).

Concebe-se que políticas públicas objetivam atender as “carências”, demandas e necessidades da população e setores desprivilegiados, contemplando as reivindicações dentro dos planos de ação governamental e dos distintos setores da administração do Estado (Freitas, 2006). Relacionando-se ao caminho percorrido no campo da saúde mental pode-se verificar que as políticas públicas visam responder as demandas dos setores da sociedade considerados mais vulneráveis, buscando efetivar direitos de cidadania conquistados nas lutas sociais.

Esta reflexão acerca da promoção da garantia de direitos e acesso às condições mínimas de cidadania remete a década de 80, quando iniciam-se as experiências de desinstitucionalização de moradores de manicômios nos municípios, criando-se serviços de atenção psicossocial para promover a reinserção destes em seus territórios existenciais. Ocorre o fechamento gradual de hospitais psiquiátricos com a expansão dos serviços de cuidado intensivo e longitudinal para os períodos de crise. Passam a funcionar serviços abertos, objetivando o exercício da cidadania e participação dos usuários, desencadeando assim a formação de redes com outras políticas públicas que contemplassem as temáticas referentes ao trabalho, moradia, educação, cultura entre outras (Brasil, 2013).

Deste modo, o desafio passa a residir na construção de uma rede comunitária de cuidados, entendida como fundamental para a consolidação da RP, sendo que a idéia mobilizadora instiga que um único serviço é incapaz de fazer face a complexidade da problemática do campo da saúde mental, que agrega pessoas secularmente estigmatizadas, inseridas em um contexto acentuado por importantes desigualdades sociais. Assim, busca-se através da articulação entre os dispositivos das regiões de saúde garantir maior potência e resolutividade dos casos atendidos.

Na década de 2000 se institui a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS constituindo um marco nacional para a implantação de RAS em todos os estados. A partir desta Portaria, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria 4.279, 2010).

Mendes (2011a, p.82) define as redes como “... organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por

uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

Em seguida passa a vigorar o Decreto Presidencial n. 7508 de junho de 2011 que regulamenta a LOS n. 8080/1990 e que consagra a idéia de RAS articuladas em regiões de saúde, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa e que apontando-se a exigência de ações e serviços de atenção psicossocial como o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. O Decreto citado estabelece a organização do SUS em regiões de saúde que objetivam: garantir acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância a saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados; reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa dos recursos (Decreto 7508, 2011).

Assim, o conceito de RAS busca romper com a dicotomia entre os sistemas, consolidando as diretrizes do SUS promovendo sustentabilidade às suas ações, com vistas ao cuidado integral e enfoque nas reais necessidades de saúde da população; arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Decreto 7508, 2011). Considerando a sua natureza, a RAS se transversaliza, passando a interagir com a rede de saúde mental, batizada como RAPS. Assim, em dezembro do ano de 2011 é lançada a Portaria Ministerial n. 3088 que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tem por finalidade criar, ampliar e articular 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.

Com vistas à garantir promoção do acesso e a integralidade da assistência em saúde, são estabelecidos distintos componentes da RAPS, configurando-se como portas de entrada da rede de atenção (Portaria 3088, 2011):

I) Atenção Básica em Saúde:

- a) Unidade Básica de Saúde: responsável pelo conjunto de ações individuais ou coletivas, que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, desenvolvendo a atenção integral.
- b) Equipes de atenção básica para populações específicas:
  - b.1 Equipe de Consultório na Rua: Constituída por equipe multiprofissional que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidado em saúde para a população em situação de rua, considerando as diferentes necessidades de saúde.
  - b.2 Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de caráter transitório: Suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção ofertada por equipe multiprofissional.
- c) Centros de Convivência: Espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Responsáveis por promover a inclusão social das pessoas com transtornos mentais ou uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e outros espaços da cidade.
- d) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF): Profissionais de diferentes categorias profissionais, que atuam de maneira integrada, responsáveis por apoiar as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e equipes da academis da saúde, realizando ações de apoio matricial, cuidado compartilhado, suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

II) Atenção Psicossocial Especializada: CAPS nas suas diferentes modalidades: CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi: Constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a lógica interdisciplinar, realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial.

III) Atenção de urgência e emergência: SAMU 192, Sala de estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro, responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

IV) Atenção residencial de caráter transitório: Unidade de Acolhimento; Serviços de atenção em regime residencial, responsáveis por oferecer cuidados contínuos em saúde em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ambos os sexos, em vulnerabilidade social e/ou familiar, com demanda de acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

V) Atenção hospitalar: Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas: Suporte hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com ocorrência de comorbidades clínica e/ou psíquica, em caráter de curta duração até a estabilidade clínica.

VI) Estratégias de desinstitucionalização: Serviços residenciais terapêuticos (SRT), definidos como moradias inseridas na comunidade, para o acolhimento de pessoas com histórico de longa permanência (2 anos ou mais ininterruptos) egressos de hospitais psiquiátricos e de custódia.

VII) Reabilitação psicossocial: Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Tal portaria sintetiza todo o processo de rede de atenção à saúde mental, constituindo-se as diretrizes e objetivos para o seu funcionamento, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo. A partir dela, modifica-se a concepção anterior do sistema, sustentada pela lógica piramidal hierárquica, organizada a partir de referenciais de baixa, média e alta complexidade, passando a vigorar a lógica poliárquica circular (redes em malha), onde cada nó se liga a vários outros, promovendo um fluxo de interlocução entre os pontos com diferentes densidades tecnológicas (Mendes, 2011a).

Tendo em vista a incessante busca pela construção de serviços distintos para as diferentes necessidades identificadas elenca-se como eixos estratégicos para a implementação desta rede: Eixo1- Ampliação do acesso à rede integral a saúde mental; Eixo 2 - Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; Eixo 3- Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 - Ações de prevenção e redução de danos (Portaria nº 3088, 2011).

De acordo com a Portaria 3088/11, o CAPS traduz-se como o ponto de atenção destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com transtornos mentais graves

e persistentes e pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Essa portaria referencia os CAPS na categoria de atenção psicossocial especializada, vinculando-os a uma extensa rede, que inclui desde os dispositivos da atenção básica até os de emergência, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização, entre outros (Portaria 30881, 2011).

Observa-se atualmente a ampliação consistente no número de CAPS, considerado serviço estratégico para a efetivação dos pressupostos da RP, sendo sua implantação e qualificação incentivadas pelo MS através da criação de portarias para incrementar as políticas de financiamento e qualificação assistencial (Portaria nº 3089/2011). Segundo dados do MS, no período de dez/2006 a dez/2014 houve uma expansão de 2209 CAPS implantados no Brasil. Também se detectaram-se avanços nos processos de desinstitucionalização através do Programa de Volta para Casa, com 4349 beneficiários e 289 RT habilitadas. Quanto aos serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental identificou-se o total de 888 leitos (Brasil, 2015).

Salienta-se que os objetivos da RP preconizam o tratamento, a reabilitação, a autonomia e a inserção social nos diferentes espaços de convivência, deste modo, os CAPS possibilitam relações de cuidado em dispositivos que favorecem a prática psicossocial, como o vínculo, coresponsabilização, protagonismo, permitindo uma reconstrução de espaços sociais para usuários, familiares e os próprios trabalhadores.

Ao se articular com a mudança paradigmática no campo da saúde mental, apresentam-se como dispositivos estratégicos que devem atender no território do sujeito, e visam operar na promoção da cidadania e na aquisição de direitos, historicamente negados pela instituição manicomial (Costa, 2013). Considerando a transformação da concepção de sujeito, que passa a ser legitimado enquanto sujeito de direitos, há necessidade da reconstrução de práticas e saberes tradicionais.

Pinho et al. (2012) advertem quanto a necessidade de se partir de uma perspectiva ampliada sobre a loucura e o sujeito, detentor de uma história atravessada por conflitos internos e questões sociais. Conforme discutem Costa-Rosa et al. (2003), frente a este cenário, buscou-se legitimar uma nova perspectiva na política pública, com oferta efetiva de outra forma de cuidado, designada como modo psicossocial, entendido como base das práticas em saúde mental coletiva.

Portanto, entende-se que o modo psicossocial busca operar numa lógica que instigue os trabalhadores inseridos nestes dispositivos de cuidado a repensar sua prática cotidiana,

repercutindo na ampliação da compreensão sócio-cultural dos processos de subjetivação e de sofrimento psíquico, superando o reducionismo orgânico vigente.

#### **1.4 Os centros de atenção psicossocial: CAPS**

Os CAPS apresentam-se incorporados como política pública de saúde mental de referência no Brasil, inscrevendo-se em uma realidade que almeja o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde mental que respeitem o usuário no seu direito a cidadania, diferenciando-se do modelo manicomial excludente (Carvalho e Amarante, 1996). O termo CAPS é uma denominação advinda de Manágua, Nicarágua, nos idos de 1986. Tal inovação inspirava-se em profissionais que se valiam de práticas criativas de reabilitação de pessoas excluídas do contexto social devido ao transtorno mental que apresentavam. Apesar da precariedade de recursos materiais, os profissionais continuaram destinando cuidados às pessoas com transtornos mentais graves (Pitta, 1994).

O primeiro documento oficial que regulamentou e estabeleceu critérios mínimos dos CAPS pelo SUS foi a Portaria SNAS/MS nº 224/92. Essa definiu os serviços como unidades locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Portaria nº 224, 1992). A partir desta portaria houve uma expansão significativa no número de CAPS, passando a ter, na época, cerca de 208 no Brasil, embora o investimento público em hospitais psiquiátricos fosse significativo, totalizando 93% dos recursos (Brasil, 2004).

Kantorski et al. (2011) salientam que a expansão em diferentes municípios, sugere que esta modalidade de atendimento vem sendo legitimada enquanto política pública de atenção em saúde mental, configurando-se como um dos dispositivos centrais na implantação do sistema local de saúde mental. Contudo, os autores referem que este processo não ocorre de forma linear e homogênea devido diversidades contextuais, perpassadas por aspectos técnicos, políticos, econômicos e culturais.

Verifica-se que a implantação e fortalecimento destes dispositivos vem sendo incentivadas pelo Ministério da Saúde. Em 2002 com a Portaria GM nº 336/02<sup>2</sup> o CAPS foi ampliado e redimensionado em sua complexidade. Foram propostos novos parâmetros,

---

<sup>2</sup> Portaria GM nº 336/02: define as características das modalidades de CAPS (CAPSI, II, III, adII e i II) (Brasil, 2002)



estabelecendo-se as modalidades de serviço CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional diferenciadas a partir da especificidade das áreas de dependência de álcool e drogas, infância e adolescência e transtornos mentais (Brasil, 2004).

**Quadro I – Tipos e modalidades de CAPS**

<b>Tipos e modalidades de CAPS</b>	<b>População do município</b>	<b>Horário de func.</b>	<b>Dias de func. na semana</b>	<b>Clientela</b>	<b>Equipe mínima</b>
CAPSI	Entre 20.000 e 70.000 hab	8h às 18h	Segunda a sexta	Adultos	1 médico com formação em saúde mental 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível médio
CAPSII	Entre 70.000 e 200.000 hab.	8h às 18h	Segunda a sexta	Adultos	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio
CAPSiII	200.000 hab	8h às 18h	Segunda a sexta	Crianças e adolescentes	1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 5 profissionais de nível médio
CAPSadII	Acima de 70.000 hab	8h às 18h	Segunda a sexta	Pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas	1 médico psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio
CAPSIII	Acima de 200.000 hab	24 horas	Diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana	Adultos	2 médicos psiquiatras 1 enfermeiro com formação em saúde mental 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio

Fonte: Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2004)

De acordo com o MS (Brasil, 2004) os CAPS caracterizam-se como serviços comunitários, de base territorial, que oferecem atendimento de referência para pessoas que sofrem com transtornos mentais ou outros quadros que necessitem de um dispositivo com cuidado intensivo. Objetivam atender diariamente os usuários de acordo com projetos terapêuticos de cuidado clínico, eficiente e personalizado, o qual deve promover inserção social destes através de ações intersetoriais e multidisciplinares (educação, trabalho, esporte, cultura e lazer), desenvolvendo estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Schneider (2015) pontua que devem estar próximos da vida real dos usuários e constituindo-se como serviços de portas abertas tentam fomentar o acesso através do acolhimento a quem os procura.

Para a compreensão deste modelo de atenção é essencial o entendimento do conceito de clínica ampliada. Ao discutir este conceito, Campos e Amaral (2007) salientam que a ampliação mais relevante da clínica seria a consideração de que não há problema de saúde que não esteja encarnado em um sujeito, assim, a clínica ampliada inaugura uma clínica do sujeito e não da doença. Considerando essa perspectiva, a clínica não se restringe a doença ou queixa específica, mas principalmente às situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas. Exige, portanto, mudanças no modo de olhar e intervir, lidando com os sujeitos nas dimensões biológica, social e subjetiva. Os autores acrescentam ainda que os recursos terapêuticos não se limitam a fármacos ou cirurgias, sendo necessário utilizar o valor terapêutico da escuta, da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial.

Wetzel et al. (2008) contribuem para a compreensão da natureza deste dispositivo de atenção quando salientam que os CAPS traduzem-se como serviços alternativos potentes, proporcionando no cotidiano dos usuários trocas pautadas nas relações, culturas e valores, ressignificando as práticas em saúde a partir de um novo olhar das relações a serem instituídas, interações entre usuários, familiares e equipe terapêutica.

Tendo em vista a complexidade apresentada, a Portaria nº 130/12<sup>3</sup> preconiza que a atenção integral ao usuário deste serviço deve ser realizada pela equipe multiprofissional, contemplando a ótica interdisciplinar, de modo a garantir o acesso para a clientela referenciada e responsabilizando-se efetivamente pelos casos. Preconiza-se a realização de uma gama de atividades que abrangem: atendimento individual para consultas em geral, atendimento

---

<sup>3</sup> Portaria nº 130/12: Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas 24h (CAPSadIII) e os respectivos incentivos financeiros, (Brasil, 2012)

psicoterápico, de orientação dentre outros; oferta de medicação assistida e dispensada; atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, oficinas terapêuticas, atendimentos à família e visitas e atendimentos domiciliares. Também são previstas atividades de reabilitação psicossocial e reinserção social, estímulo ao desenvolvimento do protagonismo e construção da autonomia dos usuários e familiares através de ações participativas e de controle social (Portaria nº 130, 2012).

Costa Rosa et al. (2003) argumentam que os conceitos de território, rede, acolhimento e cidadania são estruturantes para a prática nesses serviços. O território, que privilegia a localidade em que a pessoa está inserida, não se restringe a área geográfica, mas a dimensão subjetiva que constitui a matriz das práticas em saúde, caracterizando assim o conceito de território existencial (Franco e Merhy, 2010). Schneider (2015) contribui para o entendimento deste conceito, refletindo que o mesmo abrange a compreensão da visão histórica da dimensão sóciocomunitária, abarcando a noção de espaços de convivência social, de mediação afetiva, cultural e material para os sujeitos concretos em suas redes de relações sociais significativas.

Dias, Freitas e Gama (2013) ao abordarem o conceito de redes, denotam que a existência de redes de atuação, articuladas são decisivas para a composição de referências para o acolhimento das diferentes demandas identificadas. Essas se constituem a partir dos territórios existenciais dos usuários, responsáveis por conectar serviços de diferentes graus de especialização em suas ações. A concepção de rede implica, pois, em um sistema que apresenta além de ofertas de cuidados com complexidades diversas, a existência de canais de interlocução entre as diferentes instâncias, o que diferencia um sistema que aglomera instituições de saúde de uma rede articulada (Dias, Freitas & Gama, 2013).

O imperativo da articulação do CAPS com a rede de saúde em geral, visando a efetiva integração no SUS pode ser demonstrada pelo discurso abaixo:

Foi sendo criada, aos poucos, uma rede de saúde autônoma, uma rede de saúde mental que, conforme ia criando dispositivos territoriais (pois em pouco tempo a rede de CAPS expandiu-se muito), começou a forçar o diálogo da rede de saúde geral com a saúde mental e a verificar a necessidade de abraçar as questões da atenção psicossocial na sua rede. (Grigolo, 2010, p.113).

Souza (2015) argumenta que os CAPS devem objetivar a produção de intervenções em saúde mental, pautadas pelo direito do usuário de ir e vir e de desejar o cuidado através da oferta do acolhimento na crise, construção de vínculos e referências, matriciamento com outros setores dos sistemas de saúde e geração de redes de reabilitação psicossocial. Assim, precisam

articular-se à rede de saúde, de modo a garantir o compartilhamento de recursos com vistas à continuidade e complementariedade necessárias ao atendimento focado na integralidade da atenção.

Conforme constatam Yasui e Costa-Rosa (2008) a tessitura da rede também deve englobar parcerias articulando os recursos no território dos sujeitos. Tomando por base que a clientela dos CAPS, apresenta importantes dificuldades em travar conexões com pessoas e lugares nos moldes costumeiros, pelo fato de apresentarem baixo ou nenhum poder de troca social, usualmente sendo vistas como seres sem valor ou desprovidos de qualidade positiva, há necessidade do serviço, fomentar o desenvolvimento de ações que aumentem o espaço de vida do sujeito e relações sociais. Assim é fundamental a identificação de parceiros em potencial (instituições, equipe, outros serviços, familiares, comunidade) para constituir uma rede de suporte que estimule o controle social e a solidariedade no cuidado.

Concebidos como serviços de portas abertas, devem oportunizar o acolhimento de quem os procura, aumentando o acesso dos usuários à produção do cuidado em saúde mental. Referente ao acolhimento, remete ao ato de acolher o sujeito na situação concreta em que se encontra, com toda a diversidade de experiências que o acompanha, respeitando-o como cidadão de direitos e responsável pelo seu comportamento (Brasil, 2005). Com esses pressupostos pretende-se potencializar os esforços de cuidado e reabilitação psicossocial que deve também estar articulados com a rede de serviços de saúde e outros setores afins (Brasil, 2004).

Para Costa (2013) os CAPS devem apresentar uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocráticos, repetitivos, reproduzindo um tratamento focado na patologia, com a anulação da pessoa. Deste modo, os serviços devem pautar suas práticas no acolhimento da pessoa a partir de uma lógica psicossocial onde o processo de reabilitação psicossocial deve ser entendido como diretriz para a articulação dos diferentes atores do cuidado.

Tona-se fundamental que as características destes serviços representem elementos originários de novos referenciais de ordem epistemológica, ética, clínica e política, oriundos de sua vinculação com a superação das políticas públicas tradicionais de saúde mental no Brasil, o que o define como um serviço de saúde particularmente complexo (Furtado, 2002).

Verifica-se que a mudança paradigmática no campo da saúde mental discutida anteriormente, que confere uma nova concepção do objeto de intervenção e conseqüentemente preconiza um outro modelo de atenção, exige a implantação de novas tecnologias de cuidado

que objetivem dar visibilidade e respostas às diferentes singularidades das pessoas.

Isto posto, torna-se urgente a promoção de uma reflexão acerca da estruturação do cotidiano das práticas psicossociais na qual se materializam os processos que a constroem e cujas dimensões precisam ser contempladas pelas tecnologias de avaliação, que operem na lógica da superação de modelos avaliativos de natureza positivista centrados na doença, assistência curativa, intervenção medicamentosa, em favor de metodologias orientadas para a diversidade de campos e objetos de investimento, e que sejam responsáveis por gerar informações qualitativas sobre seus processos e resultados.

### **1.5 O alcance da Reforma Psiquiátrica e o desafio da avaliação de serviços: sucesso técnico x sucesso prático**

Conforme define Almeida (2005), a reforma do setor saúde pode ser caracterizada por processos de mudança estrutural na área de atenção à saúde, atrelados ao contexto econômico, político, ideológico e social, ou seja, momentos históricos responsáveis por alterar concepções sobre saúde e enfermidade, perspectivas sobre a organização de serviços bem como os papéis do Estado e organizações privadas que atuam no setor.

Diante da amplitude do seu escopo de atuação é importante reiterar que o movimento da RS e, por conseguinte da RP, trazem em seu bojo uma revisão de práticas pautada por transformações produzidas nas relações entre Estado, sociedade e mercado, favorecendo a promoção de equidade e processos de humanização, democratização e participação social.

Face ao cenário da inscrição de serviços de saúde no SUS propostos por tais movimentos, alicerçados na lógica ampliada de saúde que busca promover a articulação entre estrutura e sujeito e pressupondo fundamentalmente a humanização, integralidade e o controle social das práticas, Bosi (2014) pontua um crescimento significativo no campo da investigação em saúde de caráter qualitativo, contemplando a dimensão subjetiva do cuidado, imprescindível para a captação do plano de significados e sentidos que são construídos ao longo do processo.

Bosi e Mercado-Martinez (2011) destacam que a realidade concreta é definida por contradições, captada através da leitura dialética dos processos sociais. Desta forma problematizam sobre o alcance das reformas em curso advertindo para o risco da paralisação dos processos de transformação social a elas inerentes, caracterizado pelas polarizações ou cristalizações, norteadas pelos discursos do fracasso ou êxito. Ressalta-se que o discurso permeado pela crença no fracasso generalizado negligencia o contexto histórico de conquistas

dos movimentos sociais. Por sua vez, o discurso exitoso “promovido muitas vezes por uma paixão militante ou por algum outro interesse” (Bosi e Mercado-Martinez, 2011, p.52) negligencia o compromisso com a história e seu movimento, causando estagnação frente à operacionalização dos aspectos técnicos, estruturais e relacionais constituintes nas políticas públicas.

Assim, segundo os autores, o desafio reside na análise crítica das tecnologias e instrumentos que legitimam os discursos mencionados, evidenciando-se o papel estratégico das avaliações que consideram a perspectiva dos diferentes atores envolvidos, evitando-se de recair na ideologia da reforma ao invés da efetiva construção da reforma. No que diz respeito ao movimento da RP, Kantorski et al. (2011) salientam que inicialmente foi caracterizado como ideológico, e que avançou ao momento de dispor de referenciais da ciência para a avaliação dos serviços instituídos e práticas adotadas.

Constata-se que, devido à especificidade da natureza desses movimentos, que operam com uma visão ampliada de saúde, o desafio consiste na superação de modelos tradicionais de avaliação fundamentados em dimensões objetivantes como eficiência e eficácia, que não contemplam os valores, princípios e diretrizes inerentes (Bosi e Mercado –Martinez, 2011).

Os autores destacam a relevância da elaboração de modelos avaliativos que considerem os elementos que conferem singularidade e que sustentam a base do arcabouço teórico, jurídico e técnico operacional do contexto avaliado, e, remetendo-se ao setor da saúde, a análise da implantação das bases de uma reforma em seus diferentes níveis local, regional ou nacional, apurando seu sucesso.

Alguns estudos apontam que, nas avaliações de programas feitas pelos serviços de saúde predominam os estudos quantitativos, notadamente influenciados pela corrente positivista ainda hegemônica, dirigida para a objetividade e quantificação (Nuto & Nations, 1999; Uchimura & Bosi, 2002):

...a avaliação de serviços em sua prática institucional, reifica sua dimensão técnica e de operatividade, de tal forma que, apesar de serem etapas fundamentais, obscurecem a discussão teórico-metodológica sobre o assunto. Este movimento não deixa de causar um certo empobrecimento e dogmatismo, pois reduz um amplo campo de produção de conhecimento à sua instância técnica. [...] Agindo assim, mistificam a técnica, revestindo-a de uma objetividade que se pretende indiscutível (Deslandes, 1997, p. 104).

Tal assertiva é corroborada por Ayres (2001) quando explicita que o paradigma que orienta a avaliação privilegia as dimensões passíveis de quantificação, remetendo-se assim para o êxito técnico das ações, o que necessariamente exclui o sucesso prático, ou seja, o propriamente humano. A articulação entre os conceitos de êxito técnico e sucesso prático constitui-se como fundamental para a construção de um processo avaliativo em saúde, partindo do pressuposto de que o cuidado não deve ser respaldado essencialmente pela técnica, pela lógica empírico-analítica, mas que o assim denominado êxito técnico esteja vinculado ao sucesso prático, contemplando o desafio ético de não permitir que a técnica substitua o encontro e o diálogo com o conjunto de implicações simbólicas, relacionais e materiais. Ocupa-se não somente com a eficácia dos fins, mas sim, dos meios que traduzem a qualidade do que ocorre no processo, sentidos dos fenômenos atravessado pelas expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos (Ayres, 2004).

Desse modo, sustenta-se que a avaliação qualitativa pode ser caracterizada como uma metodologia de avaliação que possibilita melhor acesso ao fenômeno focalizado e melhor compreensão acerca do contexto social bem como dos aspectos teóricos que fundamentam sua definição (Escobar, 2002). Denzin e Lincoln (2006) trazem sustentação a esta afirmativa, ao ressaltarem que a riqueza da avaliação qualitativa reside no mérito de contemplar o caráter da construção social da realidade, se ocupando das questões “como” e “porquê”, ou seja, o modo como a experiência social é construída e adquire significado.

Neste sentido Temporão (2007) ressalta a necessidade de que no âmbito do planejamento e da gestão, se ultrapasse a chamada “racionalidade pura”, oportunizando visibilidade ao que está “entre” as questões macro e micro, ou seja, as diferentes dimensões envolvidas no encontro cotidiano dos diferentes atores quais sejam, gestores, pacientes e profissionais de saúde.

Em síntese, conforme sinalizam Silva e Brandão (2011, p.139): “... a avaliação de práticas no Brasil requer o ato corajoso de reconhecer distâncias e rupturas entre o que tem sido central e o que tem sido periférico nas práticas de avaliação, entre o que se reivindica como direito social e o que se patrocina como dever técnico, entre o que se diz e o que se faz”.

No que se refere ao campo da saúde mental, é preciso refinamento metodológico com vistas a promover um processo avaliativo que se ocupe da análise de como a prática reflete a operacionalização dos pressupostos da PNSM, objetivando-se assim, superar os dilemas centrais da avaliação e programas e serviços da saúde centrados na concepção positivista.



Debruçando-se sobre os aspectos avaliativos, evidencia-se que a avaliação da qualidade no campo da saúde mental necessita ser conduzida por características peculiares à área, quando comparadas às demais áreas de saúde. Todos os aspectos objetivos e materiais, mais que em outras áreas, são perpassados pela intersubjetividade das relações entre usuários e trabalhadores, enfim, de todos os envolvidos no processo de trabalho, aumentando as dificuldades já presumíveis nos processos de avaliação em serviços de saúde (Onocko Campos, 2008).

Diante do atual modelo de atenção preconizado pela PNSM, justifica-se a relevância de processos avaliativos dos dispositivos CAPS devido sua significativa expansão, sendo entendidos como potentes cenários de pesquisa, assumindo significativa relevância na realidade das novas práticas em saúde mental no país, objetivando desta forma, o mapeamento de suas potencialidades e fragilidades no processo de atendimento à sua demanda.

Conforme assinalam Onocko et al. (2009), tratam-se de serviços inseridos no campo da saúde coletiva, devendo garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada e buscando articular os diferentes níveis de atenção em uma unidade. Tal complexidade representa um desafio para a efetivação desta prática e aponta para a necessidade de acompanhamento e análise constantes quanto aos aspectos institucionais inerentes a pluralidade e interdisciplinaridade deste contexto, abrangendo as relações entre intersubjetividade, gestão, formação profissional e clínica.

Onocko et al. (2009) ainda conferem sustentabilidade ao exposto quando argumentam sobre a importância de desenhos de avaliação dos novos serviços de saúde mental, elaborados a partir do estudo do seu cotidiano, privilegiando análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto. Reforça-se a necessidade de que se invista na produção de instrumentos e indicadores de avaliação capazes de superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica, focados na produtividade como número de consultas, internações ou procedimentos laboratoriais, remissão de sintomas, número de altas e diagnóstico, dados considerados insuficientes diante da natureza e complexidade do modelo da atenção psicossocial.

Concorda-se com Ballarin et al. (2011) que fomentam a discussão quando advertem que, mesmo com todos os avanços ocorridos na atenção à saúde mental, a prática de uma assistência integral e humanizada é uma proposição a ser atingida, constatando-se, no cotidiano dos serviços, intervenções desarticuladas e fragmentadas. Referem que tal fragmentação pode estar associada à coexistência de duas lógicas divergentes de atenção, uma relacionada ao modelo

médico-procedimento-centrado e a outra, ao modelo do cuidado integral em rede, usuário-centrado.

Os autores citados salientam que, num mesmo serviço podem residir práticas que expressam, por um lado, o distanciamento e o isolamento produzido entre os interesses de usuários e o cuidado a eles oferecido, e, por outro, práticas dirigidas ao fortalecimento e autonomia do sujeito, objeto de intervenção, criando obstáculos que dificultam a efetivação de uma prática fortalecedora do modelo de atenção psicossocial. É relevante ressaltar que, quanto à humanização do cuidado, concebe-se uma nova atitude por parte dos profissionais de saúde, uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais e recusa em se objetivar e fragmentar sujeitos sobre os quais as ações incidem.

Tavares e Souza (2009) argumentam que a RP se efetiva como política brasileira a partir da implantação da legislação em saúde mental, contudo, apesar da abordagem terapêutica diferenciada relacionada à criação de serviços substitutivos, as estratégias continuam subsidiadas em um modelo de atenção que remete a psiquiatria hospitalocêntrica. Nasciutti (2013) complementa este raciocínio quando aponta que o processo de cronificação não é exclusivo aos pacientes dentro de uma instituição. A repetição longitudinal das práticas, a rigidez da estrutura administrativa e burocrática pode se reproduzir também nos aspectos inter-relacionais à cronificação.

Oficialmente, as diretrizes da RP encontram-se em conformidade com os princípios mudancistas inseridos na legislação, oportunizando construção do conhecimento, criação de serviços e composição de equipes. Fazendo convergir as questões levantadas até aqui, o que se questiona é se as variáveis que constituem a totalidade do caminho trilhado, provocaram impacto, gerando efetivamente mudanças nos cotidianos onde os sujeitos se inserem, sujeitos atravessados por um processo de construção social, passíveis de constituírem-se como agentes de reprodução ou verdadeiros agentes de transformação das práticas.

Baseando-se nos referenciais elencados, verifica-se que os processos avaliativos tradicionais estão inscritos em um contexto positivista hegemônico. Considerando que na área da Saúde Mental, o adoecimento é atravessado por condições sócio históricas contempladas por um processo de construção social, a mudança de paradigma preconizada pelo movimento da RP, exige uma mudança de paradigma das metodologias de avaliação que incorporem uma nova práxis avaliativa, coerente com os aspectos que permeiam a trajetória do movimento reformista e do novo cenário instituído, devendo ser construída pelos diferentes atores envolvidos no processo da produção do cuidado, redefinindo os papéis tradicionalmente demarcados pelas

relações de saber-poder que separam aquele que avalia daquele que é avaliado.

Nesse sentido, é importante refletir sobre o relatório final da 2.a CNSM, que elucida os elementos necessários para a compreensão da mudança de paradigma do modelo assistencial em saúde mental e, por conseguinte, a adoção de modelos avaliativos condizentes com esta realidade:

IV. A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito, com as dissociações mente/corpo e trabalho/prazer [...]. Refletida em: a) Mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir do seu diagnóstico; b) Diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em Saúde Mental; c) uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em Saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (Brasil/MS, 1994, pp.11 e12).

Diante do exposto, reforça-se a necessidade de se implementar modelos avaliativos no campo da saúde mental de natureza qualitativa, que abarquem a compreensão da concretude histórico social do processo saúde e doença, enquanto fenômeno inserido na realidade política dos sujeitos sociais, superando a lógica dicotômica da tradição positivista. Tradição vinculada ao paradigma da psiquiatria tradicional, calcado sob um pensamento reducionista, fundamentado em instâncias de racionalização e normalização, pautado na nosografia classificatória.

Objetivando ilustrar a relação entre o paradigma psiquiátrico tradicional e as metodologias de avaliação de caráter positivista, apresenta-se citação de Venturini (Amarante, 1998, p.15) que traz um recorte sobre o olhar do personagem Simão Bacamarte, protagonista da obra “O Alienista” de Machado de Assis, que representa todo o rigor que dominava o pensamento científico no séc XIX: “ Olhar do observador puro e rigoroso que, como a Média da mitologia, petrifica o objeto do seu olhar. Isto representa uma objetividade e uma ordem fundada na distância e na eliminação cirúrgica da diversidade”.

Verifica-se pois, a necessidade do resgate da historicidade, pois o homem é perpassado por todas as suas vivências, experiências passadas e presentes, que constituem sua realidade histórica. No campo da saúde mental, a reinvenção das práticas devem subsidiar na concretude histórico-social, compreendida enquanto fenômenos datados na realidade política dos sujeitos sociais. Tem-se que a abstração operada pelo olhar positivista necessita ser realocada e situada

na existência de toda uma relação entre saberes/poderes/subjetividades, feitas práticas sociais (Amarante, 1998).

Uchimura e Bosi (2007) conferem subsídios à discussão, quando argumentam sobre a necessidade de metodologias de avaliação que contemplem a análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, dimensões que considerem a concepção ampliada de saúde, sustentada pelos pilares da integralidade e humanização.

Impõe-se, portanto, a valorização das percepções dos atores, entendendo essas percepções não como subjetividades descontextualizadas, como o querem fazer crer perspectivas idealistas, mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde (Uchimura e Bosi, 2007, p. 153).

Frente ao exposto, têm-se a clareza de que a construção de um conhecimento no campo da saúde mental que ignore os sujeitos que constituem a realidade, certamente ficará descontextualizada e sem sentido, limitando seriamente os resultados. Portanto, o presente estudo propõe a adoção de um modelo de análise da prática, onde as experiências dos sujeitos sociais sejam reconhecidas e analisadas à luz das conexões histórico sociais. Um modelo avaliativo que inclua a palavra dos atores constituintes deste coletivo, a forma como percebem o serviço, considerando os consensos e dissensos, com vistas a promover uma reflexão e problematização acerca do modo de fazer cotidiano.

## 2. Fundamentos do Modelo de Análise de Prática

A mudança do modelo assistencial em saúde mental pressupõe mudanças sociais, institucionais e individuais que ocorreram por determinação ética e política. Este processo diz respeito a um novo lugar da representação da pessoa com doença mental, de uma nova cultura organizacional, com respectiva mudança nas relações entre profissionais e usuários, entre as diferentes categorias profissionais da equipe, e finalmente a compreensão da pessoa como sujeito-ator no processo de cuidado.

Em consonância com Amarante (1998) é preciso desmontar o discurso e a prática historicamente talhados, responsáveis por perpetuar a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado, pela reinvenção da prática construída no espaço da comunidade e na relação amparada pela solidariedade e respeito plural que os técnicos estabelecem com a loucura.

Deste modo entende-se que, ao estudar um serviço de saúde mental, torna-se necessária a análise referente à operacionalização do modo psicossocial, sustentado pela superação da lógica excludente e desumanizadora em saúde mental e voltada para a produção do cuidado sob a ótica da clínica ampliada. Implícita também deve estar a contextualização de seus conceitos e de suas práticas que se relacionam com o contexto sócio- histórico onde se inserem, perpassadas pelas transformações teóricas e práticas que ocorreram no Brasil e que conformaram o Movimento da RP.

Para análise proposta, entende-se que as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços, encontram-se intimamente articuladas com acúmulos anteriores, representados por aspectos da formação e experiências pregressas dentro de um contexto formal ou informal (Dalla Vecchia e Martins, 2009).

Diante do referido cenário, o caminho a ser trilhado na presente investigação encontra consonância com a perspectiva teórica da Psicologia Histórico Cultural (PHC), que subsidia-se no pressuposto da superação do materialismo e do idealismo em psicologia, ou seja, o abandono da visão dicotômica para a compreensão do fenômeno psicológico, introduzindo a possibilidade da crítica e valorização da produção dialética (Bock, 2011).

Considerando o exposto, para a análise de uma dada realidade, não se deve restringir meramente à descrição da aparência do fenômeno psicológico, aos seus traços e manifestações externas, atentando, porém, para que no momento explicativo se incorpore a investigação de relações e nexos dinâmico-causais em sua origem real. Conforme revela Vygostsky (1983), os homens se constituem na história, por meio da atividade. Parte-se então, de um enfoque materialista, histórico e global do psiquismo para a análise dos conhecimentos adquiridos

historicamente, onde o comportamento humano não se encontra desconectado do desenvolvimento histórico geral.

Tal compreensão subsidia-se no Materialismo Histórico e Dialético (MHD), método desenvolvido por Marx, compreendido enquanto procedimento epistemológico responsável por definir como o conhecimento é produzido, sistematizado e transmitido.

Torna-se fundamental para o desenvolvimento desta discussão, ressaltar que o Marxismo traduz-se enquanto concepção de mundo, forma de compreender os fenômenos da natureza e da vida social (objetivos ou subjetivos), construtora de identidade filosófica, real e social, conseguindo unificar “em si dois elementos do pensamento humano, até então separados, isolados e incompletos: a ciência e a filosofia” (Lefebvre, 1963, p.24).

Assim, para o MHD a sociedade apresenta-se como um processo que abrange tanto a atividade humana subjetiva quanto a estrutura social objetiva, portanto, têm-se que os homens produzem a sociedade e são produzidos por ela. Marx expõe que nesta formulação “o produto retroage sobre o produtor”, sustentando que a sociedade não é um fenômeno dado, mas sim, construída coletivamente no âmbito das relações sociais e de produção e, deste modo, a consciência não pode ser resultado ou reflexo da realidade objetiva (Faria, 2011).

A concepção marxista é de que todo processo procede em forma de interação complexa, dinâmica e contraditória; por sua vez o método baseia-se na categoria da totalidade em que abrange a relação do simples para o complexo, ou seja, totalidade não como realidade absoluta, mas como unidade não fragmentada. Não se trata de uma análise de fatos isolados, mas, a partir de abstrações, reconstruí-las pela via do concreto pensado ao invés de partir delas tais como estão dadas para a observação imediata (Lefebvre, 1963).

Faria (2011) fomenta o exposto quando aponta que no MHD os objetos e os conceitos devem ser considerados em seu encadeamento, nas suas relações mútuas e ações recíprocas, ou seja, concebidos em seu processo, sendo analisados no interior da formação histórica, na qual a verdade não é um conjunto de princípios definitivos, mas um processo em mutação.

Considera-se relevante pontuar alguns pressupostos que permeiam este método: a) A materialidade do mundo com seus fenômenos, relacionados e condicionados de forma recíproca e dinâmica; b) A realidade objetiva é reconhecida como fonte das representações; c) O mundo é cognoscível, sendo a práxis (teoria e a prática) relevante para a consciência d) O conhecimento é compreendido como processo complexo de interação entre o sujeito e o objeto; e), A história é fruto da construção humana determinada pelos modos de produção; f) Há uma permanente luta dos contrários (os fenômenos possuem contradições internas;a contradição interna é

interpretada como “causa fundamental” e as relações externas são “causas complementares”; assim toda a mudança qualitativa advém de uma contradição (Faria, 2011).

Lefebvre (1963) pontua que a partir da negação ou da desconsideração das contradições e a utilização da abstração fora do seu contexto parcial, tornando-a realidade mesmo não sendo a princípio, ou seja, o abstrato tornando-se concreto por meio de sua separação, deixando de lado o método dialético, surge a alienação. Segundo o autor, no movimento real da história, três aspectos se inter-relacionam dinamicamente: o espontâneo (relacionado ao natural, biológico), o refletido (relacionado à consciência, ao pensante) e o aparente (relacionado à alienação), e através da análise (dialética) pode-se discernir esses elementos, perpetuamente em conflito dentro dos movimentos reais da história.

Marx e Vygotsky concebem o objeto e método de estudo como atividade prático-crítica, denominada atividade revolucionária, ou seja, o ambiente histórico traduz-se como cenário espacialmente e temporalmente contínuo e qualitativo, não quantitativo. Assim o método é entendido como algo a ser praticado, não aplicado (Newman e Holzman, 2002).

Conforme explicita Vygotsky: “a busca do método se torna um dos problemas mais importantes de todo o empreendimento de compreensão das formas exclusivamente humanas de atividade psicológica. Neste caso, o método é simultaneamente pré-requisito e produto, o instrumento e resultado do estudo” (Vygotsky, 1978, p.65).

Corroborando com o conteúdo apresentado, Gonçalves (2005) argumenta que o MHD apresenta-se enquanto perspectiva metodológica, que possibilita apreender a historicidade das produções humanas, como referência e instrumental estratégico para a compreensão, explicação e intervenção de uma realidade que é transformada a partir da ação humana. A autora complementa o raciocínio quando reforça que o MHD representa uma alternativa metodológica qualitativamente diferente, pois ao apresentar o homem enquanto ser histórico, cultural e social, salienta a superação da dicotomia sujeito-objeto repercutindo na possibilidade de transformação da sociedade.

Com o MHD intenta-se resgatar a historicidade, permitindo a identificação das categorias metodológicas presentes na dialética: da aparência para a essência; do empírico e abstrato para o concreto; do singular para o universal (tendo como mediação o particular), concebendo as totalidades como contraditórias e somando-se à noção do sujeito ativo em relação com o objeto histórico, entendendo-se para tal, as particularidades do movimento e a integralidade do processo (Gonçalves, 2005).

Nessa perspectiva, concebe-se que o MHD apresenta subsídios à análise da Política da Saúde Mental, traduzida pela inovação de um projeto sustentado pelo pensar e agir sobre as dimensões da diferença e singularidade na organização da atenção aos doentes mentais e requerendo, pois, para sua análise, a proposição de um método que subsidia-se na categoria da totalidade como uma unidade não fragmentada, ou seja, que parta da análise de abstrações para reconstruí-las pela via do concreto pensado (Faria, 2011).

## **2.1. Psicologia Histórico-Cultural**

Partindo da PHC, adota-se uma perspectiva delineada pela crítica às correntes Mecanicistas e Idealistas, objetivando resgatar a dimensão histórico-social que permite uma explicação não dicotômica da relação sujeito-sociedade (Zanella, 2004). Inspirado nos fundamentos teórico-metodológicos e epistemológicos do marxismo, Vygotski, fundador desta corrente, fundamenta a necessidade de explicar os processos decorrentes da relação entre ser humano e realidade em face da presença de mediadores, na qualidade de signos ou ferramentas (Piccolo, 2012). Kozulin (2002) salienta que Vygotsky buscou em Marx e Hegel uma teoria social da atividade humana, em oposição ao naturalismo e à tradição empirista caracterizada pela receptividade passiva. Através de Marx se introduz o elemento histórico e social na tradição materialista legitimando a atividade real, o que as pessoas sentem e realmente fazem em seu cotidiano, a práxis. Este conceito pode ser entendido como objeto de consideração e categoria explicativa nas ciências sociais, sendo que para entender a ação humana é preciso focar nos contextos social e histórico desta ação.

Aponta-se que é imprescindível considerar a totalidade concreta das atividades interligadas para compreender o sentido da ação humana (Nicolini, 2013). Desta forma, apresenta-se a questão do objetivo da ciência enquanto método, superando-se a concepção positivista de método voltado para resultado para uma concepção de método e resultado a ser utilizada como instrumento para a transformação do mundo, posicionamento ilustrado através do famoso ditado: “... enquanto os filósofos tem apenas interpretado o mundo, a questão está, na verdade, em mudá-lo” (Marx, 1845/1977 apud Nicolini, 2013).

Neste contexto, a PHC se inscreve, com vistas a compreender o homem como ser ativo, social e histórico e a sociedade como produção histórica dos homens (Bock,2011). Zanella (2004) legitima esta afirmativa quando refere que tal perspectiva, visando explicar e investigar o processo de constituição psicológica do sujeito, utiliza-se do conceito de ação mediada, como fundante do psiquismo humano, o que atribui a este um caráter inexoravelmente social.



Zanella et al. (2007) salientam a relevância das reflexões metodológicas que permearam a construção do arcabouço teórico da PHC e que são fundamentais para o desenvolvimento da presente dissertação. Primeiramente, os autores apontam que Vygotski sustenta que num processo de investigação deve-se considerar a relação entre objeto e método de investigação, devendo este último ser adequado ao objeto estudado, compreendido em sua historicidade e concebido a partir do movimento dialético constituído e constituinte nas e pelas relações sociais mediadas (Goes, 1993; Molon, 1999; Pino, 2005; Smolka, 1993; Zanella, 2004).

O desafio metodológico consiste em “... mostrar na esfera do problema que nos interessa, como se manifesta o grande no pequeno...” (Vygotsky, 1995, p.64) assim, ao se propor a mudança epistemológica/metodológica, denota-se que toda e qualquer análise deve buscar as relações entre os fragmentos que compõe o todo, entendendo que os modos como estes fragmentos se relacionam os determinam e são determinantes do todo, unificando-se e singularizando-se (Zanella et al., 2007).

A PHC delinea-se pela consideração da complexidade da realidade, da interdependência entre fenômenos e da mútua constituição de sujeitos e sociedade, onde a historicidade passa ser compreendida como movimentos dialéticos que se objetivam em práticas sociais diversas. Diante do exposto, emergem os princípios do método, caracterizados por Vygotsky (1995) em que se observa a pertinência em se analisar o objeto constituído historicamente enquanto processo, contrapondo-se à análise do objeto como forma estável. Também se evidencia a necessidade de ir além do que fenotipicamente “aparece”, ou seja, mais do que se debruçar sobre o modo como algo se apresenta, cabe estudar como pôde chegar a se apresentar do modo que se manifesta atualmente, pois o fenômeno deve ser entendido como resultante de um processo constituído por determinadas condições históricas e sociais (Zanella et al., 2007).

Denota-se a perspectiva explicativa relacional, pautada na análise dos processos psicológicos a partir de unidades de análise, ao invés da análise pela decomposição de elementos. Evidencia-se o estudo do denominado “insignificante”, procedimento metodológico básico que objetiva elucidar a questão do processo de reprodução, onde a investigação de condutas automatizadas ou mecanizadas, possibilitam identificar a herança de complexas formações antepassadas: “..essas unidades, diferentemente dos elementos, não perdem as propriedades inerentes ao todo que devem ser objetos de explicação, senão que encerram em sua forma mais simples e primária essas propriedades do todo que tem motivado a análise...” (Vygotski, 1991, p.288).

Zanella et al. (2007) concluem que, diante deste cenário apresenta-se que o pilar das relações dialéticas entre coletivo e singular, sujeito e cultura é perpassado pelos significados e sentidos. Estes são construídos pelos sujeitos nas suas complexas relações, pela atividade, delineada pelas experiências e trajetórias dos atores envolvidos e pelos aspectos do contexto histórico onde estão inseridos. Assim, o estudo da atividade humana requer um olhar que considere a indissociabilidade dos sujeitos, de suas condições, possibilidades e realidade histórica do contexto singular onde efetivamente participam.

O conceito de atividade ocupa lugar de destaque na PHC, encontrando-se diretamente relacionado ao conceito de trabalho humano proposto na teoria marxista e caracterizando-se por três aspectos fundamentais: ser orientada por um objetivo, fazer uso dos instrumentos de mediação e produzir cultura (Zanella, 2004).

Talizina (1988) reforça tal argumentação quando destaca que o conceito de atividade agrega processos sintetizadores da atividade vital do homem em relação ao meio onde está inserido, desencadeando transformações dialéticas, mediante o emprego de ferramentas e signos (Piccolo, 2012).

## **2.2. Teoria da atividade e o modelo de análise da prática**

A inovação das práticas em saúde mental favorece o desenvolvimento de uma diversidade de estratégias de cuidado e organização de serviços. Conforme assinalam Wetzel et al. (2011), a pesquisa em saúde mental prioriza um olhar sistemático, não limitado à análise da estrutura, mas com foco no processo de implantação e resultados da política de saúde mental.

Corroborando com o exposto, denota-se a necessidade da utilização de um referencial metodológico que considere o serviço enquanto um processo com movimento e dinâmica própria e em que se torna imprescindível a identificação da cultura institucional e da prática dos agentes que o compõe.

Em concordância com Deslandes (1997) a análise dos sujeitos sociais sobre essas experiências, necessitam ser reconhecidas como portadoras de racionalidade e estudadas a partir das conexões histórico-sociais que conformam seus discursos. Tal análise envolve também o exame da consciência histórica de seus agentes e de suas representações sociais, que por sua vez estarão objetivadas em sua prática.

Buscando agregar sentido ao exposto, Cassandre et al. (2011) buscam conceituar o termo “prática” através da Teoria da Atividade (TA), considerando o processo de mediação

entre sujeito e meio e se afastando de qualquer determinismo do sujeito individual ou da estrutura social. Deste modo, a partir da referida Teoria torna-se possível não só descrever como a atividade é realizada, mas também entender o motivo pelo qual tais práticas se perpetuam dentro de um determinado contexto, avançando na discussão sobre “como” e “porquê” os sujeitos agem de determinada maneira em dada realidade.

Segundo Duarte (2002), a TA nasce com os trabalhos de Vigotski, Leontiev e Luria em seu esforço para a construção de uma psicologia sócio-histórico-cultural fundamentada na filosofia marxista.

Bulgacov et al. (2014) enfatizam que tradição da TA pode ser entendida a partir dos fundamentos comuns de suas abordagens e dos conceitos específicos propostos para a efetiva análise da atividade situada nas organizações. Ressalta-se que fundamentalmente a TA se ocupa da análise da consciência na atividade social prática, enfatizando os impactos psicológicos da atividade organizada e as condições e sistemas sociais produzidos em e por tal atividade.

Nesse sentido, a práxis humana, entendida enquanto atividade histórica concreta é um gerador por trás dos fenômenos da consciência, caracterizando-se pelo simbolismo e a convencionalidade dos signos, identificados como seus principais mediadores. Acrescenta-se que a prática social é situada em tempo concreto, compreendida em seu processo histórico e de mudança como uma realidade aparente, produzida por seus praticantes e produzindo-os, em um eterno movimento de transformação e reflexão (Bulgacov e Vizeu, 2011; Engeström, 1987; 2001; 2002; 2006; Kemmis e McTaggart, 2002).

A existência de gerações da TA é sustentada por Cassandre e Querol (2013) ao apresentarem, no processo de evolução destas, a manifestação de distintos elementos teóricos característicos, que partem inicialmente de uma visão individual, passando para um foco coletivo, mediado e compartilhado de indivíduos numa atividade, e que são responsáveis por indicar o entendimento atual das propostas de metodologias intervencionistas.

Considera-se que a primeira geração está vinculada a Vygotsky, seu maior representante, indicando que o conceito de atividade encontra-se articulado como princípio explanatório em relação a consciência humana, traduzindo-se como verdadeiro gerador de consciência “de fora para dentro”, definindo-se para tal aspectos como historicidade, caráter social e dupla natureza (Kozulin, 2002, p.114). Deste modo a idéia central enfoca a importância do aprendizado através da ação de um sujeito mediada por uma ferramenta e destinada a um objetivo e das interações com o meio sócio-cultural, possibilitando o desenvolvimento das pessoas e da própria atividade, sendo que a criação de conceitos e idéias é transformada em

processos internos mentais e processos psicológicos. Para Vygotsky a atividade é mais do que um simples reflexo ou resposta a um estímulo externo, mas, sim, um processo de transformação do mundo e do comportamento humano por meio dessa relação entre o homem e o mundo que se dá pela e na atividade, através ação de um sujeito mediada por artefatos e destinada a um objeto (Kozulin, 2002).

As ferramentas de mediação podem ser caracterizadas como meio de acúmulo e transmissão de conhecimento social em contínuo processo de desenvolvimento, moldam a maneira como os seres humanos interagem com a realidade, constituindo-se em ferramentas materiais ou semióticas (signos e símbolos), sendo a linguagem apontada como a mais relevante (Bannon, 1997).

Nicolini (2013) ressalta que o conceito de atividade avançou com Leontiev (1978), baseado na idéia marxista de trabalho enquanto atividade coletiva, sendo esta a unidade de análise adequada para a compreensão da conduta humana. Leontiev, ícone da segunda geração da TA, acrescenta a mediação por outros seres humanos e as relações sociais estabelecidas entre eles.

Segundo Duarte (2004) a distinção hierárquica entre ações individuais e atividades coletivas consiste na maior contribuição da segunda geração da TA, sendo propostos três níveis de análise: operação, ação atividade. Nicolini (2013) apresenta que para Leontiev as ações e operações são unidades de análise relativamente subordinadas, passíveis de compreensão quando interpretadas a partir de uma atividade coletiva, deste modo uma atividade se realiza e reproduz gerando ações e operações, e somente com foco no coletivo pode-se entender o objeto e motivos que dão coerência às ações. É possível verificar que neste sentido, a atividade refere-se a práticas identificáveis e concretas, caracterizando-se como prática social.

Bulgacov et al. (2014) observam que para Leontiev a estrutura da atividade constituir-se-á a partir das necessidades humanas, dos seus motivos, propósitos e condições. Evidencia-se que por meio da atividade, o homem não apenas se relaciona com o mundo, mas o produz e é produzido por ele. Os autores assinalam que dois aspectos são centrais para Leontiev: a) atividades que finalmente conduzem à interiorização de ações humanas externas na forma de processos mentais internos; b) a busca pela unidade mínima que preserva as propriedades do todo. Assim, atividade designa os processos que, efetivando as relações do homem com o mundo, satisfazem uma necessidade especial a ele correspondente, enquanto outros processos que não atendem a esse pressuposto são por ele denominados de ações e operações (Leontiev, 2006). As atividades são os processos psicologicamente caracterizados por aquilo a que o

processo, como um todo, se dirige, coincidindo sempre com o objetivo que estimula o sujeito a executar essa atividade, isto é, o motivo. Isso distingue a atividade do processo chamado ação. Um ato ou ação é um processo cujo motivo não coincide com seu objetivo, mas reside na atividade da qual a ação faz parte. Por sua vez, as operações são o modo de execução.

Virkkunen (apud Cassandre e Querol, 2013) assinala que para Leontiev, o objeto de uma atividade possui um aspecto material e outro ideal, assim, uma parte do objeto deve ser adaptada à realidade enquanto a outra consiste em algo construído pelas idéias de como transformar alguma coisa dada em algo que vá ao encontro das necessidades humanas.

Engeström é considerado o expoente da terceira Geração da TA, inaugurando a proposição de estudar a mediação na sua relação com os outros componentes de um sistema de atividade em que o objeto considerado em sua evolução cultural e histórica, agrega significados e motivos coletivos e passa a ser caracterizado pelos elementos: ambiguidade, surpresa, interpretação, produção de sentido e potencial para a mudança (Bulgacov et al., 2014). Cassandre e Querol (2013) endossam o exposto quando destacam que a unidade de análise então proposta trata-se da prática conjunta em direção à transformação de redes de atividade, sendo que o modelo básico é expandido para incluir minimamente dois sistemas de atividade em interação.

Assim, Daniels (2011) reforça que a unidade de análise da TA de Engeström é um sistema de atividade coletivo, mediado por instrumentos e orientado para um objetivo, atravessado pela multiplicidade de vozes dos sistemas de atividade caracterizados pelos diversos pontos de vista, tradições e interesses. Também permeado pela historicidade e pelas contradições como responsáveis por transformações qualitativas e desenvolvimento. Nicolini (2013) salienta que as atividades geram e dependem de uma comunidade que compartilha de algum modo o mesmo objeto de trabalho, implicando em um conjunto de regras, normas e convenções, responsáveis por regular as ações e interações no interior da comunidade.

A partir da tradição da TA apresentada e considerando o conceito de prática social enquanto categoria teórica analítica introduz-se o Modelo de Análise de Práticas Comunitárias (MAPC) elaborado por Voss e Kafrouni (2014).

Tal modelo surgiu a partir dos elementos teóricos referenciados nas diferentes gerações da TA e propõe uma ruptura com a perspectiva de método para resultado, ocupando-se da análise do processo de desenvolvimento das atividades. Deste modo busca questionar sobre como as atividades são desenvolvidas, qual o nível de implicação e de que forma os sujeitos estão inseridos nas atividades. Também se ocupa de como as pessoas compreendem a atividade

individual em relação ao conjunto de atividades desenvolvidas (Voss, 2015).

Assim acredita-se que o modelo proposto apresenta-se como relevante instrumento metodológico para a avaliação da Política de Saúde Mental, especificamente para a análise da prática desenvolvida no dispositivo CAPS, por favorecer uma atividade reflexiva por parte do participante, contribuindo para a ampliação da consciência sobre sua prática local e possibilitando transformações qualitativas nos processos instituídos.

### **2.3. Avaliação de programas e serviços em saúde e o Modelo de Análise de Práticas Comunitárias**

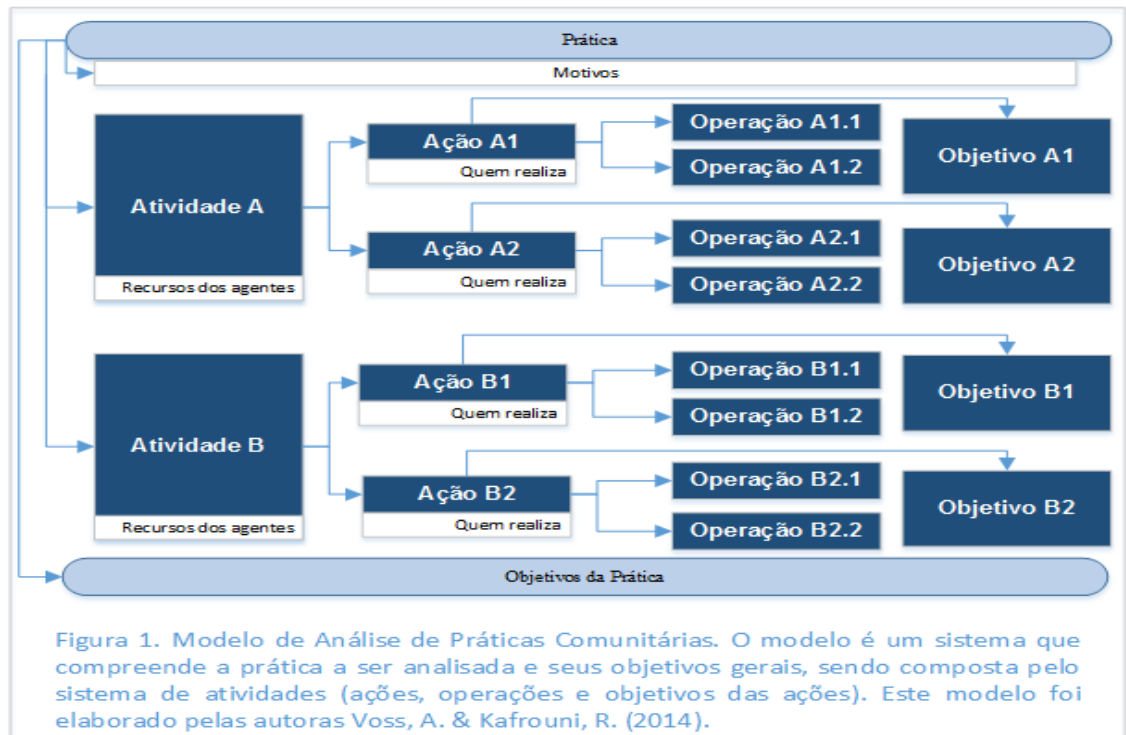
Campos (2011) adverte que o SUS e as políticas públicas em saúde tem um vasto caminho a percorrer no que diz respeito a metodologias avaliativas, sendo que o desafio reside na consideração da complexidade de fatores envolvidos na sua constituição e funcionamento. É notória uma crescente demanda dos diversos segmentos e atores sociais dirigidas aos governos, com ênfase a um maior acesso e qualidade na prestação de serviços de saúde e, nesse contexto, as políticas e programas tornam-se objeto de atenção, buscando-se cada vez mais por modelos pedagógicos inovadores no campo da formação dos profissionais da saúde (Bosi e Mercado-Martinez, 2011).

Neste sentido, Passos et al. (2008) fomentam esta argumentação quando salientam que as distintas necessidades e demandas por avaliação tem contribuído para que as políticas e programas do SUS se ocupem da criação de desenhos e aportes metodológicos de natureza quantitativa e qualitativa, de acordo com a diversidade de campos e objetos de investimento, que permitam gerar informações sobre processos e resultados. Busca-se com isto, a criação de instrumentos que possam contribuir para uma transformação efetiva dos serviços, que possam ser compreendidos como “verdadeiro instrumento de liberação, permitindo uma visão crítica da norma estabelecida” (Contandriopoulos, 2006, p.710).

Concorda-se com Santos Filho et. al (2011) quando estabelecem que o desafio consiste em avaliar não meramente se dado serviço está implementado, mas principalmente, na captação de elementos indicativos de como está operando, levantando-se as distintas dimensões de transformações na produção de serviços, contribuindo para adoção de mudanças no “modo de fazer”, promovendo visibilidade ao que se apresenta “entres” do processo de trabalho e da prática, desencadendo a reflexão-problematização dessas práticas, interrogando os diferentes sujeitos envolvidos.

Diante deste cenário, em seu estudo “Contribuições para um modelo de análise de

práticas comunitárias: Um olhar para a assistência social” Voss (2015), intenta contribuir para a análise de políticas públicas, nos diferentes âmbitos da prática comunitária, propondo o MAPC que pode ser visualizado graficamente (FIGURA1).



**Figura 1.** Modelo de Análise de Práticas Comunitárias.

O modelo subsidia-se no conceito de prática a partir da PHC e das teorizações sobre TA de Leontiev, que contempla um sistema de atividade constituído através da relação dialética e recíproca entre seus elementos interdependentes, que são as ações, operações, com seus motivos orientadores e objetivos.

Para a concepção de prática, a autora utilizou-se do trabalho de Nicolini (2013) que, a partir de textos referenciais, apresenta uma revisão do termo para diversos autores. Aponta-se entre estes, as conceituações de Schatzki, o qual desenvolve uma teoria de prática como elemento constitutivo da vida social em todos os sentidos, descrevendo práticas “como um vínculo entre “ditos e feitos” ” (Nicolini, 2013, p.155). Para o autor o conceito abarcaria o conjunto do fazer e dizer, apresentando uma concepção integrada de linguagem e ação com características e significados específicos (Voss, 2015).

Também se destaca que dentre as tradições de prática, inclui-se a abordagem intitulada de “CHAT” – *Cultural-Historical Activity Theory* – que sistematizou o conceito de prática a partir do pensamento Marxista e baseado na teoria Histórico-Cultural de Leontiev sobre a teoria

atividade. Entendendo prática como decorrente da TA, Nicolini (2013) cita cinco princípios para interpretação de CHAT: 1) o papel central da mediação na prática; 2) a noção de sistema de atividade; 3) noção de um objeto orientador da atividade humana; 4) sua natureza histórica e contraditória; 5) a natureza intervencionista no desenvolvimento do estudo de prática.

De maneira geral, CHAT utiliza-se de conceituações advindas da TA e tem como ponto principal sua unidade de análise sendo baseada em um sistema de atividade. Esta abordagem considera central o papel das ações humanas dentro do contexto social – o ser humano é essencial nesta perspectiva – porém, sem cair no individualismo, mas entendendo prática como um processo coletivo, social, histórico, voltado para o futuro e com potencial transformador.

No referido estudo o contexto analisado contemplou a Política Nacional da Assistência Social, onde procedeu-se a análise das atividades que compõem a prática no CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social) – a partir dos profissionais e do público atendido. Apurou-se a interação desses com o objetivo citado por eles, estabelecendo posteriormente um sistema constituído por categorizações formuladas pelos próprios participantes das atividades (Voss, 2015).

Assim, apresenta-se a idéia de que o sistema proposto funcionaria como um fluxo composto pela prática a ser analisada e pelos objetivos gerais a que todos os participantes deveriam seguir (Voss, 2015). Segundo a autora este sistema pode ser caracterizado pela “prática composta pelo sistema de atividade, organizada em forma de cadeia de ações dialeticamente construídas em determinadas situações históricas e concretas, definida pelas relações entre as ações e por elementos interdependentes: ações e operações” (Voss, 2015, p.28). Acrescenta ainda que “os elementos não demonstram necessariamente relação com o motivo da atividade, porém possuem relação com o todo; a ação corresponde aos objetivos estabelecidos anteriormente e as operações às condições, trata-se de um processo mediatizado pelo motivo da atividade, pois integram um conjunto maior: a atividade” (Voss, 2015, p.29). Salienta-se que de maneira complementar foram considerados os profissionais envolvidos, responsáveis por realizar a ação e os recursos necessários a esses agentes, considerando que cada ato individual torna-se parte da atividade coletiva, impactando nas atividades dos demais e tendo um objetivo geral a ser seguido e que abarque os interesses de todos (Voss, 2015).

Segundo Voss (2015), o modelo construído objetiva dar visibilidade a pontos de análise que não são observáveis cotidianamente e que não seriam obtidos através de processo avaliativo tradicional que focasse somente nos objetivos alcançados. Almeja-se assim oportunizar uma discussão com os diferentes agentes da prática, a fim de promover a tomada de consciência da



prática realizada que favoreça o desenvolvimento de potencialidades para o exercício de uma atividade transformadora, exigindo para tal, uma relação dialética entre o executor e a atividade, aterando assim, o resultado da totalidade histórica (Lave & Wenger, 2002). Tal proposição encontra consonância na seguinte afirmação “o conhecimento, o sentido, a atividade humana, o poder da ciência, a linguagem, as instituições sociais e a transformação humana são componentes do campo da prática...” (Schatzki, apud Nicolini (2013), p.02).

O MAPC oportunizou o estudo da prática da assistência social no CREAS, compreendida a partir da perspectiva das normativas por meio da construção de um modelo ideal, e também a partir do contexto real, histórico e dialético, identificado através das entrevistas com os profissionais e usuários do CREAS. A pesquisa apontou que, ao inserir as entrevistas dos participantes no MAPC e comparar ao modelo de análise de prática do CREAS, alguns elementos principais se repetiam ou sobressaíam ao descrito no modelo ideal. Verificou-se também que as atividades, objetivos e princípios que envolvem a prática em questão, estão estabelecidos pela Política Pública pertinente, porém as ações para atingir os objetivos devem ser construído de acordo com as situações reais (Voss, 2015).

A aplicação do método exposto desvelou a existência de aspectos específicos que não seriam contemplados por modelos de avaliação tradicionais e que são desconsiderados ou compreendidos de maneira distorcida pelos atores envolvidos, ocasionando uma disparidade entre fazer e dizer (Nicolini, 2013). Apurou-se a existência de um distanciamento entre conteúdo e motivo, denotando-se que os significados e sentidos, entendidos enquanto elementos centrais no processo de enriquecimento do ser humano e de sua consciência, tornaram-se algo externo ao indivíduo, produzindo processos de alienação da consciência (Asbahr, 2005; Duarte, 2004). Conforme aponta Voss (2015) a ruptura entre o pensar, o sentir e o agir, ao invés de impulsionar o potencial de ação do indivíduo, gera isolamento, repetição de ações, submissão e obvidade, elementos que contribuem para um processo alienante, no que diz respeito à realização de atividades que requeiram reflexão crítica.

Voss (2015) constatou que a prática estudada perde em termos relacionais voltadas ao conjunto entre fazer e dizer, e quanto aos motivos, responsáveis pelo sentido e significado da prática, e com isso, deixam de apresentar a função de mediação simbólica. Tal fato acarreta a falta de entendimento da prática por pessoas externas à sua realização, seja o público alvo ou outros setores envolvidos na lógica intersetorial. Consequentemente, outra hipótese levantada, pela análise dos dados identificados, é de que haveria uma desresponsabilização dos profissionais quanto à prática que realizam e dificuldades inerentes à prática interdisciplinar.

O estudo descrito nasceu da idéia de avaliação de um serviço específico, mas transformou-se em um instrumento promotor de uma análise mais profunda, responsável por evidenciar que os elementos ocultos da prática pesquisada, a partir da perspectiva de análise de práticas comunitárias, propiciam um diagnóstico situacional, possibilitando a discussão, orientação e encaminhamentos às situações que gerem atividades transformadoras, favorecendo o desenvolvimento de potencialidades (Voss, 2015).

Deste modo, compreende-se que o método proposto não se constituiu como um protocolo, mas traduziu-se como um caminho capaz de organizar a concepção dos atores, o modo de pensar e agir a partir do contexto real onde estão inseridos, atravessado por um contexto histórico cultural. Assim, estruturou-se através da identificação de aspectos da prática responsáveis por valorizar a relação dialética entre o instrumento e resultado, possibilitando a sistematização da prática pesquisada (Newman & Holzman, 2002), entendida enquanto sistema de atividade formada por ações e operações articuladas.

Diante do exposto, ao articular o modelo com o contexto estudado na presente dissertação, pretende-se aplicar o modelo construído por Voss e Kafrouni (2014) com vistas a proceder uma análise sobre a PNSM, que apresenta como diretrizes centrais apontadas pelo MS e orientadas pelos pressupostos da RP: redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos; garantia da assistência aos pacientes egressos dos hospitais; criação e sustentação da rede extra-hospitalar – CAPS, residências terapêuticas; centros de convivência, ambulatórios, programas de suporte social; defesa e promoção dos direitos humanos de pacientes e familiares (Kantorski et al., 2011). Cumpre salientar que o movimento da RP não se limita a criação de equipamentos extra-hospitalares, apresenta fundamentalmente como meta um movimento de construção social, permeado pela mudança de papéis, democratização das instituições, envolvimento e responsabilização da comunidade, confrontando dois paradigmas básicos: o modo psicossocial em contraponto ao modo asilar.

Nesse estudo, a análise da presente política se faz especificamente através da avaliação da prática do CAPS, considerado como serviço estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental de determinado território, entendido como espaço ideal para a consolidação dos pressupostos da RP Brasileira, assumindo especial relevância na realidade das novas práticas em saúde mental no país (Onocko- Campos et al., 2009). Dentro deste contexto alguns questionamentos evidenciam-se: os profissionais que atuam nestes serviços possuem uma prática verdadeiramente pautada pelas diretrizes da PNSM, diferenciando-se da prática institucionalizante para uma lógica psicossocial, efetivando uma real mudança no modo de

produzir cuidado; como é visto e tratado o sujeito que se apresenta no CAPS, historicamente marcado por uma trajetória permeada pelo estigma e exclusão, e qual a relação entre este e a equipe de profissionais responsável pelo seu acompanhamento?; O sujeito é visto em sua singularidade e busca-se promover a autonomia e protagonismo no processo de tratamento? ; Os profissionais reproduzem atividades que geram processos de alienação? Há rompimento com a visão linear para ações que abarquem a gama plural de diferentes núcleos profissionais? Como se dá a integralidade em relação aos demais serviços da rede? Os profissionais exercem seu papel enquanto agentes de transformação de práticas?

Para uma aproximação destas questões, emerge como estratégia, o campo da avaliação de serviços. Julga-se que a utilização do MAPC apresenta-se como alternativa metodológica adequada aos propósitos da pesquisa, sendo que o objetivo não consiste em caracterizar a prática pelos resultados apresentados, mas sim, valorizar o processo de desenvolvimento real, apurando os elementos que não estão visíveis e que influenciam a prática executada. Especificamente, pretende-se suscitar a reflexão sobre o processo de execução dos pressupostos da PNSM, principalmente no que diz respeito ao *modus operandi* da produção de cuidado, contemplando-se os parâmetros apresentados por Costa-Rosa (2000): concepção do objeto e meios de trabalho, formas de organização institucional, formas do relacionamento com a clientela e concepção dos efeitos típicos em termos éticos e terapêuticos.

Assim, torna-se imprescindível conhecer os processos de implantação e implementação dos CAPS, objetivando compreender como a gestão dos serviços, equipes e usuários, constroem e percebem suas práticas de cuidado. Sustenta-se que avaliações constantes precisam ser realizadas nestes locais, contemplando as relações estruturais que mantêm a rede destes serviços já que existem portarias regulamentadas para garantir um serviço de qualidade (Onocko-Campos et al., 2009).

Acredita-se que um processo avaliativo de CAPS deve monitorar as ações, acompanhando a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário com maior resolutividade, com uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos.

Entendendo que os CAPS devem estar voltados ao tratamento de uma população que apresenta grande vulnerabilidade social, torna-se necessário detectar como se dá a prática deste serviço, de modo a promover melhor assistência em saúde e reabilitação psicossocial. Para tal, é importante compreender a prática dos serviços como um processo social complexo

responsável por refletir valores da sociedade que influenciam os profissionais e a população atendida, não sendo, portanto, completamente controlável.

Fauerwerker (2005) pontua que os atores têm diferentes intencionalidades que disputam o sentido geral do trabalho, assim como os gestores, usuários e propositores de políticas. Para desvendar o processo social que implica práticas diversas, cabe refletir sobre a capacidade de produção, inovação e superação dos profissionais de saúde, destacando a grande autonomia do trabalho médico. Os conhecimentos dos profissionais e dos usuários devem ser incorporados no sentido de proporcionar reflexão e produzirem mudanças.

Acessar o agente através do seu discurso e de sua prática e verificar “em ato” outras influências dos sistemas sociais que atuam sobre as circunstâncias da ação é uma maneira de “elucidar os processos concretos da vida social” e permitir uma maior reflexividade dos atores sobre sua prática (Mattos & O’Dwyer, 2010). Segundo Onocko Campos (2001), deve-se acrescentar à pergunta “para que” uma segunda, “como”, as quais unidas compõem o cerne da gestão do cuidado em saúde mental. Como aponta Wenger: “fazer, mas não fazer por si só. Fazer dentro de um contexto histórico e social que dá estrutura e significado ao que as pessoas fazem” (Wenger, apud Nicolini (2013), p. 47).

Kantorski et al. (2009) e Morais et al. (2009) corroboram tal afirmação quando explicitam que estes serviços devem ser submetidos a processos avaliativos, de modo a aferir a qualidade de atenção à saúde ofertada em seus espaços institucionais. Esclarecem que avaliar qualquer atividade de saúde significa comparar o que se observa na prática com o que se considera como sendo a melhor intervenção possível, ou seja, confrontar o que vem sendo realizado cotidianamente com o que deveria ser feito.

Nesse contexto, considera-se que o ato avaliativo contempla um conjunto e práticas ético-políticas, que sustentam intenções e executam ações visando medir, descrever e julgar o sentido, mérito e relevância as intervenções humanas, a fim de promover aprendizagens para os sujeitos nela envolvidos, impactando para a sociedade (Silva e Brandão, 2011).

Entende-se que a avaliação dos serviços de saúde mental contribui para o pensar sobre a prática cotidiana, fortalecendo as políticas que sustentam a atenção psicossocial. (Brasil, 2007). Desta forma Kantorski et. al (2011) evidenciam que o processo avaliativo destes serviços contempla uma reflexão sobre a estruturação dos saberes e práticas em saúde mental no decorrer da história assim como os diferentes movimentos de construção e desconstrução paradigmáticas. Concebe-se que o cenário do CAPS para a pesquisa em saúde mental,

possibilita priorizar uma visão sistemática e científica, não restringindo seu foco a estrutura, mas principalmente ao processo das práticas instituídas nos serviços.

Bulgacov et. al. (2014) salientam a relevância de metodologias de análise da prática que possibilitem revelar um conjunto de conhecimentos tácitos e mediações sociais não contempladas em abordagens lógico-normativas e não facilmente capturáveis em modelos abstratos, e de proposições teórico-formais e que favoreçam a transformação do objeto da atividade e, ao mesmo tempo, transformações, dos sujeitos conscientes de sua prática, aspectos de uma intersubjetividade não identificada nos estudos organizacionais.

Reforça-se, portanto, a necessidade de construção de modelos avaliativos que possam ser utilizados enquanto instrumentos de gestão e transformação de práticas, objetivando a democratização dos processos, com ênfase na escuta dos diversos atores envolvidos, atentando principalmente para os processos subjetivos e simbólicos que sustentam os resultados (Bosi e Mercado-Martinez, 2011).

De acordo com Uchimura e Bosi (2002, p. 1566):

[...] análises voltadas ao estudo dos componentes [...] constituiriam estudos da qualidade em sua dimensão objetiva, ou seja, avaliações da qualidade formal de um programa. Já os estudos centrados na análise subjetiva da qualidade, que buscam apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviço, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos, caracterizariam estudos de avaliação qualitativa de programas.

Considerando-se a singularidade dos processos no campo da saúde mental, que sofrem significativa influência de variáveis subjetivas e políticas, é possível sinalizar que o objetivo das metodologias avaliativas estaria focado na indução de um processo formativo, que passa a atender ao que Wetzel (2005) define como princípio da utilização, que emerge na interface entre ciência e ação, entre conhecer e fazer.

É oportuno referenciar Duarte (2004), que fomenta o exposto, quando trata das contribuições de Vygotsky para o pensamento em torno dos sentidos da aprendizagem para a sociedade, fomentando que o ato de aprender traduz-se como anteparo ao ato de alienação, da perda de consciência de si mesmo, da inserção no mundo e nas relações, possibilitando ao sujeito apoderar-se da realidade, das ligações entre sujeito e objeto, sujeito e realidade, sujeito e mundo social.

Considera-se que o MAPC proposto por Voss e Kafrouni (2014), possa contribuir para

o processo avaliativo de serviços ou programas gerando reais efeitos e impactos na realidade percebida pelos diferentes agentes, podendo ser adotado como instrumento responsável por subsidiar a tomada de decisão, garantindo aprendizados e novos posicionamentos seja por meio dos resultados compilados ao final como também durante todo o percurso de desenvolvimento do processo (Furtado, Passos e Campos, 2011).

Inserido no contexto de pesquisa o instrumento proposto desempenharia uma função técnica e política, objetivando através do processo reflexivo, a transformação do cotidiano com a potencialização das práticas adotadas nos serviços sob a égide da atenção psicossocial.

### ***2.3.1. A prática da saúde mental no CAPS: aplicação do modelo de análise de práticas comunitárias a partir das regulamentações***

O CAPS pode ser entendido como a grande aposta da PNSM para a mudança do modelo de atenção na comunidade, concebido como lócus irradiador dos princípios da RP, especificamente a partir da Lei 10216/2001. Torre e Amarante (2001) argumentam que estes serviços devem sustentar a missão de superação dos pressupostos até então vigentes: concepção de que a doença psiquiátrica decorria de um erro; associação entre doença psiquiátrica e periculosidade; o modelo epistêmico da psiquiatria; a prática do isolamento terapêutico e tratamento moral proposto por Pinel. Cria-se um novo referencial teórico responsável por operar segundo uma ruptura com o modelo precedente, buscando legitimar um novo paradigma pautado pela: reorientação radical da forma de lidar com o portador de transtorno mental, inserção de atividades coletivas no tratamento e pela definição do território como espaço ideal para o tratamento (Guljor, 2003).

Conforme aponta Dias (2007), a existência de especificações referentes à atuação e práticas realizadas neste serviço foram desenvolvidas a partir de experiências institucionais e ação política vinculadas ao movimento da RP e, deste modo, o desenvolvimento das práticas tem relação com o processo evolutivo dos dispositivos CAPS dentro da RP brasileira, abarcando fases distintas que são demarcadas por períodos que apresentam como referencial a composição das portarias do MS no cenário nacional. A partir da terceira fase que abrange o período de 2002 até os dias atuais, impulsiona-se com maior evidência o processo de homogeneidade dos serviços, práticas terapêuticas e princípios de referência, através do estabelecimento de critérios para criação de novos CAPS, sistematização das formas de fiscalização e controle institucional.

Salienta-se que a expansão e definição do perfil institucional destes serviços relacionam-se ao estabelecimento da legislação em Saúde Mental, mais especificamente ao surgimento e

adequação de portarias ministeriais (Dias, 2007).

Quadro II – Principais portarias e documentos regulamentadores dos CAPS

Portarias e documentos reguladores	Descrição
Portaria 189/1991	<p>Define normas e diretrizes para organização dos serviços. Estabelece forma e valores de repasse por procedimento do CAPS. Classifica os procedimentos a serem realizados nos serviços e as características dos usuários passíveis de serem submetidos a eles.</p> <p>Determina o processo de cadastramento de pacientes e dos serviços, estabelecendo critérios para isto.</p>
Portaria SNAS 224/1992	<p>Regulamenta os serviços de saúde mental, estabelecendo padrões mínimos para o Funcionamento.</p> <p>Caracteriza os CAPS/NAPS, determina sua equipe e diretrizes gerais acerca de seu funcionamento.</p>
Portaria GM/MS 336/2002	<p>Determina as equipes mínimas dos CAPS e divide a instituição em diferentes modalidades, CAPS I, II, III, Ad.</p>
Portaria GM/MS 245/2005	<p>Incentivo implantação para CAPS</p>
Decreto 7508/2011	<p>Regulamenta a Lei 8080/1990 – SUS ampliação da atenção psicossocial – porta de entrada do sistema e “rede indispensável nas regiões de saúde”</p>
Portaria GM/MS 3088/2011	<p>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 SUS.</p>

Portaria GM/MS 3089/2011	Institui repasse financeiro fixo para os CAPS cadastrados pelo MS, com vistas ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas.
Portaria 130/2012	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24 h (CAPSADIII) e os respectivos incentivos financeiros
Portaria 276/2012	Institui o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)
Portaria SAS/MS 854/2012	Estabelece novos procedimentos, nova forma de registro – RAAS (Registro de ações ambulatoriais de saúde), objetivando mudança no processo de trabalho e qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas pelos CAPS <sup>4</sup> .
Portaria GM/MS 1966/2013	Altera repasse mensal CAPSIII e adIII
Portaria 615/2013	Construção de CAPS e Unidades de Acolhimento
Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento, 2013	Estabelece orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios
Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia ad, 2015	Objetiva instrumentalizar processos de trabalho, favorecer análises e intervenções dos trabalhadores

---

Fonte: Texto sistematizado pela autora.

Face ao delineamento deste cenário, verifica-se que as portarias apresentadas e demais

---

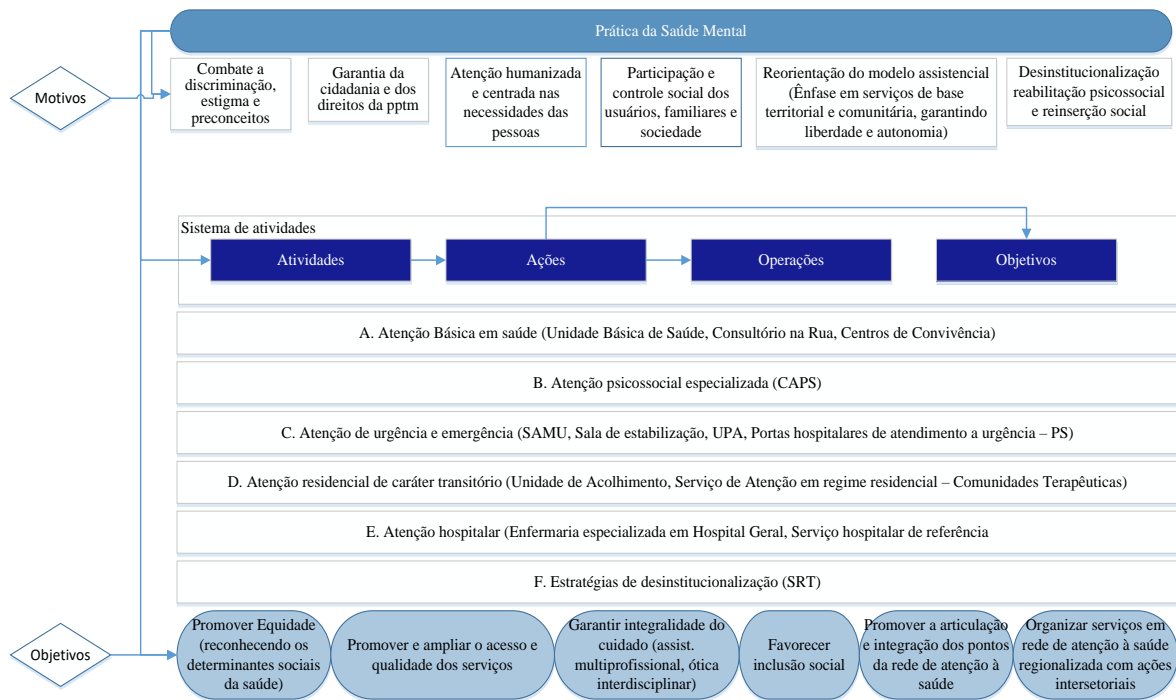
<sup>4</sup> Os novos procedimentos possibilitam atendimento a um número maior de CIDs do que os procedimentos anteriores. Esta mudança tem como objetivo frisar que a lógica do CAPS, independente de sua tipologia, é a atenção psicossocial voltada prioritariamente para atenção dos casos mais graves, não reduzida à questão diagnóstica. O que determina o ingresso de uma pessoa na unidade é a avaliação psicossocial do caso.



documentos normativos da PNSM contribuem para o estabelecimento de um conjunto de atividades que passam a caracterizar a prática no CAPS. É notório um percurso evolutivo inscrito nas diversas portarias referenciadas, principalmente após a Portaria 336/2002, que define o CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território” (Brasil, 2002), pautada pela organização do funcionamento de trabalho através dos regimes de atendimento (Intensivo, Semi Intensivo e Não Intensivo) e assim, a Portaria 276 e 854/2012 agregam a missão de dar concretude ao conjunto dos desafios para a consolidação dos princípios e diretrizes da PNSM, entre eles a garantia do direito ao cuidado de base comunitária e territorial.

A portaria nº 854/2012 modifica a forma de registro das ações do CAPS, antes voltada à produtividade, introduzindo novos procedimentos mais sensíveis às diretrizes de funcionamento do serviço, integrantes de um conjunto categorizado de ações desenvolvidas no cotidiano destes serviços que objetivam induzir novas práticas; subsidiar a organização e o planejamento do CAPS; qualificar a informação sobre as ações e a complexidade das práticas do serviço; ampliar acesso e melhoria do cuidado na atenção psicossocial e fomentar a discussão entre trabalhadores, gestores e usuários. O Registro de Produção Ambulatorial (RAAS) preconizado por esta Portaria, não se caracteriza pela mensuração quantitativa, mas destina-se à discussão de padrões de análise dos processos de trabalho que possam estimular o debate a partir da captação da produção das realidades dos CAPS, visando colaborar na qualificação e legitimação da rede (Portaria nº 854, 2012).

Frente ao panorama explicitado a análise deste modelo requer a compreensão de sua inserção em uma dimensão que o antecede e o sustenta, ou seja, a PNSM, que traz em seu bojo os pressupostos que orientam o trabalho no campo da Saúde Mental. Embasando-se na perspectiva da análise de práticas, tendo como referencial a TA, parte-se de um diagrama referente ao contexto da PNSM contemplando suas diretrizes estruturantes. A seguir será apresentado um diagrama da prática do CAPS composto por suas atividades e objetivos, sendo sistematizados na sequência os diagramas de cada atividade identificada, com seus respectivos objetivos, ações e operações, construídos com base nos documentos reguladores.



**Figura 2:** Atividades que compõem a prática da PNSM com base nos documentos reguladores da PNSM. Modelo elaborado por Voss e Kafrouni (2014)

Denota-se que uma das principais estratégias no Brasil para se implementar a PNSM encontra consonância com a regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS, sendo que, posteriormente, a Lei nº 10216/2001 representou de forma inquestionável um relevante avanço e vitória da luta do MLA brasileiro, ao legitimar a nova política da RP.

Pereira (2004) argumenta que mesmo que o texto aprovado não seja condizente com a proposta inicial apresentada pelo Projeto de Lei nº 3657/89, a Lei efetivamente tornou-se um instrumento para desenvolvimento de ações e estratégias responsáveis por garantir o processo de RP no nosso país. A autora analisa que a RP que a lei permitiu foi uma proposta viável para a configuração de forças existentes no campo, não atendendo exclusivamente, ou inteiramente, a nenhum dos grupos de interesses existentes. Portanto, a formulação da PNSM obedeceu à conciliação possível entre os interesses e poderes em cena, considerando-se os diversos atores, cenários, contextos e as relações sempre dinâmicas entre eles.

Deste modo, os fundamentos inscritos na referida Lei que serão abordados a seguir, são entendidos dentro da análise da prática como os motivos que orientam as atividades (Duarte, 2004), ou seja, entendidos como referenciais que contribuíram para a constituição da PNSM, sendo sua existência anterior e responsável por dar sentido e significado para as atividades

realizadas no campo da Saúde Mental.

Em primeira instância, pode-se inferir que o **combate à discriminação, estigma e preconceitos** revela uma preocupação com a trajetória de exclusão historicamente sofrida pelo portador de transtorno mental que, na maioria das vezes, ainda enfrenta muitas dificuldades para vivenciar o óbvio, descrito na narrativa de Sarlet (2002, p.45) “... possui a mesma dignidade que qualquer outro ser humano física e mentalmente capaz”. Este aspecto postula como inaceitável a atitude passiva frente a qualquer forma de discriminação às pessoas que apresentam sofrimento psíquico, sendo inadmissível a insistente e ultrapassada cultura manicomial, responsável pela manutenção de espaços de exclusão, que devido sua existência e função operam dentro de uma lógica intrinsecamente discriminatória, onde os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais dificilmente podem ser assegurados (Pinheiro, 2010).

A **garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental**, (proteção contra abuso e exploração) indica a preservação do direito constitucional à informação, vinculado a certificação da pessoa e seus familiares quanto aos direitos elencados no art. 2 da Lei: tratamento com humanidade e respeito; ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Lei 10216, 2001).

Amarante & Yasui (2003, p.09) pontuam que:

[...] lá estão como garantia de que as cotidianas violências submetidas àqueles pacientes não mais se repitam. [...] na história daquilo que se convencionava chamar de tratamento psiquiátrico, eram rotina para os pacientes: serem submetidos a abusos, explorações, não ter direito ao sigilo de suas informações e serem submetidos a condutas terapêuticas violentas tais como ECT (eletroconvulsoterapia, conhecida como eletrochoque), lobotomia, etc.

Pode-se conceber que a proteção e garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental também se relaciona com o **redirecionamento do modelo assistencial**, pois questiona o modelo hospitalocêntrico e promove a viabilidade do modelo de atenção psicossocial, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, valorizando a liberdade

e autonomia. Esses novos dispositivos de cuidado são constituídos de modo que o tratamento não seja sinônimo de internação, pois tal conduta retira da pessoa sua autonomia, sua circulação e sua cidadania. Esta necessidade ancora-se na perspectiva de que as longas internações em grandes asilos eram caracterizadas por pouca ou nenhuma perspectiva terapêutica, bem como péssimas condições de vida, alvo de denúncias.

Cumprе ressaltar que a luta pela reorganização do sistema de saúde partia de um questionamento sobre a relação entre saúde e condições de vida, incluindo os seus determinantes econômicos, políticos e sociais. Propunha-se uma ampla redefinição do papel do Estado, com a assunção da saúde como direito social universal. A determinação social do processo saúde-doença e a denúncia do avanço da exclusão estavam fortemente presentes no discurso do período, sendo notória a necessidade da **humanização da atenção, centrada nas necessidades das pessoas** (Pereira, 2004).

Amarante (2014) justifica que a PNSM adquiriu caráter inovador quando comparada às experiências de outros países, sendo reconhecida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e OMS devido a aspectos como **a participação e controle social** através da efetiva participação nos espaços de democratização do sistema, como conferências e conselhos de saúde.

Em 2001 a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental através do tema: "Cuidar sim. Excluir, não: efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social", propôs o controle social em saúde mental, como forma de garantir o avanço da RP, na tentativa de efetivar a PNSM, mediante a participação ativa dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental (Brasil, 2002).

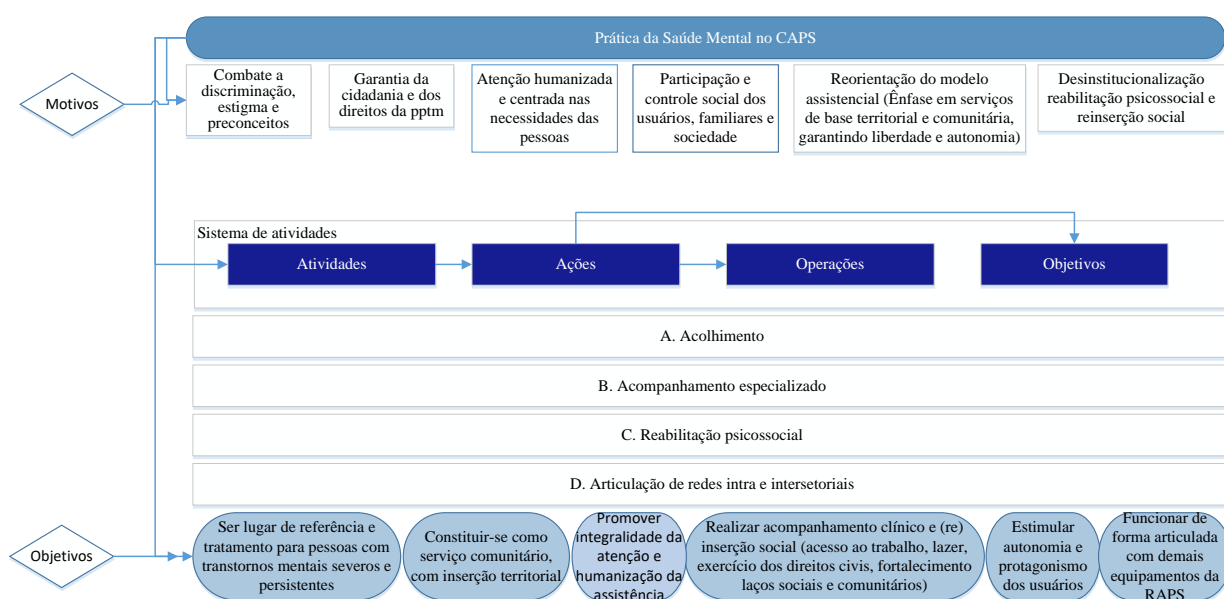
A RP sustenta como pilar a **desinstitucionalização**, concebida como desconstrução dos aparatos manicomial que se caracteriza por agregar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental e seus familiares, mobilizando como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificando as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzindo diversas ações de saúde mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico, visando a promoção da reabilitação e reinserção social (Oliveira; Martinhago; Moraes, 2009).

Deste modo, preconiza-se que a desinstitucionalização não fique restrita à desospitalização e para que as novas modalidades de atendimento em Saúde Mental não se transformem em uma reprodução da lógica manicomial, onde os indivíduos são privados de participar “naquilo que deveria ser do seu máximo interesse, ou seja, a condução do seu tratamento”. (Delgado et. al., 1991, p. 22).

Considerando o contexto dos fundamentos da PNSM (motivos orientadores da prática da saúde mental), ao se voltar a figura 2, pode-se identificar o sistema de atividades, onde se inserem os componentes da RAPS, cada qual composto com suas respectivas ações, operações e objetivos específicos: a) Atenção Básica em Saúde; b) Atenção Psicossocial Especializada; c) Atenção de urgência e emergência; d) Atenção residencial de caráter transitório; e) Atenção hospitalar; f) Estratégias de desinstitucionalização; g) Reabilitação Psicossocial<sup>5</sup>.

Tal sistema de atividades está organizado visando atender os mesmos objetivos gerais: Promover equidade (reconhecendo os determinantes sociais da saúde); Promover e ampliar o acesso e qualidade dos serviços, Garantir integralidade do cuidado (assistência multiprofissional e ótica interdisciplinar); Favorecer inclusão social; Promover a articulação e integração dos pontos da rede; Organizar serviços em rede de atenção à saúde regionalizada com ações intersetoriais;

Dentro do sistema de atividades contemplado no diagrama da PNSM, nos debruçaremos para fins desta pesquisa, sobre a atividade (B). Atenção Psicossocial Especializada (CAPS).



**Figura 3:** Atividades que compõem a prática da Saúde Mental do CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM. Modelo elaborado por Voss e Kafrouni (2014)

A figura 3 diz respeito aos sistemas de atividades (Acolhimento (A), Acompanhamento Especializado (B); Reabilitação Psicossocial (C) e Articulação de redes intra e intersetoriais (D) que compõem a análise da Prática da Saúde Mental no CAPS e tais atividades são realizadas

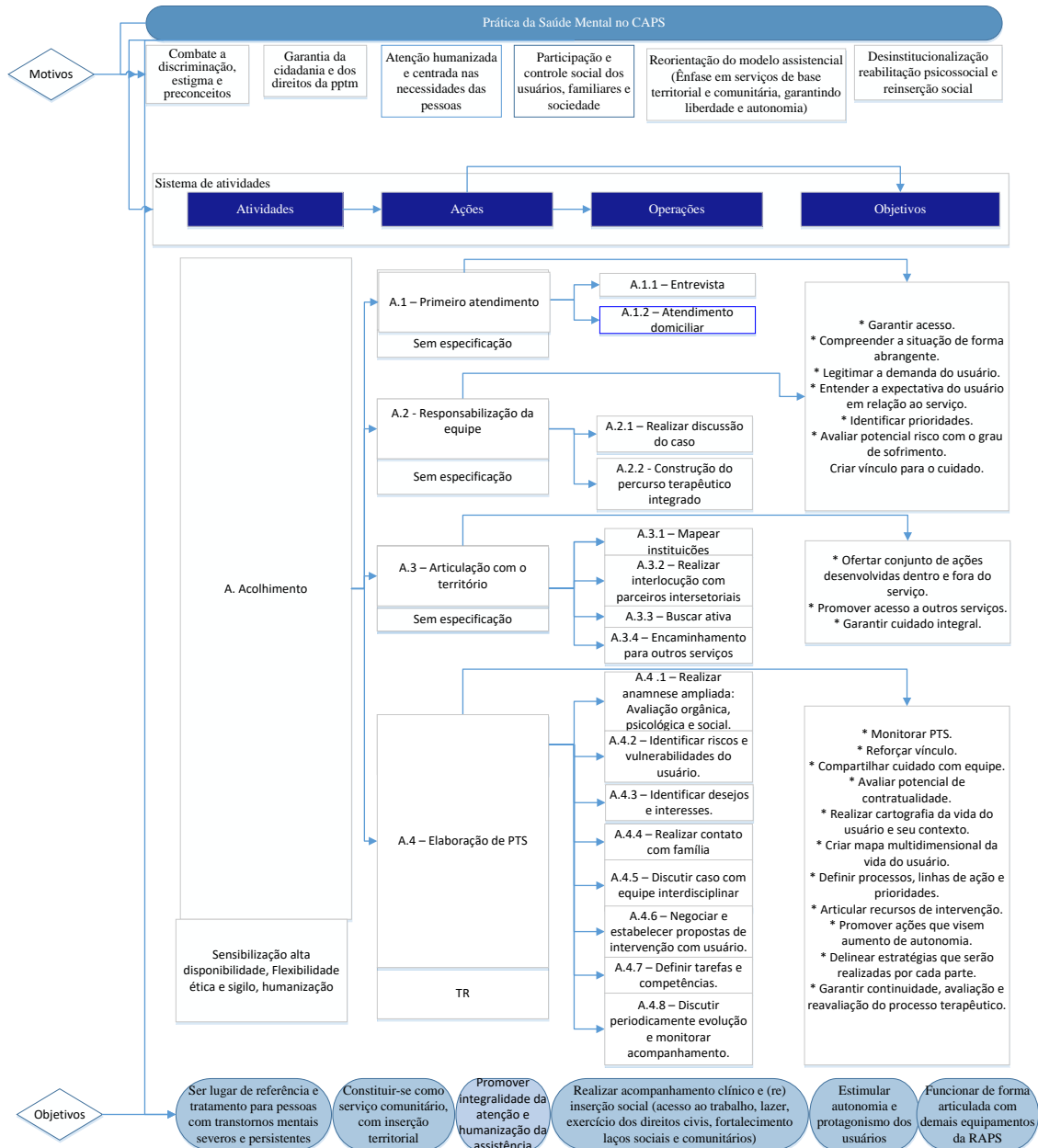
<sup>5</sup> As atribuições inerentes a cada componente da RAPS estão contempladas no subcapítulo 1.3 Panorama atual das Políticas Públicas na área da Saúde Mental (pp 31-33).

visando contemplar os mesmos objetivos gerais: ser lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; constituir-se como serviço comunitário e de inserção territorial; promover integralidade da atenção e humanização da assistência; realizar acompanhamento clínico e inserção social (acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços sociais e comunitários); estimular autonomia dos usuários; funcionar de forma integrada e articulada com demais equipamentos da RAPS. Considerando o exposto por Voss (2015) os elementos podem não apresentar relação direta com o motivo, todavia possuem relação com o todo, integrando um conjunto maior que compõem a prática.

As diretrizes preconizadas pela PNSM são entendidas dentro da análise da prática como os motivos orientadores das atividades, e conforme delimitado por Duarte (2004), considera-se que sua existência é anterior e, portanto, confere sentido e significado para as atividades a serem realizadas. Além disso, apresentam como propósito estarem orientadas para atender as necessidades de seu objeto: pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Portaria 3088, 2011).

Os recursos necessários aos agentes para a realização das atividades correspondem ao outro elemento constituinte deste sistema, onde a partir dos pressupostos da PNSM verifica-se: escuta qualificada, disponibilidade, interdisciplinaridade, postura acolhedora e corresponsabilização no cuidado.

Dentro do MAPC o acolhimento pode ser entendido como uma atividade, caracterizando-se pelo contato inicial, que conforme a figura 4 compreende 4 ações, com suas respectivas operações e objetivos das ações. Discriminam-se as ações (A1) Primeiro Atendimento, (A2) Responsabilização da equipe, (A3) contato com o território e Elaboração de PTS (A4). As ações de Primeiro Atendimento (A1) e Responsabilização da equipe (A2) possuem os mesmos objetivos específicos, denotando-se a natureza da atividade que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço, visando reinterpretar as demandas e construir vínculo terapêutico (Brasil, 2012). Na ação (A3) se inscrevem operações voltadas ao acolhimento de pessoas que não possam se beneficiar do trabalho ofertado pelo CAPS ou que necessitem de inserção em outros espaços além do CAPS, sendo preciso o direcionamento para outro serviço que possa ser adequado as necessidades apresentadas no momento. Também diz respeito às pessoas que não tem condições de acesso ao serviço, requerendo um atendimento do CAPS no domicílio (Brasil, 2004). É possível verificar que às 3 ações tem caráter transversal, sendo realizadas em outras atividades contempladas no sistema.



**Figura 4:** Atividade A. Acolhimento, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM. Modelo elaborado por Voss e Kafrouni (2014)

A ação A (4) diz respeito a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo composta por suas respectivas operações e objetivos. Para a Política Nacional de Humanização (PNH) o PTS é descrito como “... um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (Brasil, 2007, p. 40).

No campo da Saúde Mental o PTS representa o desafio de produção de novas respostas frente à complexidade dos problemas dos sujeitos, historicamente endereçados ao confinamento

dos manicômios, buscando promover um redimensionamento das práticas terapêuticas pautadas pela liberdade e singularização dos processos de cuidado. O PTS, desenvolvido pela equipe de assistência com a participação do usuário, objetiva auxiliar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder social, “buscar a autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desse na vida de relação social e política” (Zerbetto, 2005, p.16).

Esta ação com as respectivas operações, devem ser entendidas como instrumentos que permitem sistematizar um planejamento dos processos terapêuticos instituídos, buscando resgatar a singularidade do sujeito e encontra-se intimamente ligada a diretriz da PNSM, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, que para MAPC apresenta-se como um dos motivos orientadores.

Entretanto, evidencia-se que esta ação não se esgota nas suas operações descritas, pois o cuidado no âmbito do CAPS é desenvolvido por intermédio do PTS e segundo a PNH o PTS se legitima a concepção ampliada de ferramenta de cuidado única, elaborada coletivamente no trabalho em equipe sendo exclusiva para cada usuário (Brasil, 2015). Considerando esta concepção, para ser efetivada deve agregar as ações inscritas nas demais atividades do modelo de análise da prática. Assim vislumbra-se que a elaboração do PTS contemple: “[...] formas de cuidado e de tratamento que sejam conjuntamente espaços de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas diferentes, que vislumbrem a mudança de cultura e de política mais social que sanitária” (Basaglia, F.O. *apud* Nicácio, 2003).

Aponta-se que os recursos necessários aos agentes para a realização da atividade, representa outro elemento constituinte do sistema proposto. Considerando a PNSM é possível identificar: sensibilização, alta disponibilidade, flexibilidade, ética e humanização.

Torna-se relevante pontuar a existência de uma lacuna que não foi preenchida no modelo referente ao campo que abrange quem realiza a ação.

Cumpra pontuar que a PNH ressalta que o ato de acolher não se restringe ao processo do primeiro contato ou a um serviço em particular, mas caracteriza-se como uma atitude transversal, essencial aos processos de coprodução de cuidado no cotidiano, dos serviços e na relação com o território (Brasil, 2010). Entende-se como atitude necessária ao longo de todo o período de acompanhamento, entendida como relevante dimensão inerente ao trabalho nos CAPS.

Assim sendo, o termo acolhimento pode ser compreendido como uma postura acolhedora, enquanto recurso que o agente da política deve dispor ao realizar seu trabalho



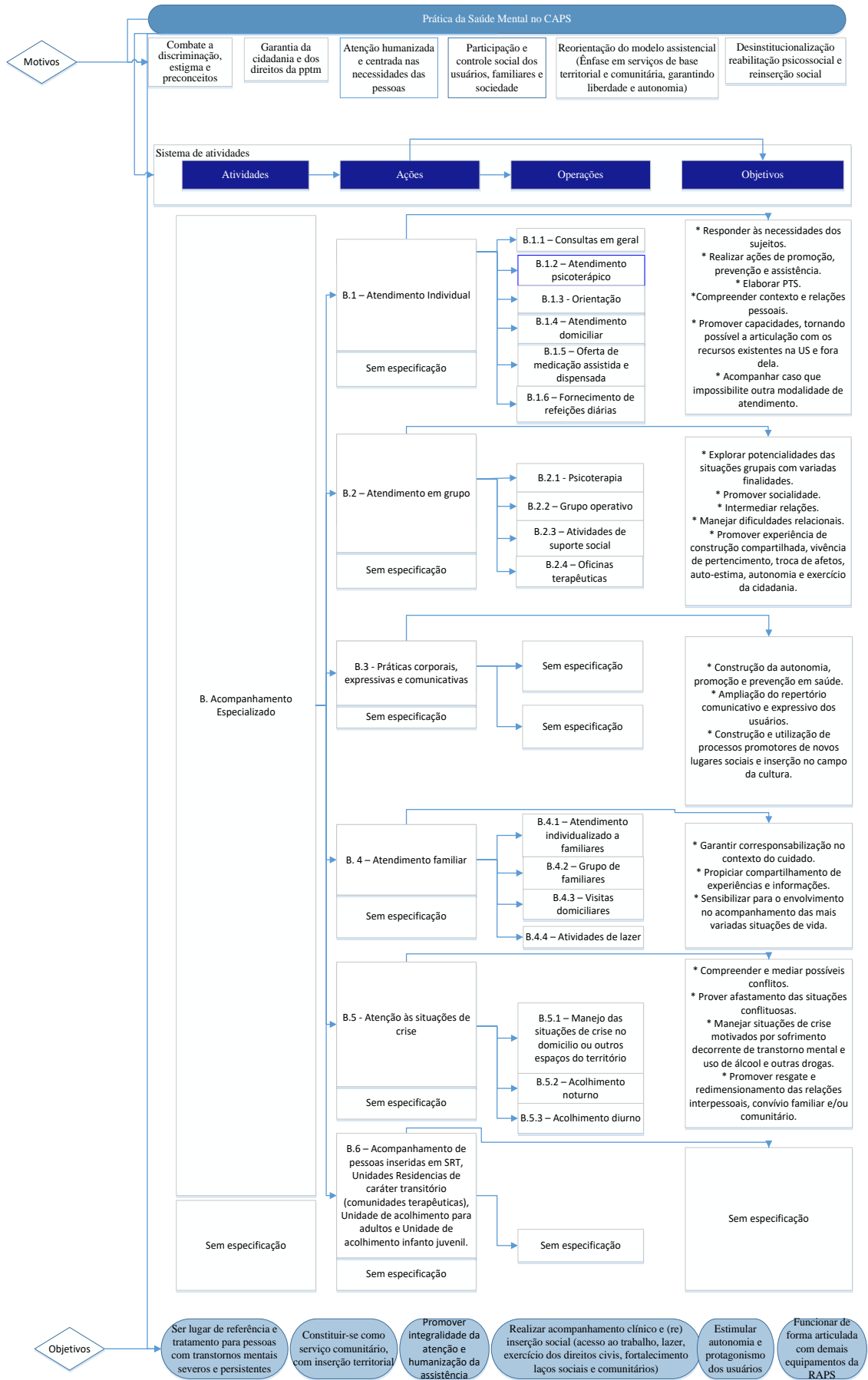
(Brasil, 2011). O Programa Humaniza SUS do MS, em uma de suas cartilhas descreve:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos da triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (Brasil, 2009).

Acolher significa se disponibilizar para o outro, consiste no serviço estar de porta aberta para o usuário, com seu sofrimento e sua bagagem de vida. Deve-se atuar a partir de uma visão multidimensional e sistêmica para o entendimento do sofrimento, visando a elaboração de estratégias e intervenções que contemplem a integralidade do sujeito (Brasil, 2015a).

É oportuno retomar que a figura 4 apresenta como atividade o Acolhimento (A), que consiste no primeiro atendimento ofertado ao usuário e/ou familiar que chega ao serviço por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise atendidas no território ou no serviço, podendo ser realizado em mais de um encontro (Brasil, 2015b). O MS (Brasil, 2004) complementa este descritivo salientando que no acolhimento o diagnóstico não deverá ser o único nem o principal objetivo deste encontro do sujeito com o serviço.

Isso posto verifica-se a ocorrência de contradições referentes ao termo acolhimento presentes nos documentos reguladores: 1) ato de acolher; 2) recurso do agente; 3) Atividade; definições responsáveis por fomentar diferentes concepções do que seria o acolhimento no cotidiano dos serviços, podendo precipitar a adoção de condutas heterogêneas de acordo com a compreensão do profissional executante.

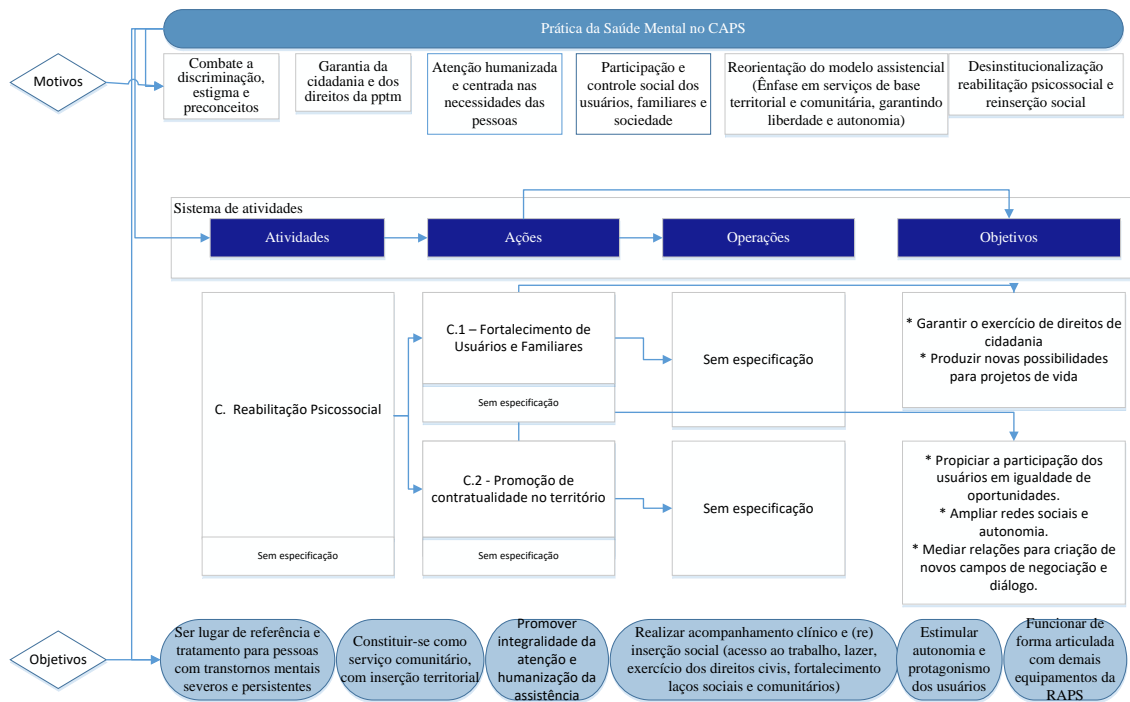


**Figura 5:** Atividade B. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da saúde mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM. Modelo elaborado por Voss e Kafrouni (2014)

A figura 5 diz respeito à atividade Acompanhamento Especializado (B) sendo composta por 6 ações com suas respectivas operações e objetivos. A PNSM preconiza a Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (motivo orientador), onde verifica-se que as ações preconizadas nesta atividade encontram-se diretamente ligadas a esta diretriz. De acordo com as Portarias 130/2011 e 854/2012, as ações contempladas nesta atividade podem compreender uma gama de possibilidades (operações) para o seu desenvolvimento, que serão realizadas conforme a demanda e especificidade das situações apresentadas, pois devem respeitar as singularidades dos usuários, e visam a elaboração do PTS (ação) ou dele derivam. Observa-se também que, devido ao fato das operações estarem ligadas às condições apresentam ampla possibilidade para sua execução, que dependem dos recursos disponíveis a cada agente.

A ação B.6 diz respeito ao acompanhamento de pessoas que estão inseridas nos seguintes espaços: SRT, Serviços Residenciais de caráter transitório (Comunidades Terapêuticas), Unidades de Acolhimento (UA) para o público adulto e UA infante juvenil, onde não há especificações sobre as operações correspondentes.

Verifica-se que o item “quem realiza”, abaixo das ações, é responsável por descrever os profissionais que possuem capacidade técnica para realizá-las e, no diagrama da atividade (B) não foi preenchido assim como também não foi preenchido o campo referente aos recursos necessários aos agentes, verificando-se uma lacuna não contemplada nos documentos reguladores.



**Figura 6:** Atividade C. Reabilitação Psicossocial, que compõe a prática da saúde mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM. Modelo elaborado por Voss e Kafrouni (2014)

A figura 6 representa a atividade Reabilitação Psicossocial (C), sendo composta por 2 ações e seus respectivos objetivos. Essa atividade propõe a inclusão de trabalhos de inserção social, que respeitem as possibilidades individuais e valorizem os princípios de cidadania, com vistas a minimizar o estigma e promover autonomia das pessoas frente às suas vidas.

Conforme discorre Saraceno (2010) a reabilitação psicossocial pode ser entendida como processo de reconstrução caracterizado pelo pleno exercício da cidadania e contratualidade nos diferentes cenários da vida: habitat, vida social e trabalho. A portaria 3088/2011 sustenta a natureza desta atividade:

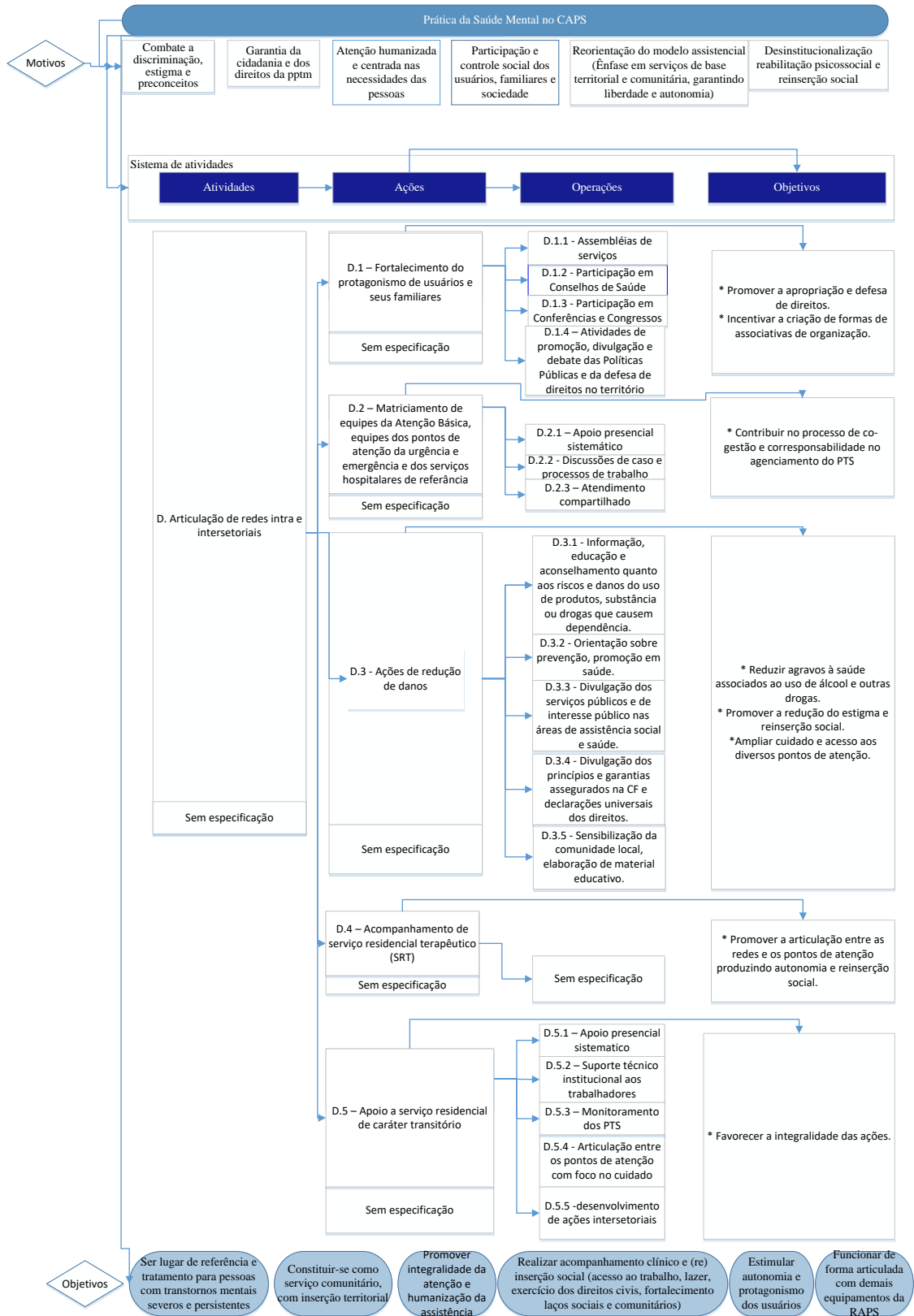
Composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais: [...] Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (Portaria 3088, 2011).

Portanto, é imprescindível que o CAPS, enquanto dispositivo da PNSM, promova a integralidade do cuidado, através da articulação com as demais políticas públicas, objetivando

trabalhar de forma compartilhada no enfrentamento das questões sociais e econômicas, fomentando a autonomia e protagonismo.

Em termos do MAPC, esta atividade é viabilizada através de duas ações: Fortalecimento de usuários e familiares (C1) e Promoção de contratualidade no território (C2) que estão fundamentadas pelos motivos que orientam a PNSM: Combate a discriminação, estigma e preconceitos e pela garantia dos direitos e desinstitucionalização, reabilitação e reinserção social. Contudo, verifica-se a ausência de especificações claras a respeito das operações a serem realizadas a partir dessas ações, pois na portaria nº 854/12, referente a ação (C1) descreve-se o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, economia solidária, habitação, educação, cultura e direitos de cidadania e à ação (C2) o acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana: casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, contextos familiares, sociais e no território. Tais descritivos permitem uma amplitude de operações, que dependerão de quem realiza as ações e dos recursos necessários aos agentes, o que também não é especificado nos documentos consultados.

A PNSM sustenta que há muitos desafios para que a reabilitação psicossocial possa se efetivar, entre eles o compromisso de desinstituir e desconstruir os mecanismos de exclusão social, como estigmas e preconceitos, exigindo o reconhecimento da alteridade e prática da democracia (Feriotti, 2016).



**Figura 7:** Atividade D. Articulação de redes intra e intersetoriais, que compõe a prática da saúde mental no CAPS com base nos documentos reguladores da PNSM. Modelo elaborado por Voss e Kafrouni (2014)

A figura 7 diz respeito a atividade Articulação de redes intra e intersetoriais (D), composta por 5 ações. Esta atividade está diretamente vinculada ao pressuposto contido na PNSM, que orientam a prática do CAPS: Participação, controle social dos usuários, familiares e sociedade e também relaciona-se com o objetivo geral da prática da saúde mental do CAPS que é estimular autonomia e protagonismo dos usuários e funcionar de forma articulada com demais equipamentos da RAPS. As ações descritas estão voltadas diretamente ao público atendido (usuários, familiares e comunidade em geral) como também evidenciam-se ações direcionadas aos profissionais que fazem parte de outros equipamentos da RAPS, ações estas que impactam no processo de formação e articulação das redes do território.

O fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (D1) com suas respectivas operações e objetivos reflete a tarefa apontada por Costa-Rosa et al. (2001) de superação da chamada “ética da adaptação institucional”, possibilitando a produção da subjetividade singularizada nas relações com os usuários e com a população do território.

Tykanori (1996) corrobora o exposto quando argumenta que o conceito de protagonismo refere-se ao poder contratual que permeia a relação entre o sujeito e sociedade, estabelecendo a inserção deste no território. Visando a operacionalização desta ação evidenciam-se espaços que possam fomentar a participação dos usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede (Brasil, 2012).

A assembléia apresenta-se como uma operação e pode ser caracterizada como um desses espaços favorecendo a discussão de temas de interesse comum que são invocados pelo coletivo do serviço. Caracteriza-se como uma reunião periódica com todos os usuários, técnicos e familiares objetivando contemplar questões referentes a convivência grupal, protagonismo, criação de vínculos, maior compreensão sobre problemas enfrentados e sobre o tratamento realizado.

A ação (D2) está pautada na concepção de que a transformação da práxis no campo da saúde mental requer a oportunização de espaços para ser construída, devendo ser compreendida como dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e transformação da assistência em saúde mental, promovendo a lógica da corresponsabilização (Brasil, 2003).

Assim, esta ação diz respeito a adoção de estratégias de articulação junto às equipes da Atenção Básica, pontos da Atenção da Urgência e Emergência e Serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de

saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (Brasil, 2012), encontrando consonância com o motivo orientador da PNSM que é a atenção centrada nas necessidades das pessoas.

A ação (D3) diz respeito as estratégias de Redução de Danos (RD), que conforme descrito na Portaria 854/2012 são concebidas como um conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos executadas de modo integrado inter e intra setorialmente visando minimizar prejuízos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar cuidado e acesso aos diferentes pontos de atenção, inclusive os serviços que não tem relação com o sistema de saúde. As operações delimitadas estão voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que estas não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substancias psicoativas. A garantia da cidadania e dos direitos é uma das diretrizes da PNSM e para o modelo de prática deste estudo trata-se de um dos motivos, onde a ação de RD (D3) encontra-se diretamente ligada, pois parte da premissa que a escolha da pessoa não impede o direito ao cuidado e à saúde, conforme os princípios do SUS da Universalidade, Integralidade e Equidade.

No que diz respeito a ação (D4), esta encontra-se intimamente relacionada à perspectiva da garantia de direitos, com promoção de autonomia e o exercício da cidadania, buscando a progressiva inclusão social dos moradores dos SRT (Portaria 3088, 2011). Camargo e Bepalec (2015) pontuam que o trabalho da equipe do CAPS nos SRT consiste na mediação das atividades e das relações, utilizando o potencial da atividade humana como ferramenta de transformação cultural e social, sendo a ação vinculada ao motivo orientador da Desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Percebe-se porém, que as normativas não apontam especificação quanto a operacionalização desta ação.

A ação (D5) explicita a necessidade de integração com o serviço residencial de caráter transitório, pois segundo o preconizado pela Portaria 3088/2011 o CAPS é responsável pela indicação do acolhimento e acompanhamento especializado durante o período em que a pessoa encontra-se vinculada a estes serviços residenciais, realizando o planejamento da saída e seguimento do cuidado, bem como a participação de forma ativa da articulação intersetorial com vistas a reinserção social do usuário na comunidade. Os documentos reguladores assinalam a importância de se realizar ações responsáveis por fomentar a integralidade do cuidado através da articulação com outros atores da rede de atenção, embora não se explicita a forma de operacionalização desta ação.



Verifica-se também a existência de outra lacuna que não foi preenchida no modelo referente aos recursos necessários ao agente e também ao campo que abrange quem realiza a ação.

Considerando o sistema de análise de prática da saúde mental no CAPS, é possível verificar que as atividades, seus objetivos e os princípios que norteiam esta prática encontram-se estabelecidos pela PNSM, através dos documentos regulamentadores. No entanto, constata-se que a operacionalização das ações para se alcançar tais objetivos, deverão ser construídas de acordo com as situações presentes na realidade vivenciada, fato atrelado ao caráter subjetivo da natureza do CAPS, onde a assistência é prestada a partir de demandas singulares dos usuários e familiares.

Cabe salientar que o sistema apresentado foi composto a partir dos documentos reguladores, principalmente, as portarias vigentes sobre CAPS, as quais tem a pretensão de serem orientadoras de normativas gerais, não contemplando orientações específicas quanto ao desenvolvimento de algumas atividades, o que pode resultar em processos de trabalho muito heterogêneos dentro dos serviços, influenciados pelo perfil, formação e conhecimento dos trabalhadores.

Cumprе ressaltar que há uma publicação específica sobre estes serviços, popularmente conhecida como manual dos CAPS, datada de 2004, intitulada Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, que intentava auxiliar os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS no entendimento da natureza, características e modo de funcionamento desses novos serviços de saúde. Observa-se que, desde o lançamento deste documento, houve um processo evolutivo nos CAPS, no que tange a lógica dos processos de trabalho, que não foram atualizados em outro documento de mesma natureza.

Tendo em vista que a perspectiva teórica da PHC que embasa o modelo de análise adotado, que concebe que o método não deve ser aplicado e replicado apenas, mas fundamentalmente deve ser praticado (Newman & Holzman, 2002), utilizaremos o modelo dentro da realidade estudada, ou seja, a prática no CAPS, que a partir de seu contexto dinâmico e dialético, poderá contemplar outras ações e operações, fruto da realidade onde se inserem e das escolhas dos diferentes agentes da política.

### 3. A Pesquisa

Neste trabalho realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, fruto da preocupação em apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática. Compreende-se pesquisa qualitativa como um conjunto de práticas interpretativas (Denzin & Lincoln, 2000), assim, interpretam-se tanto as práticas quanto as interpretações dos sujeitos sobre as práticas. Na construção de uma avaliação qualitativa, consideram-se, tanto o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, como também às relações sociais. Desta maneira, o fenômeno, é produzido a partir da interação entre sujeito e objeto, de tal modo que os objetos de pesquisa revelam configurações emergentes próprias. Entende-se que esta proposta seja a mais adequada, por permitir a compreensão tanto de aspectos objetivos como organogramas, fluxogramas, serviços, quanto de aspectos subjetivos como intencionalidade, sentidos e significados subjetivos inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, enfim às práticas efetuadas.

Conforme descrito anteriormente foi utilizado como fio condutor desta pesquisa o MAPC proposto por Voss e Kafrouni (2014). Considera-se que a aplicação empírica do referido modelo é estratégica, pois segundo Voss (2015), para a proposição de um modelo de análise de práticas comunitárias torna-se imprescindível ir além das questões programáticas e documentais, sendo necessária a identificação das questões concretas da realidade a ser estudada.

Diante do exposto, este estudo se propôs a realizar uma pesquisa para analisar as práticas comunitárias da PNSM objetivando extrapolar as regulamentações apresentadas pelas legislações, caracterizando-se como uma pesquisa de caráter exploratório, constituindo um estudo de caso. Para apreender o fenômeno na especificidade da proposta desta investigação, foi realizada a coleta de dados em uma realidade específica: Um CAPSad III de Curitiba. Essa escolha foi intencional, pois o objetivo não foi o de confrontar realidades, e sim buscar uma instituição na qual houvesse a possibilidade de explorar as questões para além da aparência. A ênfase em determinado serviço objetiva considerá-lo como integrante de um conjunto mais amplo e abrangente de práticas assistenciais no campo da saúde mental, permitindo deste modo, maior aproximação com a realidade.

### **3.1. Método**

O método escolhido para a realização desta pesquisa buscou favorecer um trabalho participativo, com análise multi-nível e prática reflexiva. O trabalho partiu da reflexão crítica colaborativa em seu contexto sócio histórico, cultural, ambiental, político (Kagan et al, 2011; Williams & Zlotowitz, 2013). Assim, o MAPC apresentado deixa de ser estático e documental para passar a ser dinâmico e considerar as relações dialéticas, visto que contempla os atores envolvidos neste contexto: profissionais e usuários (Voss, 2015). Considerando a perspectiva teórica da PHC, o modelo de prática concebe que o método é para ser praticado e não apenas aplicado ou replicado (Newman & Holzman, 2002), possibilitando que a prática pesquisada seja melhor compreendida a partir da utilização do modelo dentro de seu contexto dinâmico e dialético.

Espera-se que o presente trabalho possa constituir-se como instrumento, promovendo, através do processo participativo, que os grupos de interesse possam ampliar as possibilidades de intervenção na realidade do serviço, e que possam ser sujeitos, uma vez que em metodologias tradicionais estão excluídos.

#### **3.1.1 Fontes**

A pesquisa contou com entrevistas e análise de documentos produzidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Departamento de Atenção Primária, Departamento de Saúde Mental.

#### **3.1.2 Procedimentos**

O projeto foi submetido à análise do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital IPO, onde foi avaliado e recebeu o parecer favorável sob n. 1.330.683 (Anexo A). Após foi endereçado para o CEP da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, recebendo o parecer favorável de viabilidade sob n. 1.406.040 (Anexo B).

A pesquisadora participou da assembléia com usuários, bem como da reunião de equipe do CAPS nos diferentes turnos para apresentação do projeto, objetivos e metodologia, onde houve a manifestação dos interessados em participar do estudo. Após, realizou-se o agendamento para realização das entrevistas com os voluntários, sendo estas realizadas em salas de atendimento do CAPS, disponibilizadas pelo coordenador local e equipe. Os sujeitos

entrevistados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices E e F) que foram assinados, afirmando assim o aceite e disponibilidade de todos para participação na pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio, na sua íntegra, com duração média de 60 minutos/cada. Referente ao NASF, foi realizada uma agenda com responsável pelo Distrito Sanitário e coordenadores das Unidades Municipais de Saúde (UMS) para apresentação do estudo. Efetuou-se convite aos profissionais de NASF, através de visitas aos seus locais de trabalho, com contextualização sobre a pesquisa (objetivo e metodologia) e apresentado o TCLE (Apêndice G). As entrevistas foram realizadas nos espaços das UMS de vinculação dos profissionais (consultórios ou espaço saúde), sendo que estes espaços foram previamente negociados com o coordenador local. As entrevistas foram audiogravadas, tendo duração média de 50 minutos.

### 3.1.3 Participantes

Foram incluídos na pesquisa, 10 trabalhadores componentes da equipe do CAPS pesquisado, incluindo profissionais de nível superior e médio, e o coordenador do serviço. Também foram contemplados 7 usuários do CAPS e 1 familiar e 3 profissionais da equipe do NASF. A composição dos grupos de entrevistados foi organizada conforme segue:

QUADRO 3: PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO CAPS

<b>Cargo</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo de atuação no CAPS</b>	<b>de no trabalho anterior</b>
Assistente administrativo	Tecnologia de Processamento de dados	9 meses	Rede bancária
Assistente social	Sociologia e Serviço Social	8 meses	Rede Estadual de Ensino
Assistente social	Serviço social	1 mês	Hospital
Enfermeiro	Enfermagem	2 anos	APS - ESF, Vigilância Epidemiológica, Hospital, CAPStm
Enfermeiro	Enfermagem	1 ano e 2 meses	ESF, UPA, Hospital Geral

Psicólogo	Psicologia	1 ano e 7 meses	Consultório particular, Ambulatório, CAPStm, CAPSad
Psiquiatra	Medicina/Psiquiatria	8 meses	Ambulatório, CAPS
Técnica de enfermagem	Técnico em enfermagem	1 ano e 2 meses	UTI e Pronto Socorro
Terapeuta Ocupacional	Terapia Ocupacional	1 ano e 5 meses	APAE
Coordenador	Psicologia	1 ano e 2 meses	Ambulatório, RT, CAPSad, Docência

Fonte: Entrevistas concedidas pelos profissionais do CAPS

#### QUADRO 4: PERFIL DOS USUÁRIOS E FAMILIAR

Idade	Sexo	Escolaridade /profissão	Tempo Tratamento no CAPS	Tratamentos anteriores	Serviço encaminhado
61	M	Desempregado	2 anos	Hospital psiquiátrico, CAPS	UPA
51	M	5 série/ Vigilante	3 meses	CAPS, Comunidade Terapêutica	Centro Pop
47	M	Desempregado	11 meses	Hospital psiquiátrico, Comunidade Terapêutica, CAPS	Procura espontânea
40	M	5 série/ Cozinheiro	3 meses	Casa de recuperação	Consultório na Rua
37	F	Fundamental incompleto/auxiliar de cozinha	2 semanas	Hospital psiquiátrico	CAPS TM
28	M	Não respondeu	2 anos	Hospital psiquiátrico, CAPS	Procura espontânea

24	F	Desempregada	1 ano	Primeiro tratamento	Consultório na Rua
69	F	Aposentada	2 meses	Hospital psiquiátrico	Unidade de Saude
		(familiar)		Comunidade Terapêutica	

Fonte: Entrevistas concedidas pelos Usuários e familiar

#### QUADRO 5: PERFIL DOS TRABALHADORES DE NASF

Cargo	Formação	Tempo de atuação no NASF	Experiência de trabalho anterior
Psicóloga	Psicologia, especialização em neuropsicologia	12 anos	CMAE
Psicóloga	Psicologia	NASF (há 3 anos) 25 anos	Casas de abrigo para crianças de rua, creches, Programa de Atenção para crianças e adolescentes, Ambulatório, CAPS
Psiquiatra	Medicina/ Psiquiatria	20 anos	Ambulatório, Consultório particular, hospital psiquiátrico, CAPS, presídio
		NASF (há 2 anos)	

Fonte: Entrevistas concedidas pelos profissionais do NASF

#### 3.1.4 Instrumentos

Para a coleta de informações foram utilizados roteiros de entrevista semiestruturada, diferenciados conforme o público alvo (usuários, familiares, trabalhadores do CAPS e

profissionais do NASF) conforme os Apêndices A, B, C e D. A entrevista é uma técnica que possibilita abordar questões subjetivas como pressupostos teórico-conceituais, significados e sentidos individuais relacionados aos processos de trabalho. Minayo (2005) define a entrevista como uma conversa com uma finalidade e a entrevista semiestruturada como a composição de perguntas abertas e fechadas, oportunizando ao entrevistado, discorrer sobre o tema sem, no entanto, se limitar à pergunta formulada. Segundo Britten (2009) a entrevista semiestruturada é descrita como questões abertas que definem a área a ser explorada, favorecendo o enfoque ou detalhamento de determinados temas.

Assim, o roteiro foi estruturado com tópicos que contemplam questões sobre as atividades que compõe a prática do CAPS, bem como a operacionalização das ações e seus objetivos. As temáticas abordadas contemplam: Acolhimento, ofertas terapêuticas, projeto terapêutico singular, família, reinserção social, atuação interdisciplinar, articulação em rede, referenciadas às Portarias nº 336/02, 3088/11, 130/12, 854/12: Apêndices A à D. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2016.

Os entrevistados foram questionados acerca de sua rotina diária dentro do equipamento, contemplando descrição de fluxos de atendimento, relato de situações do cotidiano, experiências consideradas positivas e negativas, dificuldades encontradas. Objetivou-se descrever as práticas profissionais que orientam o serviço dentro do CAPS, compreendendo a concepção dos profissionais acerca da PNSM, verificando a articulação desta política com as ações operacionalizadas pelos profissionais no cotidiano. Pretendeu-se identificar a perspectiva dos usuários e familiares sobre as práticas que vivenciam no CAPS, apurando como os profissionais de NASF (psicólogos e psiquiatras) representantes da APS, percebem as práticas realizadas pelo serviço em questão.

### ***3.1.5 Cuidados éticos***

Em síntese foram tomadas as providências com o intuito de garantir o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados. Após a análise das informações as gravações das entrevistas foram apagadas, assegurando o tratamento das mesmas dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos de pesquisa.

### 3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Curitiba, capital do estado do Paraná, com população de 1.879.355 habitantes (IBGE/2015), constituída por 75 bairros.

Curitiba atualmente é considerada uma cidade-pólo, centralizadora de serviços e tecnologias em saúde, sendo referência, em muitos serviços, para municípios da região metropolitana, do Estado e do País. A rede municipal de saúde de Curitiba dispõe de 317 equipamentos de saúde próprios e contratados, distribuídos em 10 Distritos Sanitários (DS) (Massuda, 2014).

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) realiza a gestão do SUS, exercendo as funções de programação assistencial, administração da rede própria municipal, contratação de serviços, regulação, controle, avaliação e auditoria dos serviços contratados pelo sistema do município. A rede própria é composta por 138 equipamentos públicos, sendo 110 Unidades de Saúde (UBS), 10 UPAS, 12 CAPS, 06 Centros de Especialidades, 02 Hospitais Municipais e 01 Laboratório Municipal. Nesta rede, ainda, operam 10 Equipes de Atenção Domiciliar, 22 ambulâncias do SAMU e 04 equipes de Consultório na Rua. A rede contratada, por sua vez, é composta por 55 Clínicas Especializadas, 23 Policlínicas, 24 Hospitais e 42 Serviços de apoio diagnóstico e terapia, totalizando 144 serviços. A SMS realiza ainda a coordenação das ações de Vigilância em Saúde por meio de equipes descentralizadas nos DS coordenados pelos Centros de Saúde Ambiental e Centro de Epidemiologia. As atividades incluem o controle das doenças (morbidade), mortalidade, surtos, vigilância do ambiente (água solo, ar), vigilância sanitária, saúde do trabalhador entre outras. Na sua estrutura, a SMS possui, ainda, serviços de apoio operacional, como as Centrais de Leitos Hospitalares, de Marcação de Consultas e Exames Especializados, Central de Ambulâncias e a Ouvidoria da Saúde. (Massuda, 2014).

Curitiba iniciou uma organização mais sistematizada do cuidado em saúde mental no ano de 1989, com a formação de um grupo de apoio em saúde mental no nível central da SMS, com a proposta de regionalização dos serviços denominada “Integração da Rede de Atenção Primária aos Serviços de Referência em Saúde Mental, no Município de Curitiba”. Nos anos de 1994/95, devido ao contexto institucional voltado à descentralização das ações, contemplando as especificidades locais, estabeleceu-se parceria com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR) e a Universidade do Canadá para a realização de qualificação para profissionais da rede SUS com enfoque em Saúde Mental Comunitária. Em 1999 a Saúde Mental se constitui como um dos Programas Estratégicos da SMS, sendo lançado o primeiro



manual intitulado “Mais atenção para quem precisa”, sendo revisado e transformado em 2002 em “Protocolo Integrado de Saúde Mental”, instrumento que objetivou nortear as ações referentes aos cuidados aos portadores de transtorno mental (Venetikides et al., 2003).

Em 2001, com a promulgação da Lei 10216, Curitiba inicia o processo de reorganização da rede de atenção, sendo que existiam nesta época Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e hospitais dia (HD), localizados nas dependências físicas dos hospitais psiquiátricos integrais (HI) e um serviço de referência para o atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas. Este ano foi marcado pela contratação de 29 psicólogos para atuarem junto às Unidades de Saúde, buscando potencializar as ações da saúde mental na Atenção Primária a Saúde.

A partir de 2004 ocorre o processo de implantação dos CAPS, em parceria com Organizações Não Governamentais, efetivado através de processo licitatório. Os CAPS seguiam diretrizes da Portaria nº 336/02, funcionando sob a lógica dos regimes de atendimento (Intensivo, Semi-intensivo e Não-Intensivo), com enfoque na reabilitação psicossocial. A organização da rede preconizava preferencialmente as UBS como “porta de entrada” de todos os usuários do SUS, onde após avaliação prévia pela UBS, os usuários com necessidade de cuidado especializado poderiam ser encaminhados para os serviços disponíveis na rede: CAPS, HD, Ambulatório ou HI (Curitiba/Departamento de Saúde Mental, 2016).

No ano de 2013, foi iniciado um processo de reformulação da rede, incorporando novas tecnologias, pautando-se na PNSM e nas portarias 3088/2011 e 130/2012. A partir de então, os CAPS passam a ser municipalizados através da Fundação Estatal de Atenção Especializada (FEAES), com o intuito de homogeneizar os dispositivos, buscando por esta forma de contratação gerar estabilidade, mantendo os profissionais vinculados aos serviços, reduzindo a rotatividade e potencializando as equipes. Houve ampliação do número de profissionais por CAPS, visando aumento do escopo de atuação e apropriação destes do seu papel frente à RAPS e ao SUS, priorizando-se a ampliação do acesso aos CAPS, onde estes passaram a operar com equipes de acolhimento, atendendo, além dos usuários referenciados, as procuras espontâneas aos serviços (Curitiba/ Departamento de Saúde Mental, 2014). A RAPS de Curitiba vem adaptando-se às diretrizes atuais da Política Nacional da Saúde Mental, oportunizando o atendimento dos usuários em serviços de diferentes complexidades contemplando a diversidade das demandas identificadas. Para tanto, buscou-se investir na qualificação das equipes e na potencialização dos dispositivos de cuidado, através da incorporação de tecnologias que contribuíssem para a transformação de práticas no campo da atenção psicossocial. Assim, as UBS contam com o suporte das equipes do NASF, composta por 32 psicólogos e 8 psiquiatras,

responsáveis pelo desenvolvimento de ações dos concentradas nos eixos: a) Apoio Matricial (apoio clínico); b) Atendimento Conjunto (compartilhado) ; c) Atendimento Individual – sendo fundamental a interação entre as equipes de NASF e APS para uma adequada coordenação do cuidado; d) Educação Permanente; e) Atividades Educativas; f) Integração com os Núcleos de Saúde Coletiva Distritais e Locais (Curitiba, Departamento de Atenção Primária, 2014).

Objetivando qualificar as solicitações para internamento e otimizar os diversos pontos de atenção da RAPS, apresenta-se a Regulação de Leitos Psiquiátricos que configura-se como uma central telefônica composta por equipe multidisciplinar (psiquiatra e enfermeiros), responsável pela regulação de leitos psiquiátricos para internamento em Hospital Psiquiátrico Integral e Hospital Dia ou discussão dos casos para articulação do cuidado em outros pontos de atenção. Tem como principais funções além de buscar por vaga em hospital psiquiátrico dia e integral, priorizando os casos de maior necessidade de leito, dar apoio técnico para o melhor direcionamento do cuidado que o usuário necessita, quando se identifica que o internamento não é a melhor opção ou não se dispõe de oferta de vagas em hospitais.

No âmbito hospitalar, o SUS Curitiba conta atualmente com 2 hospitais psiquiátricos, com 239 leitos integrais para pessoas com transtornos mentais (TM) e para usuários de substâncias (AD) credenciados para internação, 06 leitos em hospital geral para usuários que apresentem comorbidades clínicas e 235 leitos em hospital dia. A Rede de Saúde Mental no município conta ainda com plantão de psiquiatras no período noturno e final de semana, com atendimento remoto ou presencial. Esses psiquiatras servem de retaguardas as UPAS, RTs e CAPS Tipo III (24 horas) auxiliando as equipes na conduta, manejo e avaliação do paciente (Curitiba, Departamento de Saúde Mental, 2016).

O cenário ambulatorial é composto por 1 Ambulatório municipal exclusivo para atendimento de transtorno mental em crianças e adolescentes, com equipe específica para autismo, vítima de violências sexuais e físicas graves e 03 ambulatórios para atendimento à clientela adulta (2 vinculados à Centros de Especialidades Médicas de natureza municipal e 1 credenciado ao SUS) (Curitiba, Departamento de Saúde Mental, 2016).

Quanto ao componente da desinstitucionalização, o município possui 5 RT, sendo a última implantada em dezembro de 2013. São 4 da modalidade I e 1 na modalidade II (moradores que apresentam acentuado nível de dependência). Atualmente as RT possuem 40 moradores.

O município apresenta 1 Centro de Convivência, traduzindo-se como um espaço de socialização que compõem a RAPS, direcionado para pessoas em tratamento de transtorno

mental e de uso de substâncias, visa a reinserção através da inclusão social, do incentivo à geração de renda e da participação social.

Atualmente a rede municipal de saúde mental dispõe de 12 CAPS, sendo 02 CAPS – Álcool e Drogas (CAPS-AD) tipo II, 01 CAPS – Transtornos Mentais (CAPS-TM) tipo II, 02 CAPS-TM infantis tipo II, 01 CAPS infantil tipo III, 03 CAPS-TM tipo III e 03 CAPS-AD tipo III. Estes serviços estão regionalizados através dos DS, sendo responsáveis pela cobertura assistencial de determinada região. A partir de 2014 houve uma ampliação de acesso para adolescentes acima de 16 anos, usuários de substâncias psicoativas, esses podem ser acolhidos em qualquer CAPS ad adulto, além dos CAPS infantis do município. Os CAPS foram municipalizados através da FEAES processo que iniciou em dezembro de 2013 e foi concluído em fevereiro de 2015, desta forma 11 dos 12 CAPS estão vinculados a FEAES, sendo que o 12º já era municipal (Departamento de Saúde Mental, 2016).

Para fins desta pesquisa utilizou-se especificamente, 1 CAPSadIII de Curitiba, inaugurado em 30/08/2007 e qualificado como CAPSIII em novembro/2013. Trata-se de equipamento da SMS, gerenciado pela FEAES, vinculado administrativamente a um DS da região oeste do município. É referência para o atendimento da clientela adscrita ao território de 2 DS, totalizando 17 UMS, uma população de aproximadamente 323.000 habitantes (IBGE, 2015). O CAPS conta hoje com aproximadamente 264 prontuários ativos. Possui uma equipe composta por profissionais das diferentes categorias profissionais: 1 coordenador local (psicólogo), 2 assistentes sociais, 7 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 2 psiquiatras, 1 clínico geral, 2 psicólogos, 4 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes administrativos, 2 auxiliares de serviços gerais.

Este serviço possui uma organização do trabalho estruturada sob a lógica territorial, a partir da composição de 2 mini equipes de referência, sendo miniequipe A e B, compostas a pelas diferentes categorias profissionais, responsáveis por determinada abrangência territorial, sendo referência para determinado número de UMS.

Compreende 9 leitos que são regulados a partir de critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros. Este serviço realiza articulação com equipes dos NASF dos 2 DS mencionados, que são formadas por 6 psicólogos e 2 psiquiatras.

#### 4. Resultados

O presente estudo apresentará uma análise referente a um contexto específico, perpassado por dado momento histórico, ou seja, se ocupará da análise da prática de um CAPSIII ad de Curitiba, buscando-se identificar aspectos dinâmicos e dialéticos da prática.

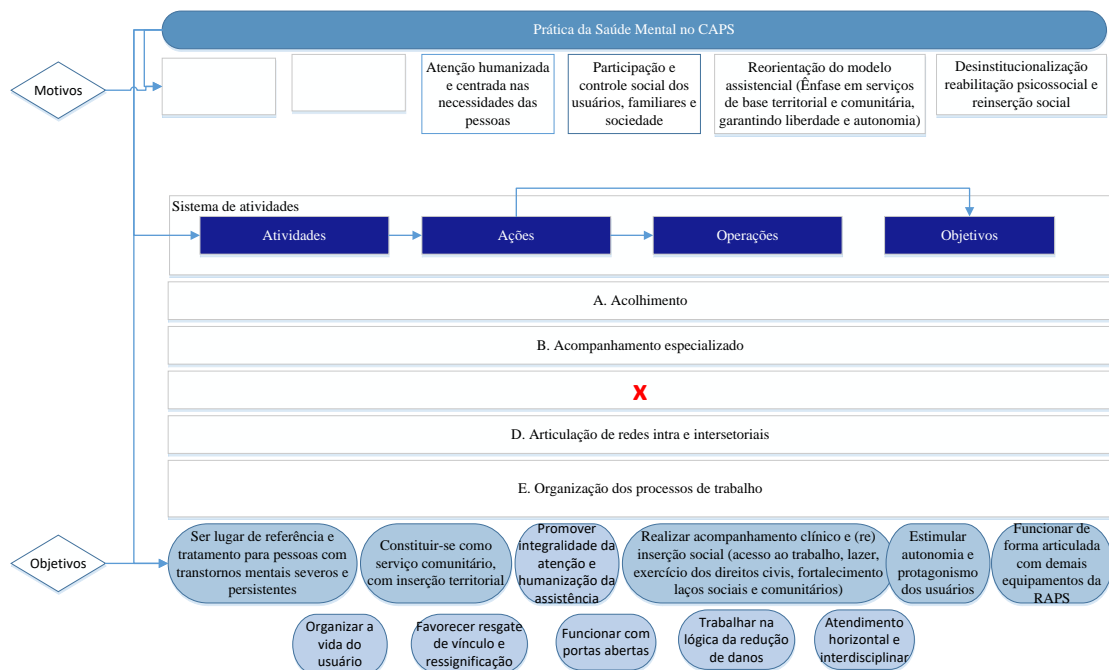
Para contemplar a dinâmica da realidade a ser estudada, a análise das informações foi realizada a partir do MAPC apresentado anteriormente, representado pela Figura 1. Através do modelo, sistematizou-se as informações trazidas pelos diferentes segmentos de participantes, de modo a identificar como acontece a prática no contexto pesquisado, abrangendo os elementos que compõem um sistema de atividades e seus respectivos objetivos:

este sistema funcionará como um fluxo composto pela prática a ser analisada, entendida como um conjunto de sistemas de atividades, em que cada atividade é composta por ações, operações e objetivos específicos, os quais estão relacionados ao objetivo geral anteriormente estabelecido. Este sistema é mediado pelos motivos que orientam e dão sentido e significado às atividades. Também serão considerados os agentes executores das ações (quem realiza tal ação) e os recursos necessários a eles para a execução das atividades (Voss, 2015, p.6). Deste modo, parte-se da compreensão de que a prática se constitui pelo conjunto de atividades, apresentadas em forma de cadeia de ações dialeticamente construídas em dado contexto histórico e concreto, e definida pelas relações entre as ações e seus elementos interdependentes: operações e objetivos (Voss, 2015).

Diante do exposto, as entrevistas com cada segmento dos participantes foram transcritas, sendo identificados em seus relatos os elementos componentes da prática, conforme estabelecido no MAPC, considerando-se aspectos que poderiam compor ou discutir a prática a partir da realidade concreta. Posteriormente as análises individuais foram agrupadas entre os segmentos: profissionais do CAPS, usuários e familiares e profissionais de NASF que apresentaram pontos de vista diferentes em relação a mesma prática, sendo construído para cada segmento um diagrama segundo o MAPC proposto por Voss e Kafrouni (2014) (Figura 1), objetivando apresentar os aspectos da prática que valorizassem a relação dialética entre o instrumento e o resultado, refletido o processo pelo qual a prática da saúde mental é realizada no CAPS pesquisado. Assim, não pretendeu-se caracterizar a prática ou o serviço pesquisado pelos resultados apresentados, mas sim, contribuir para um melhor entendimento sobre a análise de práticas comunitárias e a prática executada no dispositivo CAPS.

Com a referida sistematização buscou-se comparar a normativa preconizada pela PNSM (Figuras 3 a 7) com as falas dos diferentes atores, averiguando se os diferentes grupos tem a clareza quanto à prática realizada neste contexto, visando identificar: a) se estão presentes elementos da PNSM e como estes se articulam; b) se as ações estão conectadas com os objetivos da PNSM; c) qual o sentido para os profissionais das ações que estes realizam; d) se a experiência do usuário e familiar neste serviço permite que eles identifiquem e compreendam as ações que são alvo; e) se há discrepâncias entre o fazer e o dizer.

Assim sendo, as entrevistas com os profissionais, usuários e profissionais do NASF proporcionaram identificar diferentes elementos responsáveis por alterar a estrutura do modelo de análise de prática do CAPS apresentado. Tais alterações estão representadas nas figuras, sendo que os escritos em verde referem-se às inclusões, os espaços vazios às exclusões e os asteriscos vermelhos dizem respeito à exclusão da atividade na sua íntegra. A seguir, serão apresentados os quadros da prática de cada segmento pesquisado, com a análise completa de cada uma das atividades referenciadas.



**Figura 8:** A prática da Saúde Mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais

A Figura 8 apresenta o sistema de atividades que compõem a prática da saúde mental no CAPS, na percepção dos trabalhadores do serviço, sendo que a realização destas atividades visam contemplar os mesmos objetivos gerais descritos na Figura 3: ser lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, constituir-se como serviço comunitário com inserção territorial, promover integralidade da atenção e humanização da assistência, realizar acompanhamento clínico e (re) inserção social (acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento laços sociais e comunitários); estimular autonomia e protagonismo dos usuários, funcionar de forma articulada com os demais equipamentos da RAPS, e agregam outros objetivos apontados pelos profissionais: favorecer resgate de vínculo e ressignificação, funcionar com portas abertas, trabalhar na lógica da redução de danos, atendimento horizontal e interdisciplinar. Os profissionais do CAPS identificaram 4 atividades constituintes do sistema, sendo 3 já descritas no modelo elaborado a partir das regulamentações (Figura 3) Acolhimento (A), Acompanhamento especializado (B), Articulação de redes intra e intersetoriais (D) e agregaram a atividade Organização dos processos de trabalho (E). Denota-se a exclusão da Atividade Reabilitação Psicossocial (C) prevista na Figura 3, por não ter sido comentada pelos profissionais do CAPS.

As diretrizes da PNSM: atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, participação e controle social dos usuários, familiares e sociedade, reorientação do modelo assistencial, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e reinserção social configuram-se como os motivos orientadores descritos.

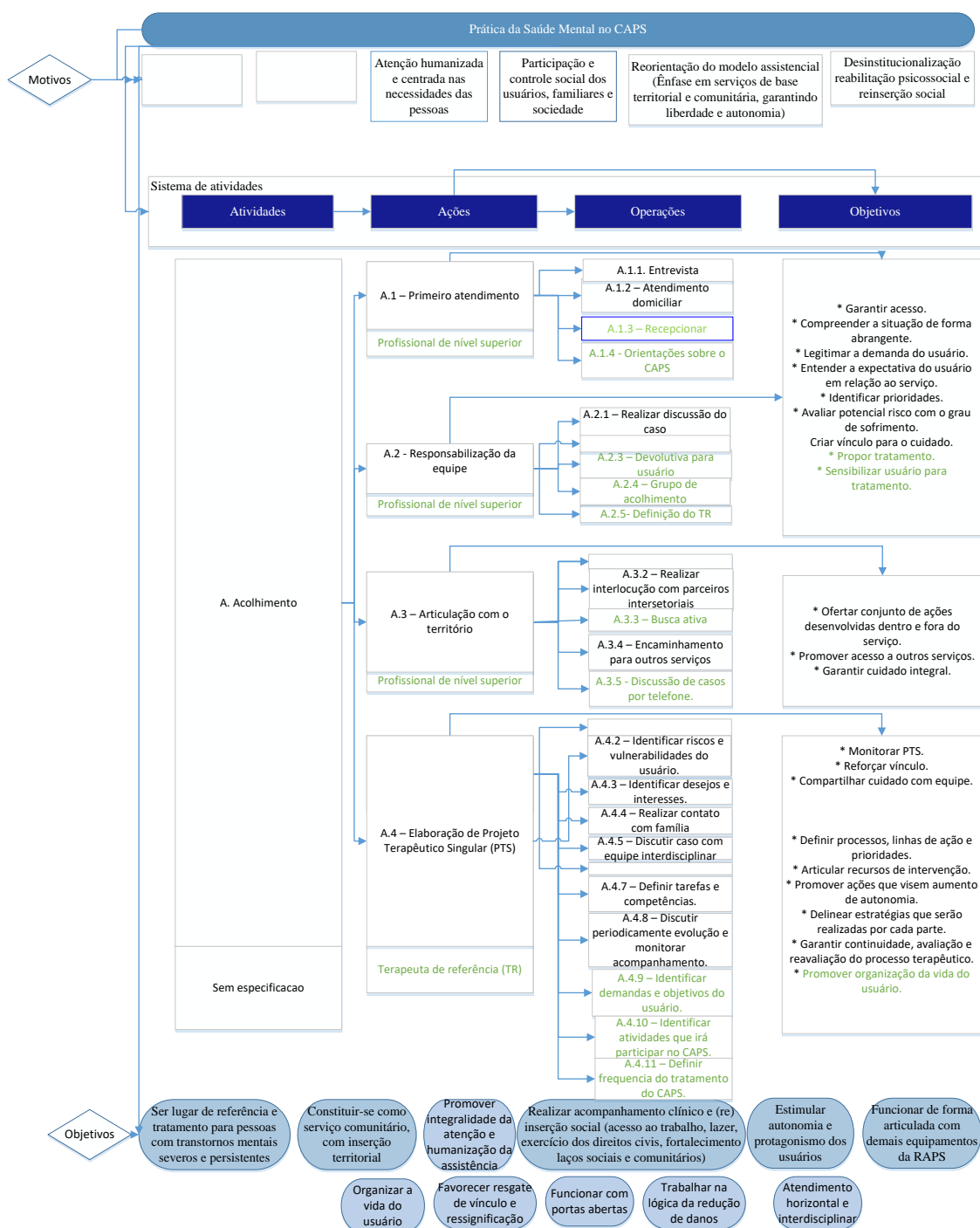
Como recursos necessários aos agentes são descritos: escuta qualificada, postura acolhedora, plasticidade, não ter preconceito e ser humano.

A figura 9 é composta pela atividade Acolhimento (A), composta pelas 4 ações já especificadas no MAPC elaborado a partir das normativas (figura 4). Considerando a perspectiva dos profissionais do CAPS, é possível visualizar no diagrama a inclusão de operações e objetivos específicos, indicando que foram construídas a partir da realidade vivenciada por esses atores, visando dar concretude às ações descritas.

Na ação Primeiro Atendimento (A1) observa-se a inserção de 2 operações: Recepcionar (A.1.1), caracterizada pelo preenchimento de uma ficha inicial para as pessoas que chegam para o acolhimento no serviço, com a coleta dos dados iniciais, encaminhando na sequência para o profissional escalado para a realização do atendimento e Orientações sobre o CAPS (A.1.5). Essa última versa sobre a contextualização do modelo de tratamento do CAPS, contemplando esclarecimentos sobre o funcionamento do serviço: “as vezes a pessoa não sabe como o CAPS

funciona, tem uma idéia distorcida”[sic], “muitas vezes eles vêm no CAPS e querem ir ditando uma lógica de internamento e tal, e a gente tenta explicar melhor o que é o CAPS”[sic].

Na ação Responsabilização da equipe (A.2), registra-se a exclusão da operação (A.2.2) Construção do percurso terapêutico integrado e inclusão das operações: Devolutiva para o usuário (A.2.3), que abarca as decisões da equipe a respeito da conduta ser adotada, que pode



**Figura 9:** Atividade A. Acolhimento, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais

ser o ingresso no tratamento no CAPS, agendamento do grupo de acolhimento ou encaminhamento para outro ponto de atenção da rede “a gente procura encaminhar esse usuário para o serviço que pode resolver o problema dele ou dar apoio naquele momento”[sic].

De acordo com o relato dos profissionais, a operação Grupo do acolhimento (A.2.4) é concebida como um desdobramento da entrevista individual, e tem por objetivo qualificar a demanda através de nova escuta do usuário, sendo indicado quando há dúvidas quanto a inserção e/ou adesão da pessoa no CAPS, o que pode ser corroborado através das seguintes falas dos profissionais “ ver se a história que ele conta se bate com a do acolhimento inicial, se não há algo novo a acrescentar”[sic], “para ver se ele quer mesmo o tratamento”[sic], “quando eu entrei aqui já tinha esse grupo, que eles falaram que fizeram porque tinha muito disso, de já ser inserido após o acolhimento, mas nunca mais aparecia”[sic]. Também visa favorecer a compreensão do modelo de tratamento que será ofertado pelo CAPS “serve para tentar fazer que eles sintam já o que é um CAPS, um atendimento em grupo”[sic].

Descrita como Definição do TR a operação (A.2.5), traz em seu bojo a concepção de Terapeuta de Referência (TR) como responsável por monitorar junto com o usuário o PTS, definindo as atividades, frequência de participação no serviço, realizando o contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com os demais profissionais que compõem a equipe técnica dos CAPS (Brasil, 2004).

Sinaliza-se que tal conceito é sustentado pelos profissionais do CAPS: “é o gerenciador principal da clínica das pessoas, do caso”[sic], “é um profissional de confiança”[sic]. Na dinâmica deste serviço o TR é um profissional do nível superior (excetuando-se os médicos), sendo definido após a entrevista inicial ou grupo do acolhimento e respeitando-se a divisão por referenciamento territorial. Observa-se que os objetivos que foram agregados, propor tratamento e sensibilizar usuário para o tratamento podem ser entendidos como transversais às ações (A.1) e (A.2).

Na ação Articulação do território (A.3), a operação Mapear instituições (A.3.1) não foi citada pelos trabalhadores resultando em sua exclusão do diagrama apresentado. Em contrapartida, foi incorporada a operação Discussão de casos por telefone (A.3.5), explicitada como o contato realizado com o profissional da UMS, outro CAPS e/ou equipamentos da FAS para levantamento de informações sobre o caso, solicitação de algum procedimento ou

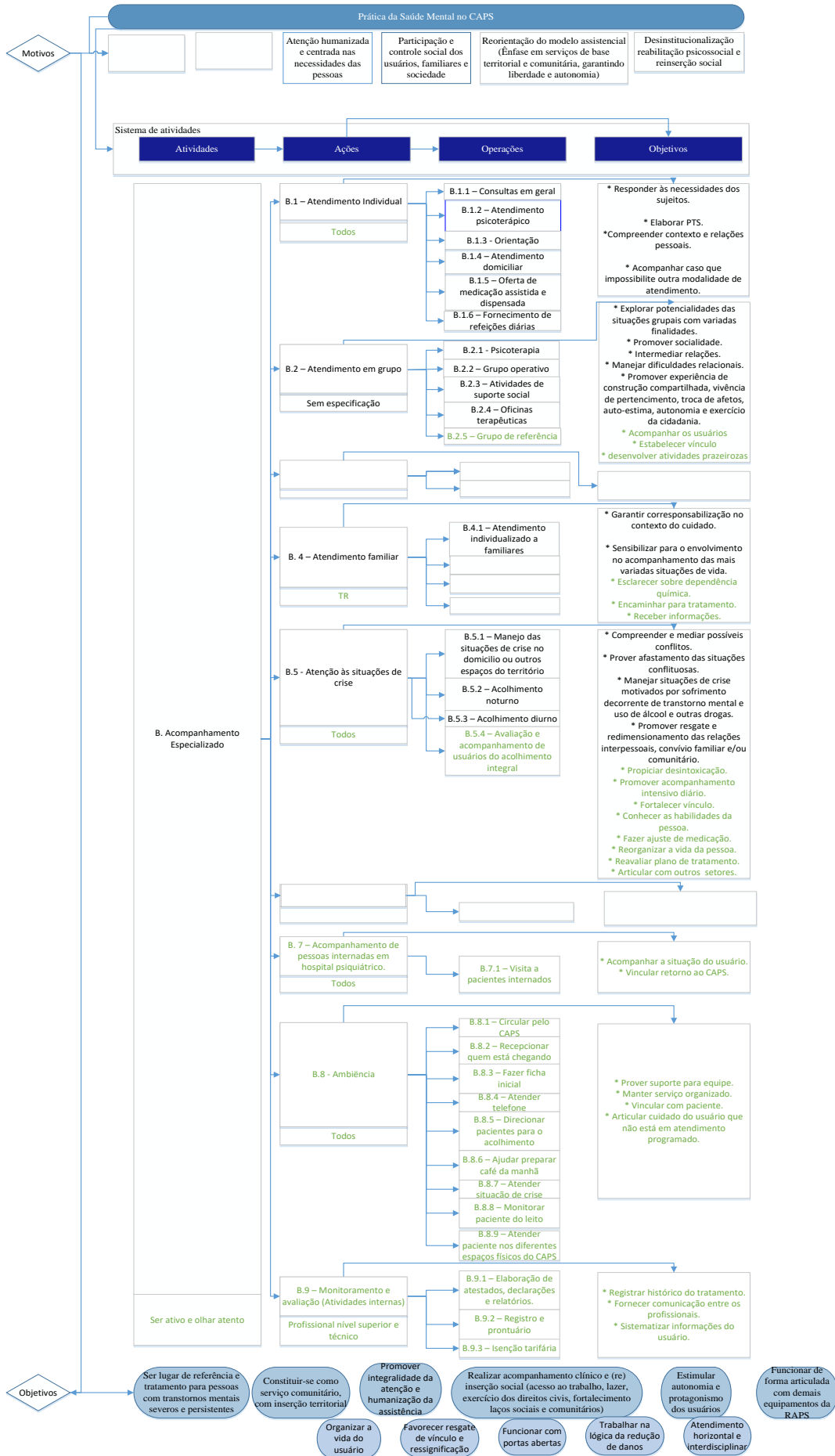


viabilização do encaminhamento da pessoa “as vezes a gente não entende muito bem o caso, a gente procura tá ligando...”[sic], “contato com outros equipamentos da rede, por exemplo, FAS (CREAS, CRAS), a gente procura entender o que ele precisa e daí faz o encaminhamento”[sic].

Quanto à Elaboração de PTS (A.4), identifica-se como objetivo específico desta ação promover a organização da vida do usuário, sendo referenciadas 9 operações. Destaca-se que os espaços em branco referem-se as exclusões das ações (A.4.1) e (A.4.6) responsáveis respectivamente por identificar riscos e vulnerabilidades dos usuários e negociar e estabelecer propostas de intervenção com o usuário, por não terem sido citadas pelos profissionais. Agregam-se as operações identificar demandas e objetivos do usuário (A.4.9); Identificar atividades que irá participar no CAPS (A.4.10); Definir frequência do tratamento no CAPS (A.4.11). As duas últimas focadas à organização da rotina intra CAPS.

A figura 10 apresenta a Atividade Acompanhamento especializado (B), que é composta pelas 4 ações (B1), (B2), (B4) e (B5), já especificadas no MAPC elaborado a partir das normativas (figura 5), e agrega outras 3 ações: Acompanhamento de pessoas internadas em hospital psiquiátrico (B7), Ambiência (B8) e Atividades Internas (B9), com suas respectivas operações e objetivos específicos que foram identificadas pelos trabalhadores da equipe. Nota-se entretanto, a exclusão de 2 ações Práticas corporais e expressivas (B3) e Acompanhamento de pessoas inseridas em SRT, Unidades Residenciais de caráter transitório (comunidades terapêuticas), Unidades de acolhimento para adultos e Unidade de Acolhimento Infante juvenil (B6), devido ao fato de não haverem sido referenciadas nos relatos.

Quanto as ações incorporadas, está a (B7) a qual é operacionalizada através da realização de visitas aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos. A ambiência (B8) é referenciada como uma ação que agrega 9 operações e, de acordo com a percepção dos profissionais, consiste em realizar atendimento e fazer vinculação com pacientes que se encontram na estrutura física do equipamento em locais não formais “a abordagem é feita no banquinho ali da frente, momento de contato, de vínculo, de conversa” [sic] citando-se como objetivo também a promoção de suporte para a equipe “para manter o serviço organizado”[sic].



**Figura 10:** Atividade B. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da saúde mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais

Mateus (2013) ao discutir a concepção de ambiência a define como “todo o ambiente terapêutico criado pela convivência entre usuários e técnicos, que extrapola o espaço das atividades organizadas” (Mateus, 2013, pg 150). Considerando essa definição, não estaria restrita à uma ação viabilizada através da execução das operações citadas, mas abarcaria a amplitude de espaços e momentos estratégicos no CAPS onde ocorre a interação intensa com os usuários e o surgimento de questões de variadas ordens referentes à convivência diária, momentos como as refeições, horários de chegada, tomada de medicação e instituição das normas e combinados do cotidiano.

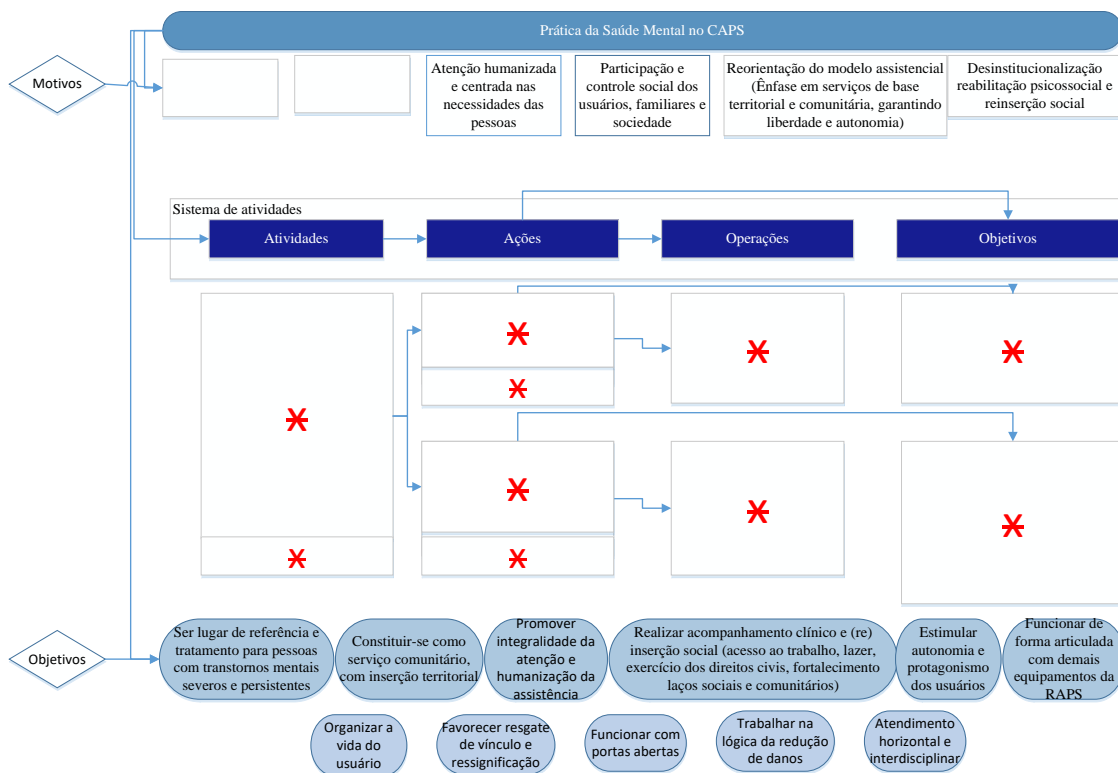
Outra ação citada na fala dos trabalhadores foi definida como atividade interna (B9) constituída por 3 operações que englobam a elaboração de atestados, declarações e relatórios, registros em prontuário e encaminhamento para o procedimento da isenção tarifária.

Referente às ações já identificadas anteriormente na figura 5, visualiza-se no diagrama a inclusão e exclusão de elementos como as operações e objetivos. Assim na ação B2 há a incorporação da operação Grupo de referência (B.2.5), destacada pelos diferentes profissionais da equipe do CAPS. Tal grupo é conduzido pelo TR e por esse motivo também é chamado de grupo do TR. Apurou-se que a realização desta operação está atrelada ao perfil e formação profissional do TR, podendo ser executada de distintas maneiras, conforme explicitado nas seguintes falas dos profissionais “eu acho que cada um conduz de uma forma o grupo de TR”[sic]; “no meu grupo de TR, claro que foco na minha formação”[sic].

Quanto ao atendimento familiar representado pela ação (B4), sinaliza-se no discurso de alguns profissionais a execução da operação (B.4.1) excluindo-se as outras 3 operações características desta ação (grupo de familiares, visita domiciliar, atividades de lazer).

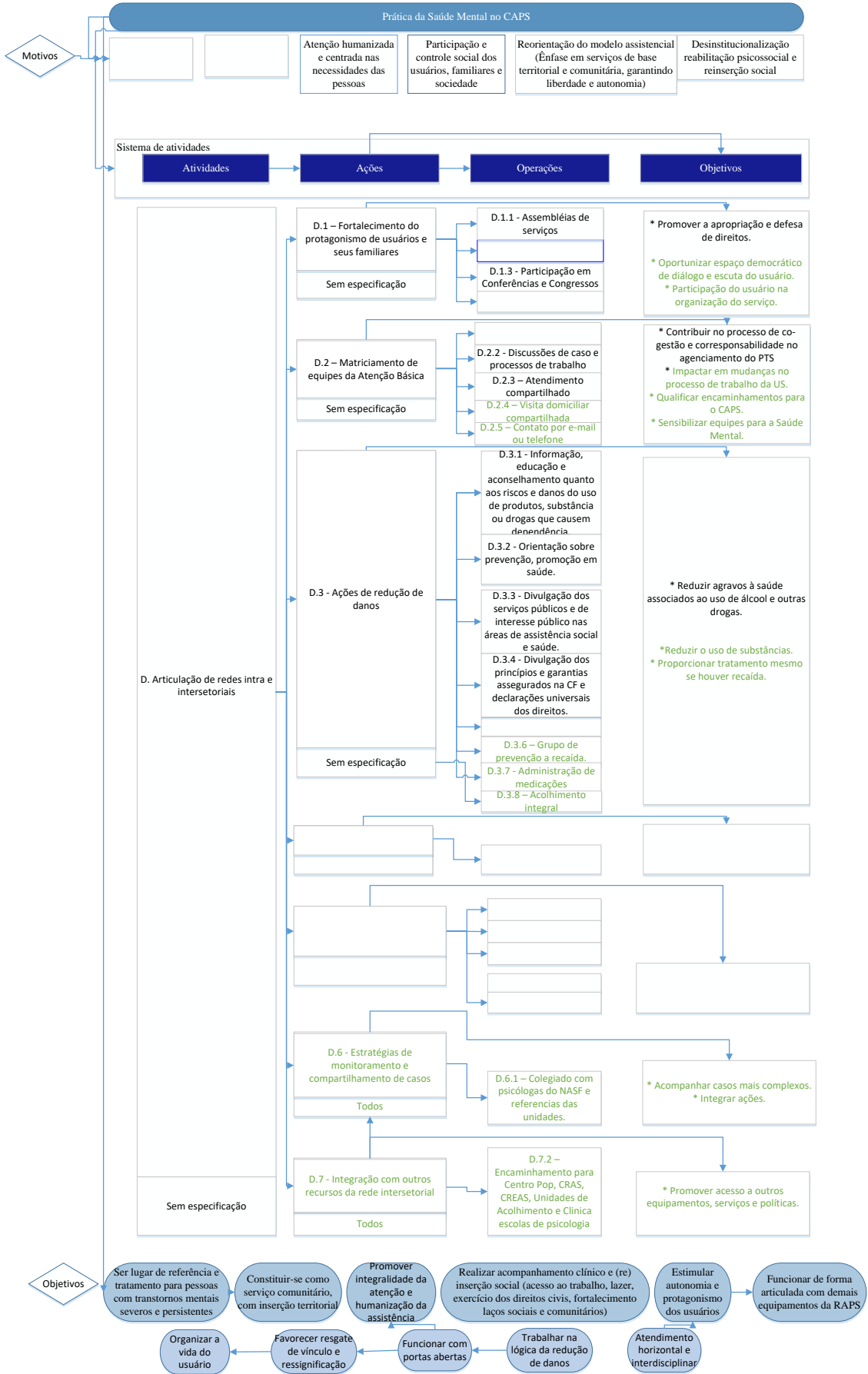
Incorpora-se na ação (B5) a operação Avaliação e acompanhamento de usuários do acolhimento integral (B.5.4), que diz respeito ao monitoramento dos usuários que estão em permanência nos leitos do CAPS “são reavaliados diariamente pelo TR, enfermagem que verifica dados vitais e médicos fazem avaliações frequentes” [sic]. Observa-se que a execução desta operação remonta para uma discussão sobre os critérios para acolhimento e manutenção do usuário no leito. A portaria nº 130/2012 em seu art. 5, inciso VI preconiza que o acesso aos leitos de acolhimento noturno, devem basear-se em critérios clínicos, desintoxicação, repouso e proteção, manejo de conflitos, dentre outros. Tal compreensão é validada na falas dos

profissionais da equipe: “penso no papel que a substância está tendo pra ele e degradação que o uso está causando para o paciente neste momento”[sic]; “pra ele ficar aqui pra tentar tirar ele desse vício muito grande”[sic]; “risco social, que tá sendo ameaçado e acaba ficando aqui uns dias pra dar uma amenizada”[sic], “um dos objetivos do leito é a desintoxicação”[sic] .



**Figura 11:** Atividade C. Reabilitação Psicossocial, que compõe a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais

A Figura 11 diz respeito a atividade Reabilitação Psicossocial (C) que está representada neste diagrama por espaços em branco com asteriscos vermelhos devido ao fato de não ter sido citada pelos profissionais do CAPS.



**Figura 12:** Atividade D. Articulação de redes intra e intersetoriais, que compõem a prática da saúde mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais

A figura 12 compreende 5 ações sendo D1, D2 e D3 já definidas anteriormente na figura 7, que apresentam inclusões e exclusões referentes às suas operações e objetivos. Referente a ação D1 visualiza-se a exclusão das operações Participação em Conselhos de Saúde (D.1.2) e Atividades de promoção, divulgação e debate das políticas públicas e da defesa de direitos no território (D.1.4). A operação Assembléia (D.1.1) é descrita como “espaço potente e democrático”[sic].

Verifica-se que a ação D2 não é referenciada na sua íntegra, contemplando somente o Matriciamento de equipes de Atenção Básica, excluindo-se o apoio matricial às equipes do ponto de atenção à urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência. Quanto às operações, não é citado o apoio presencial sistemático (D.2.1), identificando-se para a operacionalização desta ação a inclusão das operações Visita domiciliar compartilhada (D.2.4) “a visita domiciliar é uma tentativa de aproximação do CAPS daquele usuário que às vezes está resistente ao tratamento, tentativa de sensibilização e um trabalho conjunto com a equipe da Unidade, até a sensibilização desta equipe”[sic] e O contato por email ou telefone (D.2.5) “o que a gente tem usado como instrumento pra o matriciamento é o telefone, email, que a gente tá conseguindo neste momento” [sic], “através do contato telefônico quando a gente quer perguntar algo ou passar alguma orientação”[sic], abrangendo como objetivos específicos impactar em mudanças no processo de trabalho da US; qualificar encaminhamentos para o CAPS e sensibilizar equipes para a Saúde Mental.

Quanto as operações constituintes da ação (D3), visualiza-se a exclusão da operação Sensibilização da comunidade local, elaboração de material educativo (D.3.5), em contrapartida os profissionais identificam como operações relacionadas à esta ação a realização do Grupo de prevenção à recaída (D.3.6), a Administração de medicações (D.3.7) e o Acolhimento integral (D.3.8), conferindo à esta ação um caráter intra CAPS, restrito ao plano de cuidado do usuário, não contemplando a comunidade. Os profissionais salientam que reduzir o uso de substâncias e proporcionar tratamento mesmo se houver recaída são objetivos específicos das ações de RD “a redução do uso da substância, tá frequentando a US, tá se protegendo, por mais que o paciente não consiga ficar sem a droga, se ele conseguir ter um convívio melhor com a família e uma qualidade de vida melhor, já está acontecendo RD”[sic].

Observa-se a exclusão da ação Acompanhamento de serviço residencial terapêutico SRT (D.4), justificada devido ao fato deste CAPS não prestar atendimento para moradores destes serviços, portanto esta ação sequer foi comentada pelos profissionais por não fazer parte de sua realidade. Também foi excluída a ação de apoio a serviço residencial de caráter transitório (D5), por não ter sido citada como correspondente às ações cotidianas desenvolvidas pelos profissionais do CAPS.

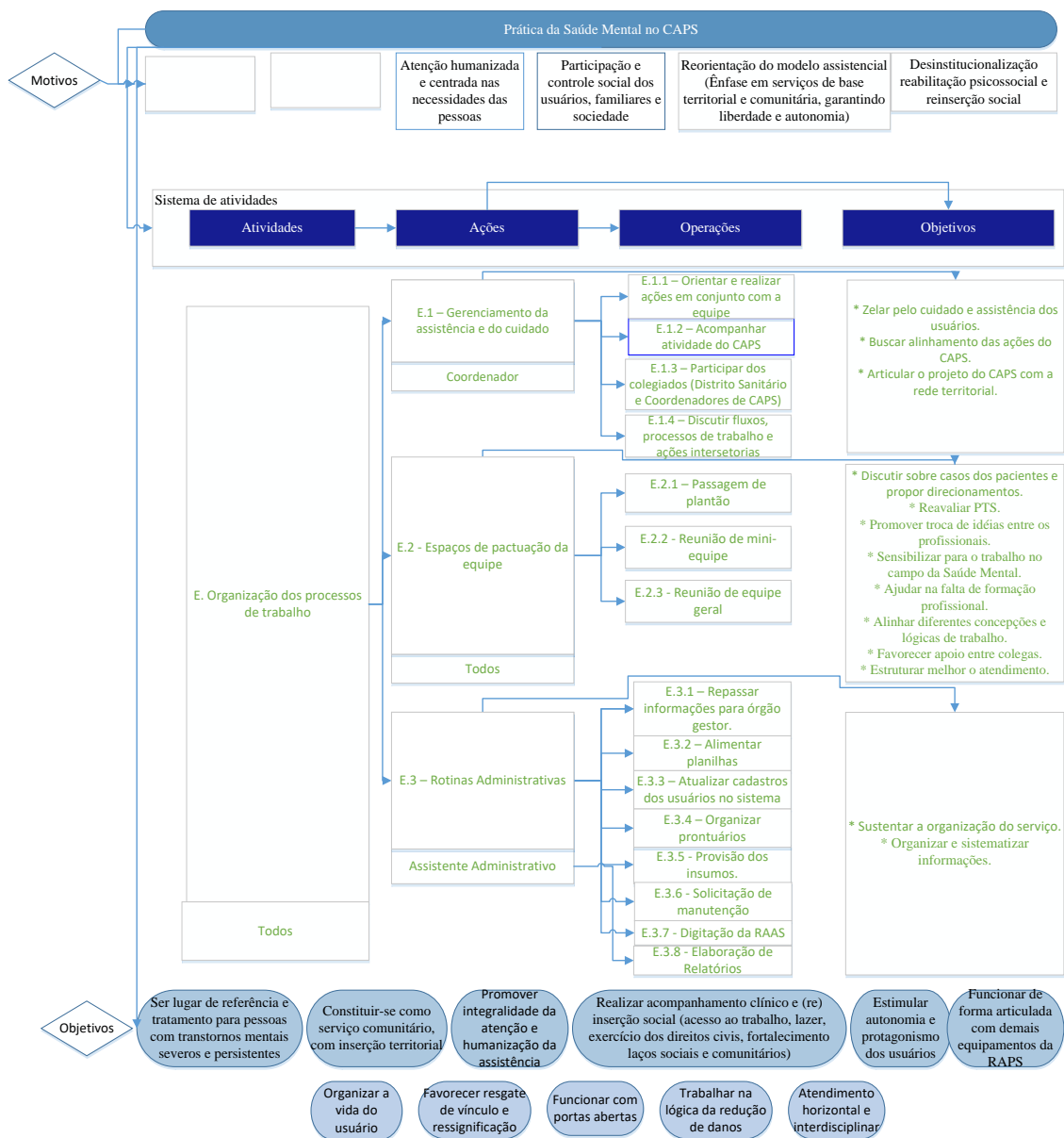
A inserção da ação Estratégias de monitoramento e compartilhamento de casos (D.6) é caracterizada pelo desenvolvimento das operações articuladas com os atores que representam a APS, como representantes das UMS, NASF e Consultório na Rua, e objetiva acompanhar casos mais complexos e integrar ações. A operação Colegiado com psicólogas do NASF e referências das UMS (D.6.1) com mini equipe de referência no CAPS é definido como um espaço para discussão de casos que demandem articulação da rede, “algumas vezes no mês temos reunião com psicóloga e profissionais das Unidades para discutir casos que tenham uma maior complexidade ou necessidade de maior envolvimento da Unidade no tratamento”[sic]. Também o referenciamento para grupos desenvolvidos nas US que representa a operação (D.6.2), é explicitado como recurso que pode ser incorporado ao PTS do usuário “normalmente se tem grupo na Unidade, o grupo pode fazer parte do PTS, nesse dia então, esse usuário não viria aqui e iria para o grupo na Unidade”[sic]. A operação (D.6.3) é apontada como estratégica dentro do serviço devido o acolhimento de número significativo de pessoas em situação de rua e que tem acesso ao CAPS através das equipes do CR “tem muitos pacientes em situação de rua, situações complicadas”[sic], “o CR estava trazendo toda demanda pra gente, foram feitas reuniões para ver se dividiam os casos, a gente já fez visita com equipe do CR e vieram um dia no CAPS pra explicar o trabalho deles”[sic].

A ação Integração com outros recursos da rede intersetorial (D.7) é caracterizada pelos profissionais do CAPS como responsável pela promoção do acesso a outros equipamentos, serviços e políticas, e contempla a operação Encaminhamento para Centro Pop, CRAS, CREAS, Unidades de Acolhimento e clínicas escola de Psicologia (D.7.1), exemplificadas pelas falas dos profissionais: “utilizamos equipamentos da rede intersetorial, encaminhamento de paciente para uma casa de apoio, serviço social tem um parte importante no nosso trabalho, pois trabalhamos com população vulnerável”[sic], “principalmente a FAS a gente acaba acessando bastante, quando o paciente tem maior dificuldade de pernoitar, problemas de documentos, com relação a benefícios ou que acabou se afastando da família”[sic].

A Figura 13 refere-se a atividade Organização dos Processos de trabalho (E) composta por 3 ações. A ação E.1 diz respeito ao Gerenciamento da assistência e do cuidado, de responsabilidade da coordenação do serviço. As operações Orientar e realizar ações em conjunto com a equipe (E.1.1), Acompanhar atividade do CAPS (E.1.2), Participar de Colegiados (Distritos Sanitários e Coordenadores de CAPS) (E.1.3) e Discutir fluxos, processos de trabalho e ações intersetoriais (E.1.4), traduzem-se como ferramentas necessárias para o estabelecimento e alinhamento de fluxos e processos de trabalho internos e com a rede.

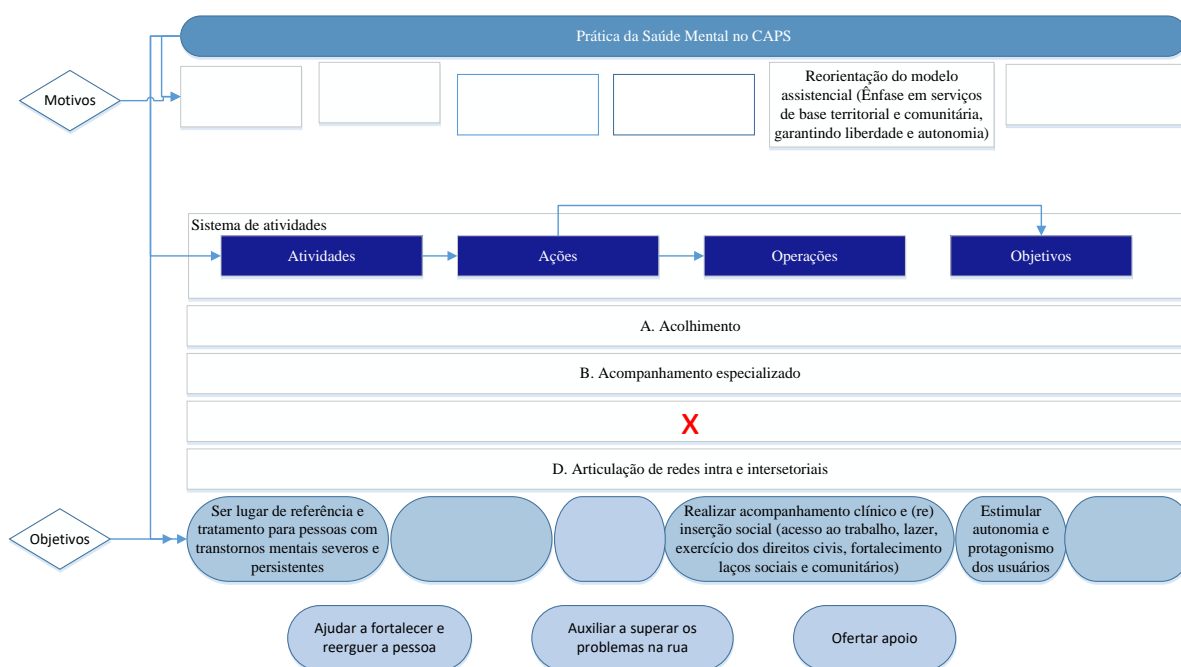
Os espaços de pactuação da equipe (E.2) são entendidos como mobilizadores para a adoção de estratégias e ferramentas técnicas para a execução do trabalho no CAPS, entendidos como de responsabilidade de todos os profissionais da equipe e sendo viabilizados através das operações Passagem de plantão (E.2.1), espaço oportunizado em cada turno que reúne os profissionais que estão chegando e os que estão saindo do serviço para uma discussão sobre os pacientes que estão no leito e também à respeito de intercorrências que possam acontecer com usuários do CAPS dia “acaba limitado para discutir caso de leito, um usuário que ta aí”[sic]; Reunião de mini equipe (E.2.2), momento que reúne os profissionais integrantes das mini equipes, onde há o compartilhamento dos casos assistidos pelos diferentes TR, objetivando troca de idéias e encaminhamentos quanto ao tratamento dos usuários “ todo mundo traz os casos de sua referência, tentam construir e discutir o PTS, traz pra mini equipe os casos mais difíceis, que demandam mais”[sic]; Reunião de equipe geral (E.2.3), de periodicidade semanal que é subdividida em reunião geral com equipe da manhã e equipe da tarde exemplificada pelas falas de profissionais da equipe “onde temos a avaliação do nosso trabalho, ajustar os parâmetros que precisam ser ajustados, momento que temos para nos reunir e vermos o que precisamos ajustar”[sic], “temos reuniões de equipe e mini equipe e a gente vai procurando contribuir, ouvir, tentar talvez auxiliar os colegas que não sejam da área psi, ouvi-los, também aprender”[sic].





**Figura 13:** Atividade E. Organização dos processos de trabalho, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS a partir das respostas dos profissionais

A ação Rotinas administrativas (E.3) demonstra ser essencial por oportunizar através das 8 operações que a compõem, a sistematização dos dados com vistas a auxiliar e instrumentalizar o trabalho realizado no CAPS, alimentar o sistema de monitoramento das ações para o órgão gestor, auxiliar os processos de articulação e comunicação com a rede, além das questões vinculadas a manutenção predial e provisão dos insumos necessários ao funcionamento do serviço.



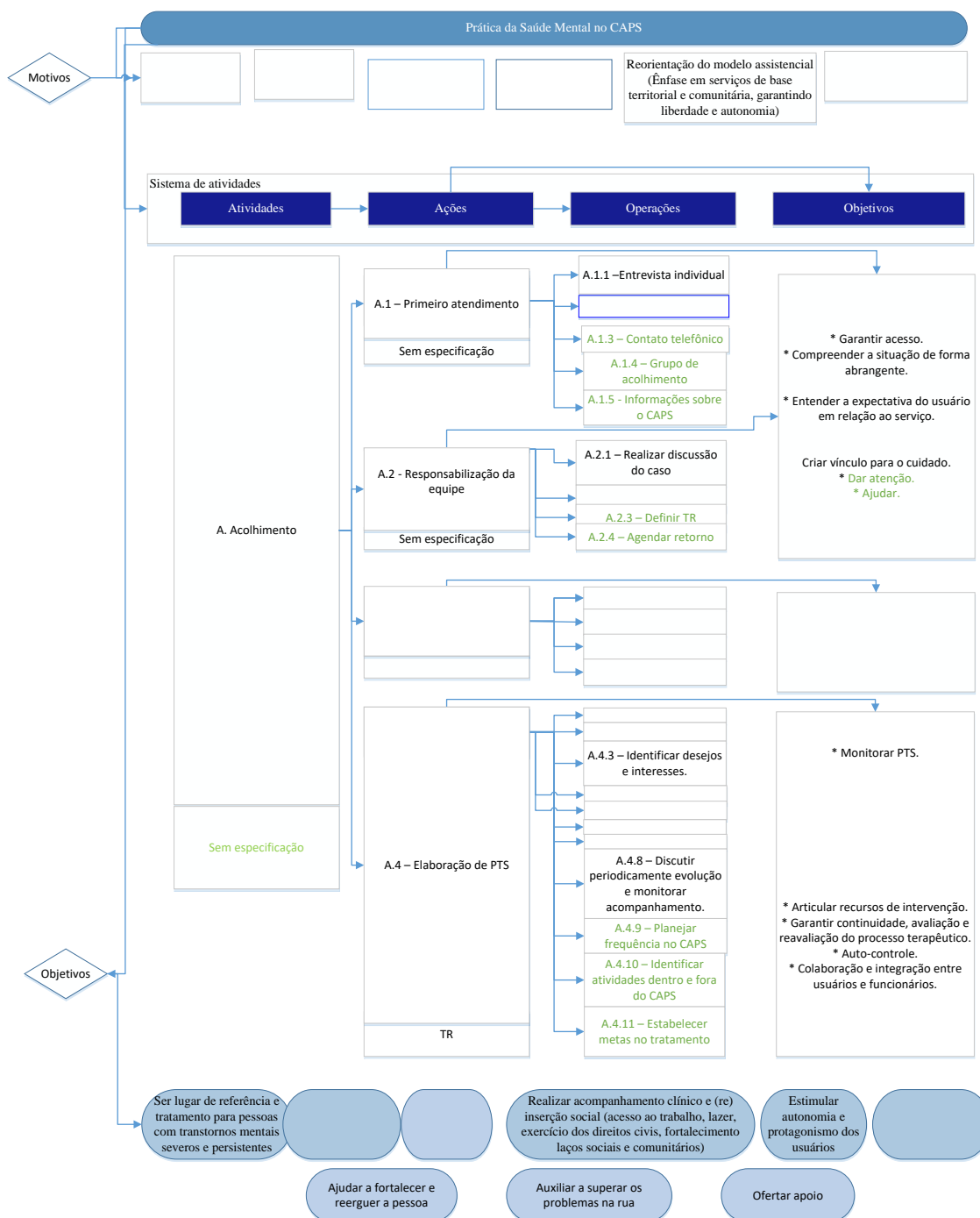
**Figura 14:** Atividades que compõem a prática da Saúde Mental no CAPS pesquisado, a partir das respostas dos usuários e familiar

Voss (2015) corrobora com o pensamento de Lave & Wenger (2002) quando pontua que o modelo proposto para a análise de práticas comunitárias fomenta a necessidade da participação de todos os agentes executores da atividade, analisando a pessoa e o mundo social.

Assim, a Figura 14 representa o sistema de atividades que compõem a prática da saúde mental no CAPS, construído a partir da percepção dos usuários deste serviço e o familiar, sendo que a realização destas atividades visam contemplar os mesmos objetivos gerais descritos na figura 3: ser lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizar acompanhamento clínico e (re) inserção social (acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento laços sociais e comunitários); estimular autonomia e protagonismo dos usuários, e incorporam outros objetivos descritos por este segmento: ajudar a fortalecer e reerguer a pessoa, auxiliar a superar os problemas na rua e ofertar apoio. Os usuários e familiares identificaram as 3 atividades constituintes do sistema: Acolhimento (A), Acompanhamento especializado (B) e Articulação de redes intra e intersetoriais (D), sendo que o espaço em branco refere-se a exclusão da atividade Reabilitação Psicossocial (C) prevista na figura 3, por não ter sido referenciada pelo segmento em questão.

Apresentando-se como motivo orientador denota-se a diretriz da PNSM: reorientação do modelo assistencial (ênfase em serviços de base territorial e comunitária, garantindo liberdade e autonomia).

Identificam-se como recursos necessários aos agentes: carinho, atenção, gostar de ouvir e gostar de histórias.



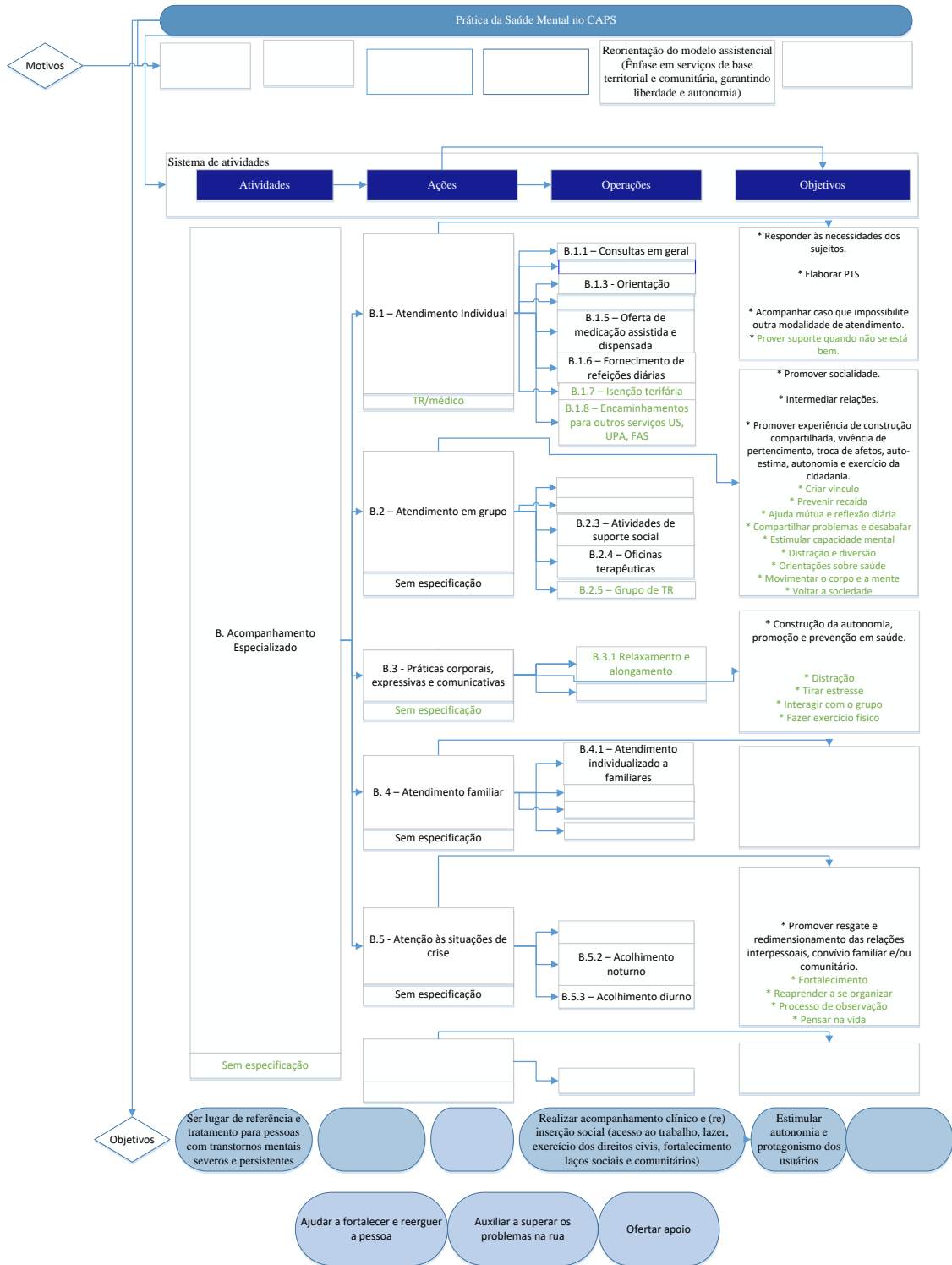
**Figura 15:** Atividade A. Acolhimento, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar

A Figura 15 versa sobre a atividade Acolhimento (A) que contempla 3 ações: Primeiro Atendimento (A.1); Responsabilização da equipe (A.2) e Elaboração do PTS (A.4). Verifica-se que os espaços em branco dizem respeito a exclusão da ação Articulação com o território (A.3) com suas respectivas operações e objetivos específicos, não citados pelos usuários do CAPS e familiares.

São incorporadas as operações contato telefônico (A.1.3) e informações sobre o CAPS (A.1.4) à ação Primeiro atendimento (A.1), observadas nos seguintes relatos “daí eles me falaram como é a casa, o que que oferece, né, como que é o tratamento”[sic], “eu liguei no CAPS, perguntei se tinha vaga, me identifiquei, disse que precisava de ajuda”[sic].

Quanto a ação A.2 são citadas as operações. Definir TR (A.2.3) e Agendar retorno (A.2.4) “perguntaram toda a história dele e anotaram tudo para passar para o X, aqui cada um perito cuida do seu grupo”[sic], “eu falei com a TR que ficou responsável”[sic]. Os usuários definem o TR como uma referência importante no processo de articulação do plano de tratamento “se eu tiver um problema, eu vo lá conversar com ele, daí dependendo do meu problema ele vai conversar com a equipe e eles decidem” [sic]. Verifica-se que dar atenção e ajudar são apontados como objetivos específicos a serem atingidos nesta ação.

Seis operações referentes a ação Elaboração de PTS (A.4) não foram referenciadas pelo segmento entrevistado (espaços em branco). Em contrapartida foram citadas 3 outras operações: planejar frequência no CAPS (A.4.9); Identificar atividades dentro e fora do CAPS (A.4.10) e estabelecer metas no tratamento (A.4.11), que explicitam uma forma de organização do cotidiano do usuário do serviço “eu chego aqui de manhã cedo, eu só olho aqui na ficha e eu já sei o que tem pra mim e o que não tem”[sic]; “eu estabeleço umas metas, daí vai pro meu PTS”[sic], “pergunta pra você sobre as oficinas que você gostaria de participar, aí você escolhe, marca lá e você pode mudar conforme o tempo”[sic]. Configuram-se como objetivos específicos a serem alcançados através desta ação o autocontrole e colaboração e integração entre usuários e funcionários.



**Figura 16:** Atividade B. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar

A atividade Acompanhamento especializado (B) está representada pela Figura 16, sendo composta por 5 ações. A ação (B.6) foi excluída do diagrama (espaço em branco) por não ter sido comentada pelos usuários e seus familiares. Na ação (B1) foram excluídas as operações referentes ao atendimento psicoterápico (B.1.2) e atendimento domiciliar (B.1.4), por não se configurarem nas falas manifestadas, denotando-se que não fazem parte da realidade vivenciada pelo segmento abordado. Agregam-se as operações isenção tarifária (B.1.7) e encaminhamentos para outros serviços US, UPA, FAS (B.1.8), podendo ser realizadas a partir da necessidade identificada, o que é explicitado através da fala de um usuário do CAPS “encaminham pro liceu de ofício se você quiser fazer um curso, se você precisar ir pra UPA, eles te encaminham também, eu já vi várias pessoas pegarem encaminhamento pra ir pra um posto de saúde por aqui”[sic]. Referencia-se como um dos objetivos específicos desta ação prover suporte quando não se está bem.

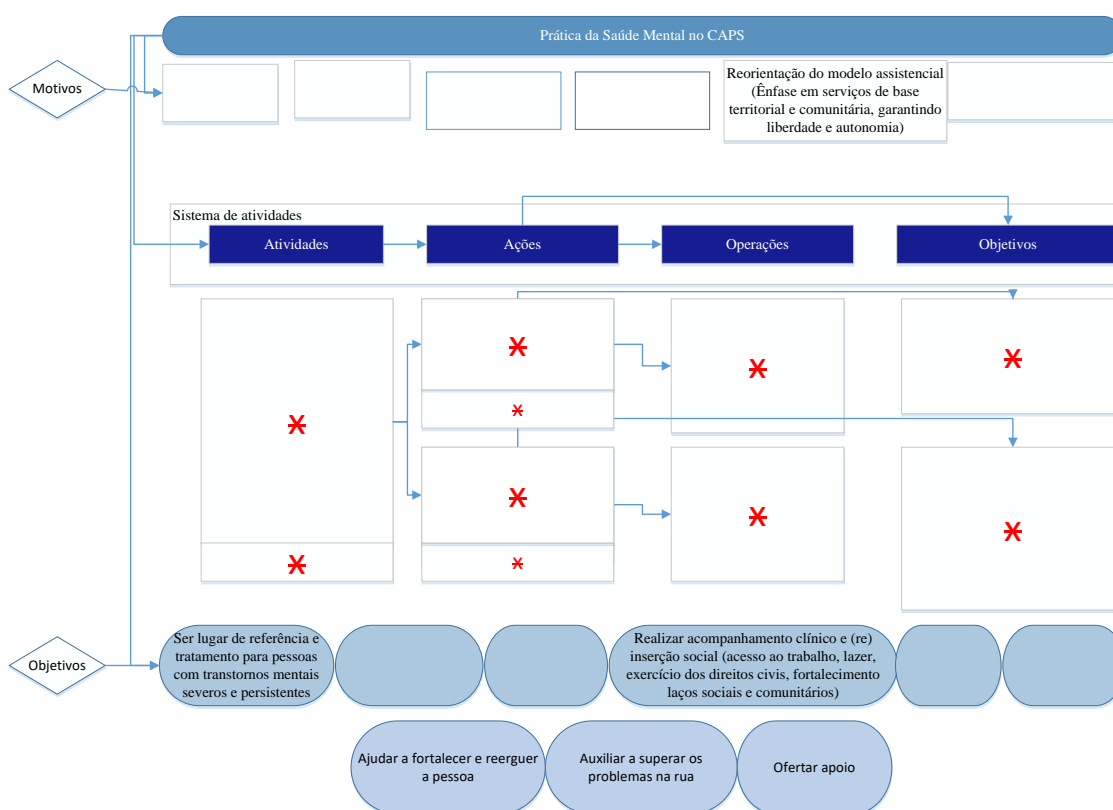
Quanto a ação (B.2) observa-se a exclusão das operações referentes a psicoterapia (B.2.1) e grupo operativo (B.2.2) por não terem sido contempladas nos relatos dos usuários e familiares. Como oficinas terapêuticas (B.2.4) foram identificadas: oficinas de esportes como vôlei e futebol e oficina de jogos (xadrez, dominó, cartas). Visualiza-se o acréscimo da operação Grupo de TR (B.2.5), explicitado como o espaço para acompanhamento semanal das pessoas que estão vinculadas ao CAPS “é mais um grupão pra saber, tipo um conta da semana dele, eu conto um pouco da minha, cada um conta um pouco da sua”[sic]. Foi apontada uma gama de objetivos específicos referentes à esta ação que perpassam aspectos como: promoção da vinculação, relexão diária, ajuda mútua “pra se conhecer, se relacionar, se identificar com sua história, sua determinação, criar vínculo, se sentir a vontade com o coletivo” [sic] assim como orientações sobre saúde, distração e diversão “elas se divertem, ninguém briga, todo mundo sai feliz, não tem confronto, intriga, coisas assim”[sic].

Dentro do escopo da ação (B.3) houve a citação da operação relaxamento e alongamentocaracterizada em algumas das falas dos usuários do serviço “tem as terapias de relaxamento, é tipo um ioga, tira o estresse do dia a dia, às vezes você tá estressado e sai de lá calmo”[sic], “é uma técnica japonesa de respiração, alongamento”[sic].

O atendimento familiar aparece constituído pela operação atendimento individualizado a familiares (B.4.1), ressaltando-se que não se faz presente na fala de todos os participantes deste segmento, sendo mencionado por apenas dois usuários e o familiar como um momento de conversa restrita com o profissional que acompanha o usuário “minha mãe só que conversou

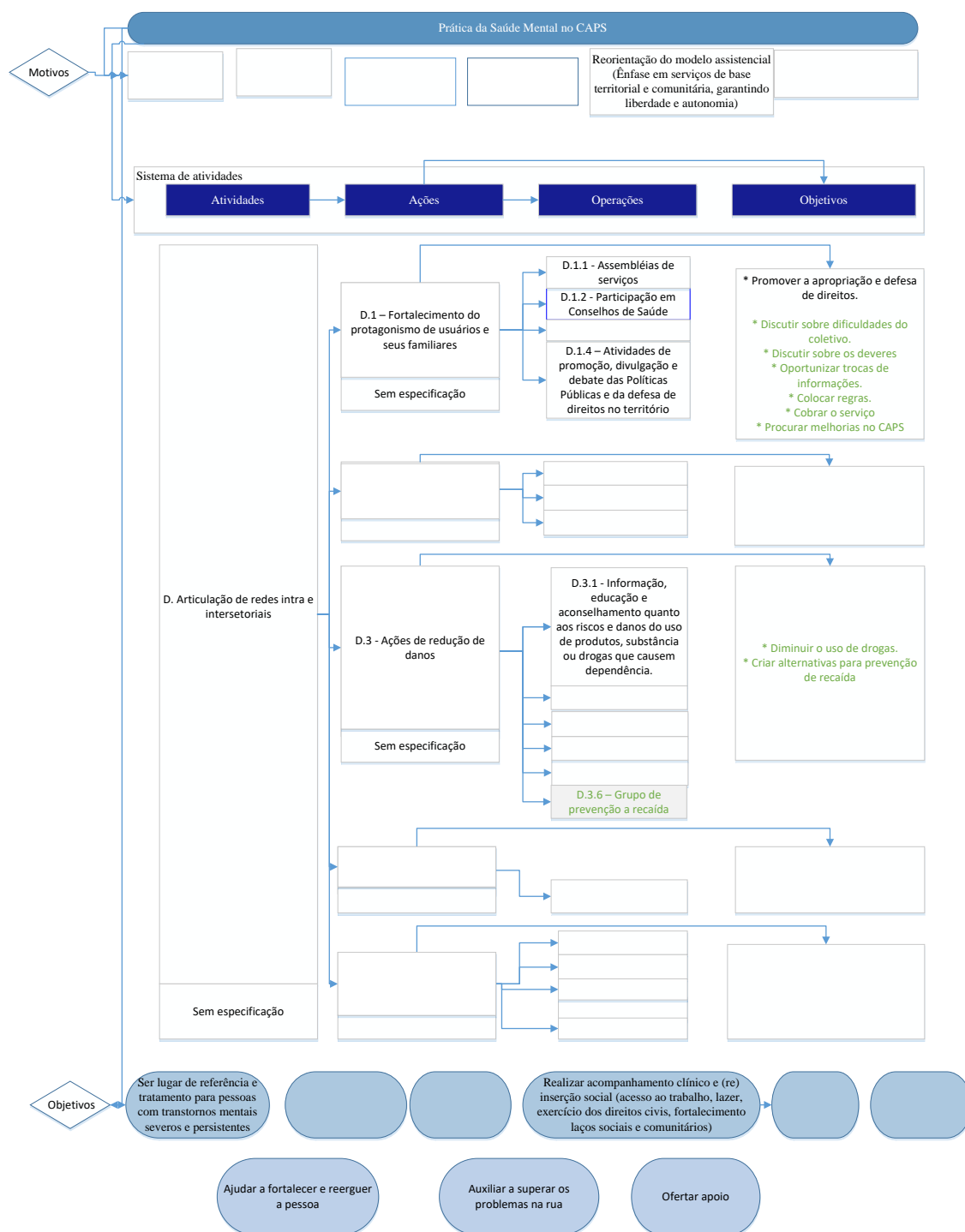
com o TR, só ele só”[sic], no entanto não identifica-se o objetivo desta ação “não sei o que falaram, como fica em segredo a profissional X não quis me falar”[sic].

Quanto à ação Atenção a situações de crise (B.5) há a exclusão da operação (B.5.1) devido ao seu não referenciamento. Concebe-se que as operações (B.5.2) e (B.5.3) estão relacionadas ao acolhimento e permanência de usuários com quadros agudos e em situação de vulnerabilidade nos leitos do CAPS, sendo salientados como objetivos: fortalecimento, reaprender a se organizar, pensar na vida e estar submetido a processo de observação, “então a pessoa chega mal aqui, ele não pode mandar pra qualquer outro lugar, até 15 dias ele pode ficar aqui”[sic]. “porque eu falei que não tava bem, que eu tava prestes a recair” [sic], “ a maioria que eu vejo que utiliza o leito é porque tá naqueles dias ruins mesmo, a maioria tá vindo de recaída, tá detonadão mesmo, daí eles precisam desse tempo pra melhorar”[sic].



**Figura 17:** Atividade B. Reabilitação Psicossocial, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar

A figura 17 explicita que a atividade Reabilitação psicossocial (C), demilitada anteriormente no diagrama representado pela Figura 6, não foi mencionada, assim como sequer foram comentadas possíveis operações e objetivos específicos constituintes da mesma.



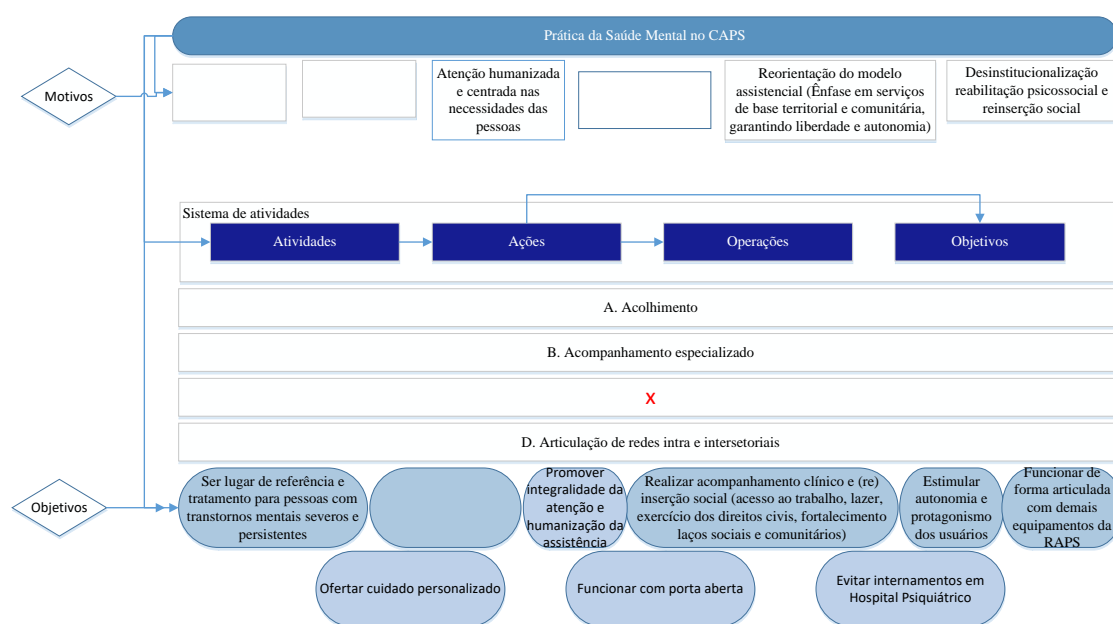
**Figura 18:** Atividade D. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas dos usuários e familiar

A figura 18 diz respeito à Atividade Articulação de redes intra e intersetoriais (D), composta neste diagrama por 2 ações: na ação (D.1) se configura a operação Assembléia de serviços (D.1.1), caracterizada através dos relatos como um espaço para discussão de direitos e



deveres, troca de informação e organização do espaço de convivência “a gente discute sobre tudo, organização na hora da alimentação, organização do seu espaço, a gente precisa achar a solução no coletivo”[sic]. Vinculam-se objetivos específicos à esta ação como: colocar regras, cobrar o serviço e procurar melhorias no CAPS.

Ações de Redução de Danos (D3) encontra-se representada pela exclusão das operações (D.3.2), (D.3.3), (D.3.4), (D.3.5), não comentadas pelo segmento dos usuários e familiares. Em contrapartida, mantêm-se a operação (D.3.1) e incorpora-se o Grupo de prevenção à recaída (D.3.6) a qual é concebido como uma estratégia de RD, o que pode ser verificado através dos elato “é como se fosse uma redução de danos, eles tem redução de recaída, não é RD, mas é como se fosse de danos, né, é parecido”[sic] “é uma atividade que você previne pra não recair, pra você não recair lá na frente”[sic]. Verifica-se a exclusão de todos os objetivos específicos anteriormente delimitados para esta ação (Figura 7), sendo que diminuir o uso de drogas e criar alternativas para prevenção da recaída apresentam-se como objetivos específicos explicitados por este segmento.



**Figura 19:** Atividades que compõem a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais do NASF

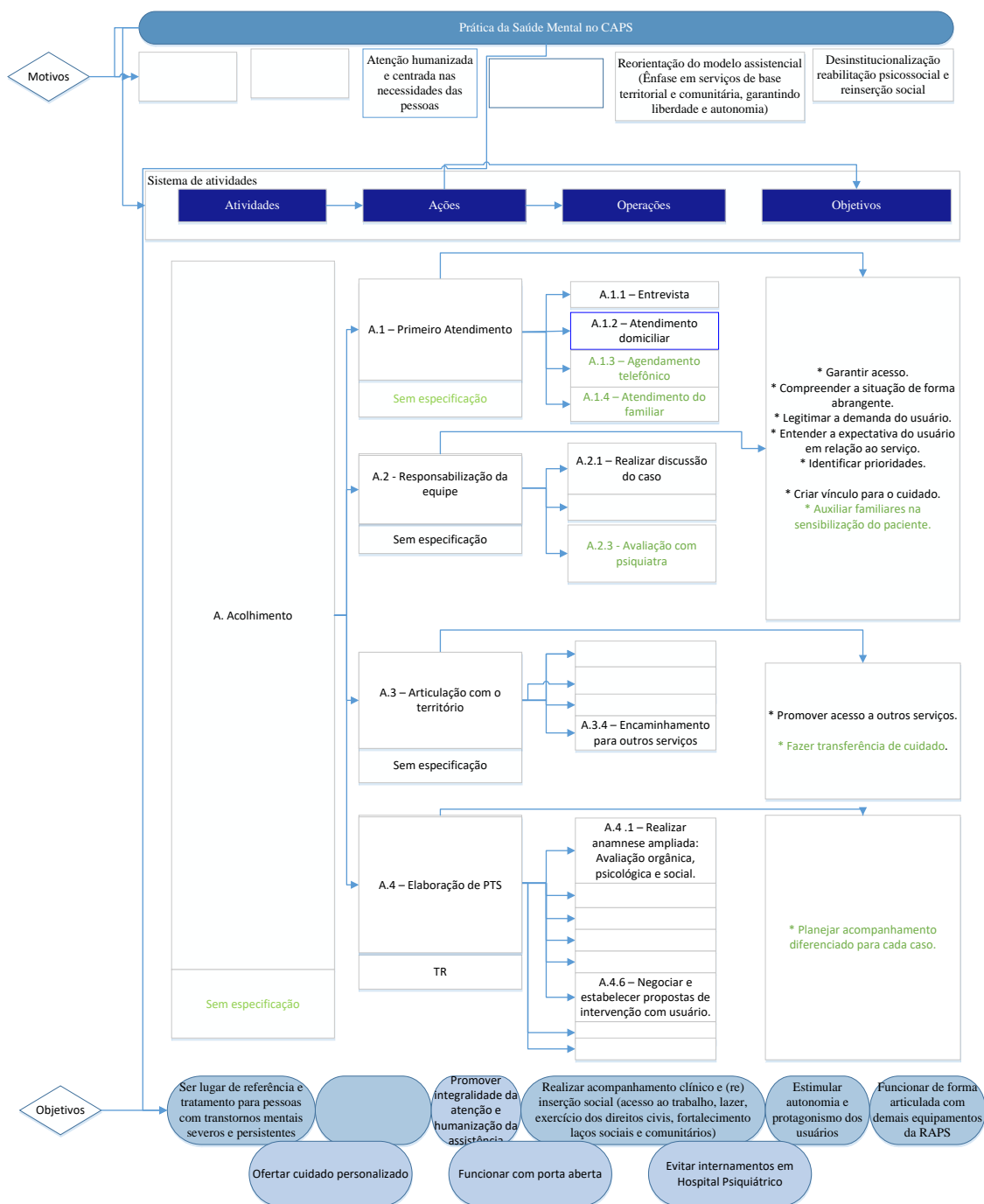
A Figura 19 apresenta o sistema de atividades que compõem a prática da saúde mental no CAPS, a partir da percepção dos profissionais do NASF, sendo que a realização das atividades vinculadas visam contemplar os mesmos objetivos gerais descritos na Figura 3: ser

lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, promover integralidade da atenção e humanização da assistência, realizar acompanhamento clínico e (re) inserção social (acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento laços sociais e comunitários); estimular autonomia e protagonismo dos usuários, funcionar de forma articulada com os demais equipamentos da RAPS.

Apresentam como objetivos incorporados por este segmento: ofertar cuidado personalizado, funcionar com porta aberta e evitar internamentos em hospitais psiquiátricos, e que são condizentes com as diretrizes da PNSM, entendidas como motivos orientadores da prática: atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, reorientação do modelo assistencial, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e reinserção social configuram-se como os motivos orientadores das atividades descritas.

Neste diagrama são identificadas 3 atividades constituintes do sistema: Acolhimento (A), Acompanhamento especializado (B), Articulação de redes intra e intersetoriais (D), não contemplando-se portanto, a Atividade Reabilitação psicossocial (C), pelo fato de não ter sido referenciada pelos profissionais do NASF.

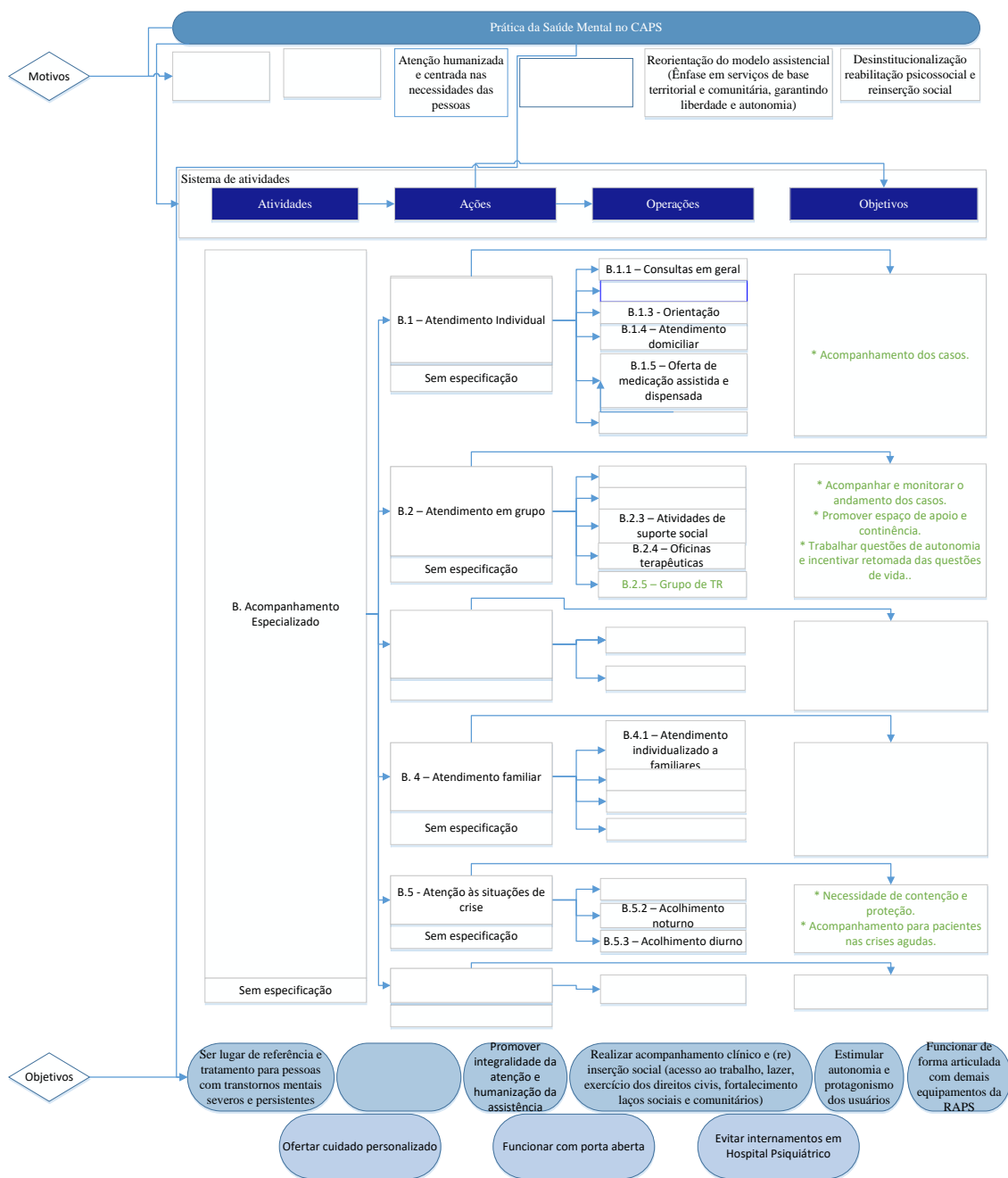
Como recursos necessários aos agentes da prática descreve-se a escuta qualificada e flexibilidade.



**Figura 20:** Atividade A. Acolhimento, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais do NASF

A atividade Acolhimento (A) está determinada pelas 4 ações. Referente a ação (A.1) observa-se a inclusão de 2 operações agendamento telefônico (A.1.3) e atendimento do familiar (A.1.4) que dizem respeito respectivamente à forma utilizada pela APS para encaminhar os usuários para um atendimento no CAPS “a gente liga lá, eles atendem e já agendam”[sic] e à estratégia de abordagem de pacientes resistentes ao tratamento: “ nos casos em que o paciente

tem uma recusa ao tratamento é possível fazer num primeiro momento o acolhimento só com os familiares, no sentido de que podem estar auxiliando o familiar a levar o paciente para o CAPS”[sic]. A ação (A.2) apresenta a exclusão da operação construção do percurso terapêutico integrado (A.2.2), sendo composta além da operação (A.2.1), pela (A.2.3), que representa a realização de avaliação psiquiátrica para o caso acolhido no CAPS. Quanto a ação (A.3) percebe-se a exclusão de 2 operações relacionadas ao mapeamento de outras instituições (A.3.1) e interlocução intersetorial (A.3.2) como também a ausência da operação (A.3.3) que configura a busca ativa para usuários faltantes ao Acolhimento. A operação que caracteriza a ação (A.3) é restrita ao encaminhamento para outros serviços (A.3.4), denotando os objetivos específicos de promover acesso a outros serviços e realizar a transferência de cuidado. A elaboração de PTS constitui a quarta ação (A.4), e dentre as 8 operações previstas, mencionam-se apenas 2: (A.4.1) e (A.4.6) que encontram consonância com o relato da profissional do NASF “entendo que é um planejamento de uma abordagem que não fique engessada em um modelo só, e que seja avaliado o caso, suas individualidades, e aí se possa planejar um acompanhamento no CAPS, como fica melhor pra pessoa se adaptar”[sic].



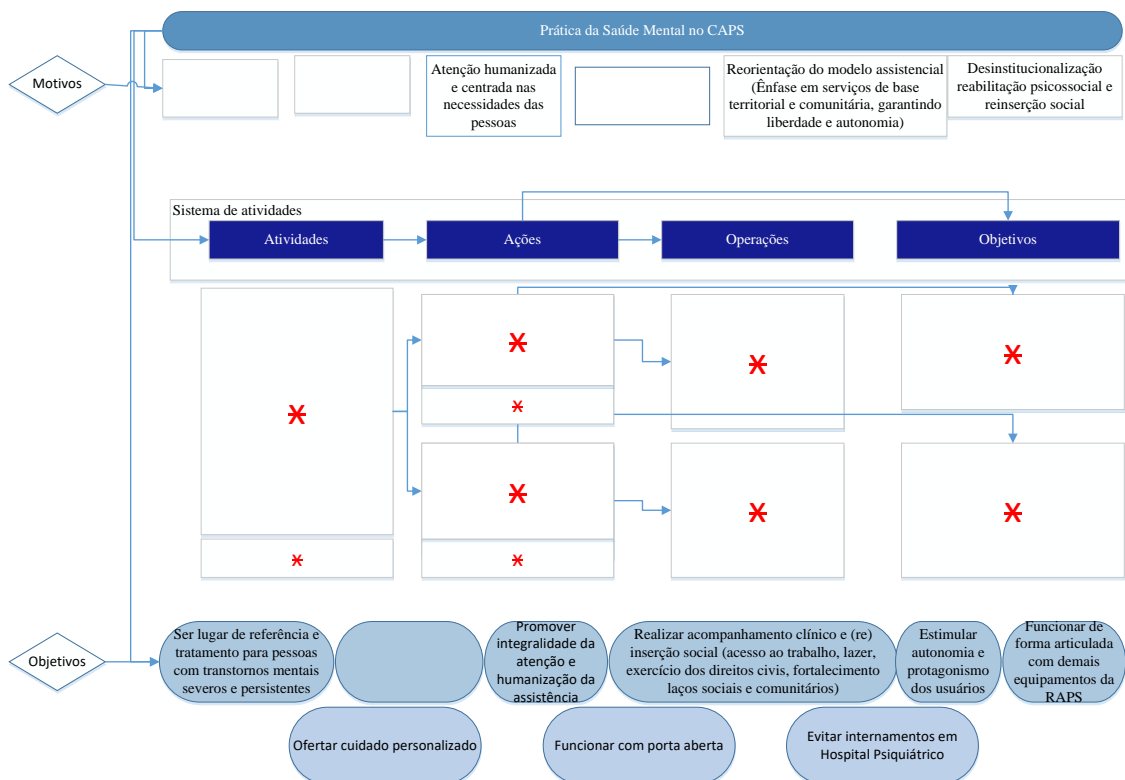
**Figura 21:** Atividade B. Acompanhamento especializado, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas profissionais do NASF

A Figura 21 contempla a atividade Acompanhamento especializado (B) composta por 4 ações. Nota-se que as ações Práticas corporais, expressivas e comunicativas (B.3) e Acompanhamento de pessoas inseridas em SRT, Unidades residenciais de caráter transitório e Unidade de acolhimento para adultos (B.6), foram excluídas devido ao fato de não terem sido citadas e nem sequer suas operações e objetivos específicos mencionados. Referente a ação (B.1) verifica-se que as operações atendimento psicoterápico (B.1.2) e fornecimento das

refeições diárias (B.1.5) não foram comentadas pelos profissionais do NASF, sendo que os objetivos específicos foram sintetizados em acompanhamento dos casos. Quanto ao atendimento em grupo (B.2) observa-se a exclusão da operação psicoterapia (B.2.1) e grupo operativo (B.2.2), acrescentando-se a operação grupo do TR (B.2.5) validada pelo trecho da fala “os atendimentos em grupo com os terapeutas de referência, eles tem essa prática... eu sei que é uma proposta de fala”[sic].

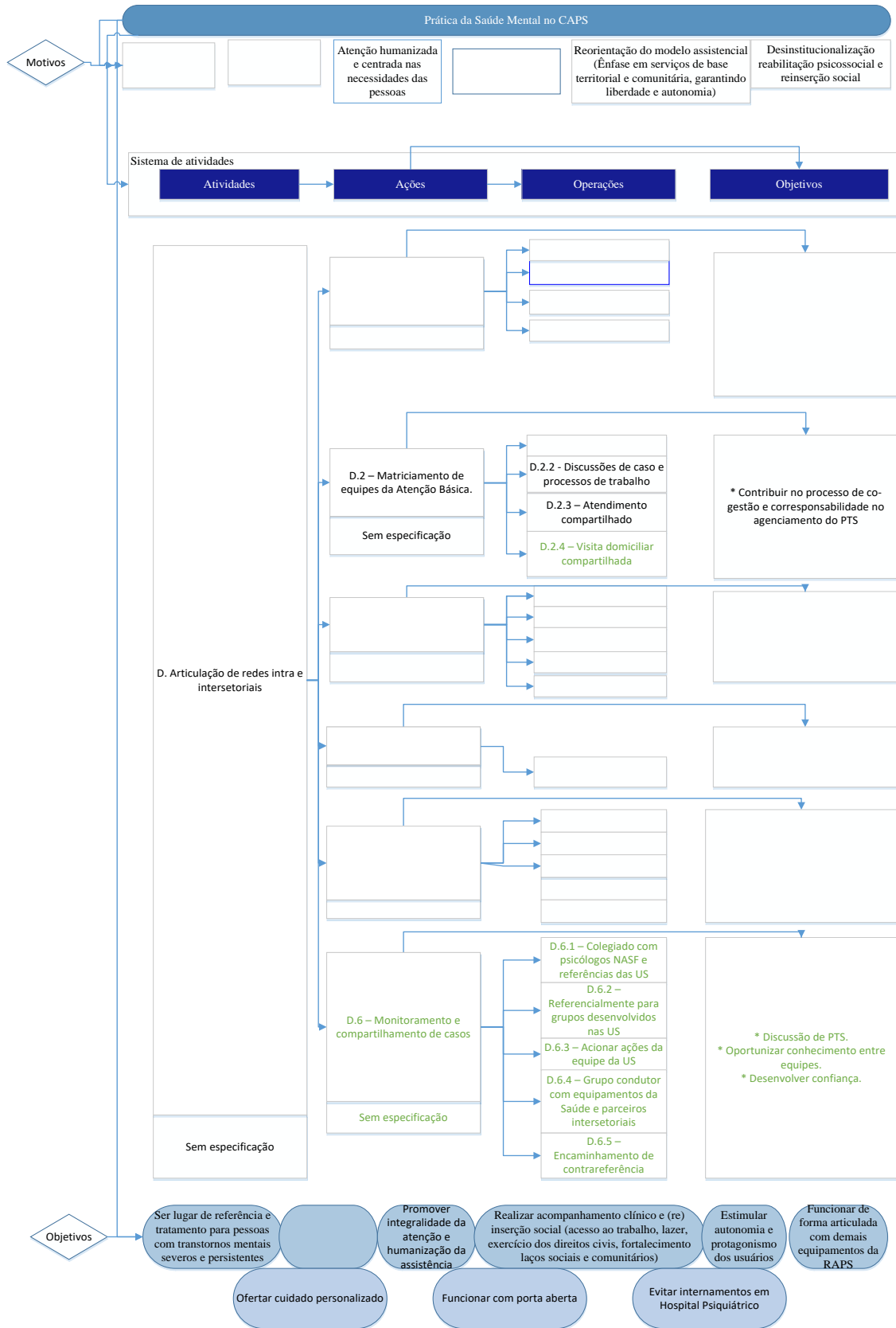
A ação (B.4) está relacionada a somente uma operação dentre as 4 previstas que envolvem grupo de familiares, visitas domiciliares e atividades de lazer. Assim a operação (B.4.1) diz respeito ao atendimento individualizado a familiares, exemplificado através da seguinte fala “estavam trabalhando com as famílias mais individualmente, conforme cada caso e necessidade”[sic], contudo não há especificação do objetivo específico desta ação.

Atenção às situações de crise (B.5) configura-se como uma ação que congrega as operações (B.5.2) e (B.5.3) relacionadas ao acompanhamento de pacientes que apresentem maior gravidade, nas crises agudas, introduzindo-se como objetivo a garantia de contenção e proteção.



**Figura 22:** Atividade C. Reabilitação Psicossocial, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas profissionais do NASF

A figura 22 explicita que a atividade Reabilitação psicossocial (C), demilitada anteriormente no diagrama representado pela Figura 6, não foi mencionada pelo segmento dos profissionais do NASF, assim como não foram comentadas quaisquer operações e objetivos específicos constituintes da mesma.



**Figura 23:** Atividade D. Articulação de Redes intra e intersectoriais, que compõe a prática da Saúde Mental no CAPS, a partir das respostas dos profissionais do NASF



A Figura 23 contempla o referenciamento de 2 ações, cada qual com o descritivo das operações e objetivos específicos definidos. Há a exclusão das ações Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares (D1); Ações de redução de danos (D3); Acompanhamento de serviço residencial terapêutico (D.4); Apoio a serviço residencial de caráter transitório (D5), não remetidas pelo segmento entrevistado e entendidas como elementos que não são vivenciados na prática.

A ação (D.2) diz respeito ao matriciamento das equipes da APS, operacionalizado através de discussões de caso e atendimento compartilhado, agregando-se a visita domiciliar compartilhada (D.2.4), o que pode ser corroborado pela fala de uma profissional do NASF “algumas pessoas da equipe vem para a Unidade, no compartilhamento dos casos mais difíceis, mais complicados, visita domiciliar conjunta”[sic]. Nota-se a exclusão da operação (D.2.1) relacionada ao apoio presencial sistemático sustentada pelo seguinte relato “não existe ação programada de matriciamento”[sic].

Verifica-se a incorporação da ação (D.6) Monitoramento e compartilhamento de casos, que abrange 5 operações. As operações (D.6.1), (D.6.2), (D.6.3), (D.6.4) e (D.6.5) dizem respeito a adoção de estratégias que viabilizem articulações entre as equipes da APS e CAPS para compartilhamento dos casos atendidos. Entre estas, a operação (D.6.1) é descrita como um espaço formal para compartilhamento e discussão de casos entre os profissionais da US e do NASF com a equipe de referência do CAPS, assim exemplificado por uma profissional do NASF “espaço de discussão de casos mesmo, pacientes que eles dão alta, discutem com a gente, pacientes que abandonaram o tratamento e a gente faz a busca ativa”[sic], planos compartilhados, de pacientes que estão no CAPS e vem para o grupo de apoio na Unidade de Saúde”[sic], “eles mandam uma contrareferência, os casos também que tem alta com os casos que forma acolhidos e que eles avaliaram que não tinha indicação para CAPS”[sic], “pedem ajuda para a US para acionar ACS ou equipe da US, para levar informações para o CAPS, para fazer uma visita domiciliar”[sic].

## 5 Discussão

### 5.1 A compreensão da prática da saúde mental no CAPS

Constata-se através das entrevistas com os trabalhadores do serviço, usuários e profissionais do NASF que há um entendimento superficial da prática da saúde mental do CAPS em relação à composição do diagrama construído através das regulamentações, principalmente no que concerne ao sistema de atividades e objetivos a serem atingidos.

Entretanto, apura-se que há uma perda durante o processo da prática tomando por base seus outros elementos constituintes, como os motivos orientadores, ações e operações evidenciando-se conforme descrito por Voss (2015), discrepâncias entre o comportamento e linguagem, fato observado de maneira acentuada no segmento dos usuários e profissionais do NASF.

Citando Nicolini (2013), os objetivos gerais são elementos que integram a análise de práticas comunitárias, caracterizando-se pela relação direta com as proposições da prática, sendo construídos através da pactuação entre os membros, contemplando os interesses de todos os envolvidos.

Apurou-se que nos diferentes segmentos entrevistados, há o reconhecimento dos objetivos gerais descritos pelas portarias e documentos regulamentadores da PNSM, salientando-se na fala de um dos profissionais da equipe: “o principal papel do CAPS é isso, levar o paciente de volta pra sua vida, pra ser alguém, voltar a ser alguém diante da sociedade”[sic]. Interessante notar a visão que os trabalhadores possuem acerca do processo de constituição do sofrimento humano, pois não se trata de um momento pontual do sujeito em que ele sai da sociedade e depois ele volta, assim o que significa ser alguém diante da sociedade, afinal quais são os signos de ser alguém?

Em relação aos objetivos da PNSM, também encontra-se consonância com o relato de uma profissional do NASF “... o CAPS é local de acolhimento e tratamento para casos severos, persistentes, crônicos, devem trabalhar a questão clínica, psíquica e social, intervenção mais ampla da equipe interdisciplinar” [sic].

Considerando-se o contido nas falas dos usuários, apesar do linguajar simples, identificam-se alguns dos objetivos descritos no modelo: ser lugar de referência e tratamento para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes “eu vejo o CAPS como um espaço que eu posso contar com ele a qualquer momento, se eu ligar, um momento que eu vá sofrer uma crise”[sic] ,e o objetivo estimular autonomia e protagonismo dos usuários: “aqui

você tem liberdade de você sair qualquer hora, você entrar, não entrar, tá livre pra fazer o que quiser, daí testa a força da gente”[sic]; “mas como a doutora falou pra mim, “a nossa ajuda, a nossa contribuição é de 20 a 30%, o resto é por conta de cada um”, não adianta nada ela ficar dando medicamento e ficar fazendo palestra, se a pessoa não quer”[sic], “se eu não concordar eu posso opinar sim e eles ouvem e vão ver o melhor jeito pros profissionais acompanharem”[sic], “meu papel é procurar entender o que tá acontecendo ao meu redor, procurar o que vai ser bom pra mim, tenho meus objetivos, minhas metas”[sic].

Verifica-se a inserção de outros objetivos, registrando-se pelos profissionais da equipe do CAPS: favorecer resgate de vínculo e ressignificação, funcionar com portas abertas, trabalhar na lógica da RD, atendimento horizontal e interdisciplinar; pelos profissionais do NASF: ofertar cuidado personalizado, funcionar com porta aberta e evitar internamentos em HP; pelos usuários: ajudar a fortalecer e reerguer a pessoa, auxiliar a superar os problemas na rua, denotando-se a pertinência destes com aspectos presentes nas diretrizes da PNSM e normativas dos CAPS (Brasil, 2012).

Em contrapartida, identifica-se a inserção do objetivo organizar a vida do usuário, descrito pelo segmento dos trabalhadores, que pode ser entendido como contraditório ao que a PNSM preconiza, pois é notadamente reconhecido que o equipamento sozinho não é suficiente para suprir a complexidade das demandas apresentadas pelo público atendido, necessitando da articulação de outros setores para a complementaridade, o que pode ser validado pelo art. X da portaria 3088/2011 “organização dos serviços em rede de atenção regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2011). Pode-se também inferir que tal discurso seja produto do processo de construção social, permeado pela lógica da instituição total e da tutela do paciente com transtorno mental, que conforme discorre Amarante (1998) precisa ser controlado e submetido, em detrimento à promoção de autonomia e protagonismo que sustenta o paradigma da atenção psicossocial, exemplificado pela fala do usuário “meu papel é aceitar a ajuda que eles estão me dando, porque tudo que eles falam vai ser pro meu bem, porque eles estudaram o meu problema, eu não sei de onde veio, então tenho que acatar o que eles dizem” [sic].

O MAPC sustenta ainda que os recursos dos agentes são traduzidos como aspectos necessários àquele que executa a atividade. Denota-se no discurso dos profissionais do CAPS recursos relacionados aos previstos na política como a escuta qualificada “ter bom ouvido”[sic] e “capacidade de ouvir”[sic], o que está legitimado na fala dos profissionais do NASF “eu acho que o principal é a escuta”[sic] e dos usuários “gostar de ouvir e gostar de histórias, para entrar

na história” [sic]. São apontados recursos como ter postura acolhedora, plasticidade e também outros recursos não relacionados à competência profissional, mas inerentes à pessoa como “não ter preconceito”[sic] e “ser humano”[sic].

Pode-se inferir que estes últimos expressam a influência da cultura estigmatizante que historicamente permeia as práticas no campo da saúde mental, onde o louco passa a ser caracterizado como personagem representante de risco e periculosidade social (Amarante, 1998), e o dependente químico é concebido pela sociedade como alguém com falta de vergonha e desvio de caráter, conforme fala explicitada no segmento dos trabalhadores do CAPS “eu achava que era tudo vagabundo, usa da bebida, usa da droga pra fugir das responsabilidades, eu pensava assim”[sic], “eu estou em processo, tentando todo o dia, de desconstrução do dependente químico”[sic], a gente vai construindo isso na nossa visão, que aquela pessoa é preguiçosa, vagabundo, que não quer nada com nada, que usa drogas porque é sem vergonha, pelo menos na minha família isso foi construído assim”[sic], acho que a sociedade faz a gente pensar assim, a gente leva isso pra nossa vida, é uma cultura, de você não conhecer e julgar”[sic]; e dos usuários “aqui tem pessoas boas, decentes, não é só a reles da sociedade, somos todos humanos, temos nossos problemas, nossos defeitos, mas somos humanos, é isso que a sociedade devia entender”[sic].

Oportuno pontuar que a identidade é um processo dialético construído a partir da relação contínua entre o indivíduo e os outros (Pinho, 2014). Assim, “interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem, de tal forma que se torna algo nosso, a tendência é nós nos predicarmos coisas que os outros nos atribuem” (Ciampa, 1987, p.131).

Corroborar-se com Alvarenga e Dimenstein (2006) quando salientam a dificuldade que os trabalhadores vivenciam frente à mudança do modelo de atenção à saúde mental, tendo em vista que se coloca em cheque paradigmas enraizados e por vezes inconscientes, provocando “práticas contraditórias em manicômios invisíveis”.

Duarte (2004) assinala que os motivos da prática são estabelecidos anteriormente às atividades e aos objetivos, sendo responsáveis por mediar esta relação, conferindo sentido e significado as atividades. A maioria dos motivos orientadores, entendidos enquanto diretrizes da PNSM são referenciados pelos trabalhadores do CAPS e profissionais de NASF, demonstrando que estes possuem consciência da existência dos mesmos.

Em contrapartida, verifica-se que as diretrizes essenciais **combate a discriminação, estigma e preconceitos e garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental**, vinculadas à construção de uma nova identidade social para o dito “louco”, que dizem respeito à condição

de cidadania plena, não figuram entre os motivos citados. Esse fato suscita um questionamento: será que o estigma e preconceitos estão totalmente superados e a garantia dos direitos absolutamente estabelecida que não se apresenta como um motivo orientador para a prática pesquisada? O segmento dos usuários e familiares por sua vez, citam apenas um dos seis motivos orientadores, correspondente à **reorientação do modelo assistencial de base territorial e comunitária**.

Voss (2015) ao referenciar Leontiev (n.d.), Lomov (1981) e Asbahr (2005), argumenta que a estrutura da consciência humana encontra-se vinculada à estrutura da atividade, caracterizando-se como categorias essenciais para o entendimento da prática, visto que compõem uma unidade dialética em que a consciência é concebida como produto subjetivo da atividade objetiva humana. Assim, configura-se a relação entre o sentido pessoal e o motivo pelo qual o sujeito realiza a atividade e, deste modo, para a compreensão do sentido dado para a prática é necessário identificar o motivo correspondente. Para entender o motivo pelo qual dada prática se perpetua é necessário avançar na discussão sobre “como” e “porquê” os sujeitos agem de determinada maneira dentro de certa realidade.

Considerando o exposto, apresentam-se trechos extraídos dos discursos dos trabalhadores do CAPS, acerca do “porquê” realizam as ações cotidianas: “desenvolvo a minha parte como membro da equipe, que eu possa ajudar os ptes daqui, o que eu tenho conhecimento para realizar”[sic], “faz parte do rol de atividades, maneira de contribuir para o serviço, dentro do olhar profissional”[sic], “as ações são necessárias para ajudar o pte a se restabelecer, reinserir na sociedade, são preconizadas pelas portarias, seguindo diretrizes do MS”[sic]. Buscando agregar subsídios à discussão, seguem relatos relacionados ao questionamento sobre “o que tem aprendido” trabalhando no CAPS: “aprendi a entender a população que é vulnerável, tinha pensamento preconceituoso, outra visão de vida”[sic], “respeitar o ser humano, entender o outro”[sic], “contar com o apoio dos outros profissionais e de outros serviços”[sic], “a importância do vínculo”, “enxergar o ser humano na sua singularidade, impacto na vida pessoal e profissional”[sic].

Nicolini (2013) aponta que para o estudo da prática deve-se contemplar os aspectos relacionados aos comportamentos e linguagem dos agentes, integrando um conjunto interconectado pela afetividade, entendimento prático do que é para ser realizado, regras e estrutura.

Verifica-se que apesar dos motivos identificados estarem vinculados aos aspectos preconizados pela PNSM (resgate da complexidade e singularidade do sujeito e natureza do

trabalho interdisciplinar), ou seja, às regras da prática, não observam-se comportamentos concretos relacionados a perspectiva referenciada, refletindo-se na falta de entendimento e de consciência da prática por pessoas externas a sua realização, ou seja, o público alvo - usuários e seus familiares, não promovendo desta forma sua efetivação. Assim, considerando a correlação entre motivo e sentido da prática constata-se uma discrepância entre o fazer e o dizer desses profissionais.

É oportuno revisitar Leontiev (1978) que apresenta que as atividades são definidas como processos psicologicamente caracterizados por aquilo a que o processo, como um todo, se dirige, o que necessariamente coincide com o objetivo que estimula o sujeito a executar essa atividade.

Evidencia-se neste estudo, a existência de um distanciamento entre o conteúdo e motivo, responsável pela formação alienante da consciência, onde os significados e sentidos, aspectos centrais para o processo de enriquecimento do ser humano e da sua consciência, tornam-se algo exterior ao indivíduo (Asbahr, 2005; Duarte, 2004), o que pode ser destacado na fala de uma profissional acerca do motivo orientador da prática: “realizo as ações porque foi a maneira como fui orientada, ou que eu busquei ajuda de como fazer” [sic].

Condutas automatizadas ou mecanizadas, marcadas por um processo histórico de reprodução de uma prática alienante refletem, no caso da prática pesquisada, na falta de entendimento que o segmento dos usuários apresenta em relação ao movimento que fomentou a construção da prática da Saúde Mental no CAPS, denotando uma compreensão e consciência parcial da prática de que são participantes, o que pode ser verificado pela seguinte fala “Reforma Psiquiátrica? Não ouvi falar não...”[sic]; “olha, discutimos esses tempos uma parte dessa coisa aí”[sic], “eu ouvi que a idéia da saúde não é mais ter tratamento fechado né, é esse tratamento mesmo de ir e vir”[sic].

Nas falas dos usuários apura-se que a liberdade é um componente diferenciador do tratamento no CAPS em relação ao tratamento hospitalar, no entanto, não é possível visualizar por estes, uma apropriação da realidade social que foi responsável por fomentar a mudança do modelo assistencial no campo da saúde mental de que são alvo, bem como a sua necessidade de efetivação e manutenção.

Remetendo-se a fenomenologia dialética, a sociedade é concebida como um processo que abrange a atividade humana subjetiva e a estrutura social objetiva, deste modo, os homens produzem a sociedade e são produzidos por ela (Faria, 2011). Assim, o processo de apropriação do externo não diz respeito à incorporação passiva, mas fundamentalmente a um processo de

transformação psíquica, conforme desvela Piccolo (2012, p. 289) “não há morte do sujeito no princípio da internalização, muito pelo contrário, pois o que notamos é o efetivo aparecimento do reflexo subjetivo da realidade objetiva...”.

Assim, corrobora-se com Aguiar (2011) e Duarte (2004) quando apontam que o movimento da consciência permite a criação de algo inédito e impulsionador na apropriação de conhecimentos, habilidades e valores. No presente estudo configura-se uma cisão entre pensar, sentir e agir, que resulta em um movimento de não transformação do sujeito, restringindo o desenvolvimento de sua personalidade, o que contradiz a função histórica do ideário que impulsionou a formulação da PNSM, responsável pela implementação de uma nova prática no campo da Saúde Mental, caracterizada pelo fomento de uma postura crítica e reflexiva frente à verdade objetiva (Faria, 2011).

## **5.2 Os sistemas de atividade: o significado dos elementos para a prática e a PNSM**

Voss (2015) referenciando Nicolini (2013) e Cassandre et al. (2011), explicita que prática é um conceito proveniente da TA que incorpora a concepção de sistema de atividades, onde estas constituem-se como elementos que apontam a relação que os sujeitos estabelecem com o mundo, bem como a forma de operacionalização da prática. Por sua vez, concebe-se o sistema de atividade por meio da cadeia de ações que são dialeticamente construídas em dada situação histórica e concreta. Entende-se que as ações e operações são unidades menores da atividade, possuindo relação com o todo, não sendo possível reduzir a atividade pela soma de ações (Kozulin, 2002; Picollo, 2012).

O modelo da prática da saúde mental no CAPS elaborado a partir dos documentos regulamentadores possui em sua composição 4 sistemas de atividades (Figura 3), entendidos por atividade, ação, operação e objetivos específicos. No decorrer das entrevistas, os profissionais do CAPS, usuários e profissionais do NASF não fazem menção a atividade em si, (excetuando-se a atividade do Acolhimento (A) que foi referenciada pelos 3 segmentos), mas relatam a realização de ações e operações que podem ser caracterizadas como parte integrante das demais atividades constituintes do sistema, sendo então identificadas.

No processo de análise das entrevistas, visualiza-se a exclusão de elementos componentes do sistema de atividades (espaços em branco nos diagramas), sendo por vezes a própria atividade na sua íntegra (espaços em branco com asteriscos vermelhos), ou ações e

operações concernentes, pelo fato de não terem sido citados pelos participantes ou não se encontrarem correspondentes aos elementos descritos.

Exemplificando o exposto, registra-se que houve a exclusão da atividade Reabilitação Psicossocial (C) pelos 3 segmentos abordados, o que em termos dos motivos orientadores, impacta significativamente na prática realizada. Apurou-se que ações, operações e objetivos específicos foram omitidos das atividades Acolhimento (A), Acompanhamento Especializado (B) e Articulação de Redes Intra e Intersetoriais, acarretando em prejuízo relacional entre sentido e significado, reproduzindo automatismo e alienação da consciência, a partir da desconexão com os pressupostos da PNSM.

Também, identificou-se a inclusão de elementos no sistema de atividade que agregam pertinência ao que o modelo da prática da saúde mental no CAPS propõe e, que apesar de não estarem descritos no modelo elaborado a partir dos documentos regulamentadores, são constituintes da realidade concreta vivenciada neste serviço. Remetendo-se ao sistema de atividades elaborado a partir da percepção dos trabalhadores (Figura 8), visualiza-se que os profissionais do CAPS identificaram 4 atividades sendo 3 já descritas no MAPC (Figura 3) e agregaram a atividade Organização dos processos de trabalho (E) composta pelas ações Gerenciamento da assistência e do cuidado (E1), Espaços de pactuação da equipe (E2) e Rotinas administrativas (E3), atividade estratégica para o alinhamento e viabilização da prática a ser realizada no serviço.

No MAPC elaborado a partir das normativas, constata-se a ausência de uma atividade referente a gestão dos processos de trabalho, contemplando ação de planejamento, monitoramento e avaliação. Considerando a abrangência (quantidade e diversidade) das ações, a composição de uma equipe interdisciplinar e a complexidade da natureza do serviço, essa atividade apresenta caráter estratégico, congregando a promoção de espaços para integração e reflexão da equipe acerca das atividades desenvolvidas no cotidiano visando um aprimoramento dos processos de trabalho.

Além da Portaria nº 854/2012, que define a utilização do instrumento de registro RAAS para o registro das ações de saúde, verifica-se que nos documentos pesquisados não há especificação quanto às rotinas sistemáticas de registros que deveriam ser efetuados pelo CAPS, como utilização de prontuários e demais relatórios, entendidos como fundamentais para a manutenção do serviço. Especificamente em relação aos prontuários, Reis et al. (2009) problematizam acerca de sua utilização como instrumento responsável por dar visibilidade à trajetória dos usuários nos equipamentos de Saúde Mental, no qual se inscrevem as operações



dispensadas, possibilitando uma análise do plano de cuidado instituído.

Deste modo, avalia-se que a Atividade (E) incluída pelo segmento dos trabalhadores de CAPS possa responder à necessidade de direcionamento, sistematização e qualificação dos processos cotidianos que constituem a prática desenvolvida no serviço.

Cabe ressaltar que, visualizam-se diferentes exemplos de inclusões e exclusões de elementos nos diagramas construídos que denunciam a forma de organização dos processos de trabalho que caracterizam a prática deste CAPS. A seguir, trataremos da discussão acerca dos principais elementos omitidos ou incluídos no MAPC e o respectivo significado desse cenário para a prática e o impacto para a PNSM.

### ***5.2.1 Núcleo e campo: interdisciplinaridade e terapeuta de referência***

Torna-se relevante pontuar a existência de uma lacuna representada pelo preenchimento parcial ou não preenchimento no MAPC dos campos referentes aos recursos necessários ao agente e quem realiza a ação. O MAPC considera que os recursos dos agentes são elementos necessários àquele que está executando a atividade, portanto, denota-se uma falta de clareza quanto aos atributos necessários aos profissionais para o desempenho das ações, bem como indefinição acerca das competências dos núcleos de atuação profissional, visto que não estão contemplados nos documentos que embasam a prática realizada no CAPS.

Atrelado a este cenário, emerge o questionamento quanto à real concepção que os agentes possuem acerca da natureza das atividades da prática e respectivas ações e operações que realizam. Parte-se do pressuposto de que se não há clareza “do quê” e “porquê” deve ser realizado, conseqüentemente faz-se presente uma dificuldade em se determinar “quem”, “como” e “o quê” é necessário para a sua operacionalização.

Nesse sentido, no cotidiano dos serviços, pode evidenciar-se falta de compreensão quanto ao sistema de atividades a ser desenvolvido e, por conseguinte, aos papéis dos profissionais, impactando em contradições no entendimento da prática pelos usuários vinculados e pelos profissionais que referenciam as pessoas para o cuidado no CAPS, emergindo a relevância da discussão em torno dos conceitos delimitados por Campos (2002) “Campo e Núcleo de Competência e de Responsabilidade”.

Campos (2000a) concebe “núcleo” como constituído por “características relativas à identidade de cada sujeito”, responsável por agregar a experiência pessoal, os saberes específicos de cada profissão, habilidades e vocação. Por sua vez o “campo” seria denominado

como espaço de intersessão, “um espaço coletivo de luta e composição, em que ocorre a produção de sentido para o coletivo”, onde cada disciplina buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000b, p.141). Para o autor, o grande desafio para a potencialização das ações em saúde, reside na combinação de graus de polivalência com determinado nível necessário e inevitável de especialização dos trabalhadores.

Considerando o contido nas entrevistas com os trabalhadores do CAPS, evidencia-se a dificuldade em se estabelecer o que seriam atribuições referentes ao Campo e ao Núcleo de competência e responsabilidade. Do discurso dos trabalhadores foram extraídas frases que explicitam pontuações que refletem uma dissolução dos saberes no cotidiano da prática no CAPS: “O que é específico do núcleo da minha profissão? Isso é complicado falando em CAPS, todo mundo faz um pouco de tudo” [sic]; “A gente tem que saber dosar o quanto todo mundo faz tudo pra não precarizar mesmo, que pode cair na gente começar a fazer funções que não tem capacidade técnica para fazer”[sic]; “Atividade específica da minha profissão? eu acho que não, específico eu acho que não, todos na verdade podem estar fazendo e eu faço também”[sic]; “A gente fica meio confuso sobre o que um faz, o que o outro faz”[sic].

A problemática do estabelecimento de demarcação das esferas de atuação entre os profissionais habita o campo da Saúde Mental, onde a equação que agrega a demanda pela interação das diferentes profissões com respeito as suas especificidades caracteriza-se por delimitações enevoadas, povoadas por tensões e confusões (Vaconcelos, 2010).

Retomando as conceituações de campo e núcleo, tem-se que no campo estariam os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades, elencadas por Campos (2002) como saberes básicos tais como: processo saúde-doença, relação profissional-paciente, regras gerais de promoção e prevenção, além de noções sobre política, organização de modelos e processo de trabalho em saúde.

Ressalta-se aqui, a complexidade inerente ao fenômeno do processo saúde/doença mental, o qual determina um campo caracterizado pela necessidade de construção da interdisciplinaridade e ética do trabalho coletivo. Corroborar-se com Sampaio, Guimarães e Abreu (2010), quando evocam que cada trabalhador, cada profissão do campo da saúde, em articulação com o campo da saúde mental, não é capaz de saber tudo, necessitando uns dos outros, assim, “interdependem-se”, “interdeterminam-se”.

Diante do exposto urge destacar que a superação da lógica da especialização não implica na negação da necessidade de qualificação e/ou ampliação de saberes específicos de cada

disciplina, mas exige pensar de maneira mais complexa a articulação entre os saberes no cotidiano das práticas (Pessoa, 2012).

É oportuno referenciar Oliveira (2007) que defende que o conceito de núcleo evoca que há especificidades entre as diferentes áreas do saber, mesmo sendo todas interdisciplinares em algum grau, de modo que há saberes diferentes e não necessariamente maiores e menores, superiores ou inferiores, mais ou menos importantes.

Assim, verifica-se que na realidade estudada existem disciplinas com limites muito tênues, onde a própria especificidade do trabalho se torna confusa, confusão manifestada no relato dos usuários: “quem é sua TR? Fulana. Ela é psicóloga? Não, ela é terapeuta”[sic]; “ele é psicólogo, terapeuta ocupacional? Não sei o que ele é, ele leva a gente jogar bola só”[sic].

Em consonância com o exposto, é inevitável trazer à tona a discussão sobre a figura do TR no CAPS. O dispositivo TR preconizado pela portaria 336/02, baseia-se na idéia de que um ou mais profissionais aproximem-se de certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles o PTS, avaliando as metas traçadas (Miranda, 2005).

Interessa-nos aqui, analisar como a lógica do TR pode influenciar a prática desenvolvida no contexto estudado, dinâmica apurada no discurso de um profissional da equipe: “o CAPS procura colocar o serviço em si, todos os profissionais na mesma, equipara os profissionais, apesar de você ter várias classes de profissão, cada um a sua maneira, a gente procura executar o mesmo trabalho, o trabalho de referência, então o psicólogo acaba não fazendo o atendimento clínico, ele vai fazer o trabalho de terapeuta de referência, assim como o enfermeiro também, que deixa de executar sua função de cuidado, pra fazer o trabalho de referência, o TO da mesma maneira, então são visões diferentes mas que acabam por executar o mesmo serviço”[sic].

Por sua vez, ao falar do núcleo da psicologia, verifica-se que a psicoterapia individual e grupo, operações preconizadas pelos documentos regulamentadores dos CAPS, não são privilegiadas neste local (operações excluídas dos diagramas elaborados a partir da percepção dos usuários/famíliares e trabalhadores de NASF – Figuras 16 e 21), fato legitimado pela fala dos profissionais do CAPS: “muitas vezes o paciente precisa do atendimento psicológico, fazer uma psicoterapia e aqui no CAPS apesar de termos psico não temos psicoterapia diretamente, temos um trabalho mais abrangente, mais geral...”[sic], “tem pessoas que continuam frequentando o CAPS e ao mesmo tempo faz a parceria com o NASF e clínicas escola das Universidades”[sic].

Tais falas nos posicionam frente à 3 questões fundamentais: 1) da falta de conhecimento e/ou entendimento das diretrizes estruturantes do trabalho nos CAPS; 2) da concepção/compreensão distorcida acerca das competências do TR no cotidiano do CAPS, cuja utilização de forma generalizada reflete uma apropriação alienada, desvinculada dos condicionantes que configuram a proposta tratamento interdisciplinar do CAPS; 3) das competências dos núcleos de atuação profissional, submetidos à uma dissolução dos saberes específicos que determinam sua identidade.

As narrativas repercutem em comportamentos observáveis no cotidiano da prática e que impactam no funcionamento da rede onde os CAPS estão inseridos, gerando questionamentos referentes à operacionalização das diretrizes da PNSM no CAPS, exemplificados pelos profissionais do NASF: “acho que é uma distorção, essa coisa de não ter atendimento nas especificidades...” [sic]; “ eu sinto isso, como se a “clínica” fosse para um outro local, a proposta de atendimento integral na prática acho que se desmontou um pouco, numa avaliação que eu tenho”[sic]; “a proposta do CAPS é de uma atenção integral, biopsicossocial, mas que na prática o CAPS acaba atendendo a crise e a parte psíquica acaba encaminhando para o ambulatório de psicologia, a parte social encaminha para o CRAS, se faz muitos encaminhamentos, de pedaços para locais diferentes”[sic]; “acho que eles distorcem a questão do TR, com a idéia de que o TR é a pessoa que decide, que toma a frente nas atitudes, que faz tudo...”[sic].

É estratégico referenciar Furtado (2001), que considera que o TR não é o único responsável pela execução de todas as atividades previstas no PTS, mas deve aglutinar a tarefa de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação daquele paciente, garantindo conteúdos alinhados aos princípios éticos da RP.

Ressalta-se que o trabalho do TR consiste em garantir ao usuário e demais profissionais da equipe uma visibilidade ligada à ampliação da clínica, com vistas a promoção da integralidade às demandas identificadas no PTS (Deleuze, 1990), atribuição comentada na fala de um profissional da equipe “é o gerenciador principal da clínica das pessoas, do caso” [sic]. Desse modo, a figura do TR não exclui a necessidade do acompanhamento especializado por uma equipe interdisciplinar, pelo contrário, busca potencializá-lo.

Dentro do contexto pesquisado, o TR é o profissional de nível superior, excetuando-se os médicos, no entanto, denota-se falta de clareza quanto ao motivo para tal definição: “quando eu entrei aqui, foi assim, técnicos de enfermagem não eram TR, eu acredito que por ser nível

médio” [sic], “não sou TR, não sei por quê, os médicos não são”[sic]. Esses relatos remontam novamente para a discussão sobre a alienação da consciência. Corroborando-se com Voss (2015) quando argumenta que a cisão entre pensar, sentir e agir ocasiona uma apropriação da alienação, refletindo pensamentos repetitivos, submissão e obediência, “os TR oficialmente são profissionais de nível superior, médicos não, a equipe nunca questionou,... a equipe nunca se incomodou deles não serem TR” [sic].

Através das informações levantadas, o que parece caracterizar a prática estudada, é uma lógica do TR, com a aparente centralização das ações e operações do sistema de atividades referentes aos pacientes que estão sob seus cuidados, independente do núcleo de competência ao qual pertencem. Nesse ponto, outro questionamento emerge: O TR se apresentaria como uma especialidade no CAPS, responsável por concentrar a operacionalização das ações do PTS dos usuários?

Excetuam-se ao cenário delineado os profissionais médicos, cujo núcleo de competência parece estar preservado, cujas operações são reconhecidas por todos os segmentos abordados. Pode-se inferir que tal situação seja decorrente da força da tradição que confere ao saber médico significativa relevância no imaginário de todos os envolvidos nas atividades do CAPS. Outra hipótese é que o fato encontre sustentação devido à demanda de tratamento medicamentoso e outras intervenções clínicas por parte dos usuários, familiares e colegas da equipe.

É interessante notar que essa diferenciação do papel do médico, constitui um paradigma enraizado na sociedade, não mostrando ser necessariamente, provocada ou alimentada de modo direto pelo médico em atuação no serviço, que assinala em seu discurso o caráter positivo do trabalho em equipe: “um bom motivador para eu continuar aqui é porque é um trabalho interessante, multidisciplinar e menos bitolado na medicina” [sic]

Isto posto, é inquestionável a relevância do dispositivo TR para a organização e gestão do PTS, principalmente no que tange a promoção do vínculo responsável por garantir o processo de adesão do usuário ao plano de cuidado instituído, conforme a narrativa de uma usuária do CAPS: “o TR representa a pessoa que eu posso colocar as coisas do baú, que ninguém tá sabendo, alguém que ajuda você a pensar sobre determinado assunto e entender o que você não consegue entender sozinho”[sic].

Em contrapartida, face a complexidade do objeto de intervenção, o dispositivo TR não deve se sobrepor à lógica da atuação interdisciplinar nos PTS dos sujeitos, onde é essencial a delimitação das competências profissionais considerando o núcleo de formação, com vistas a garantir o processo de efetivo compartilhamento dos saberes, respondendo assim ao desafio que

habita o discurso de alguns agentes da prática estudada: “conseguir não desperdiçar os nossos conhecimentos específicos de cada profissão, porque meio que todo mundo faz tudo no CAPS”[sic].

Retoma-se pois, que o exercício da interdisciplinaridade configura-se como exigência para o funcionamento do CAPS, conforme estabelecido pela Portaria 130/12: “organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a lógica da interdisciplinaridade, priorizando espaços coletivos” (Brasil, 2012, Art. 5, Inciso VIII), estando relacionada intimamente com o objetivo geral da prática: Promover integralidade da atenção e humanização da assistência.

Explicita-se que no campo da Atenção Psicossocial é reconhecida a necessidade da superação da tecnificação do trabalho nos serviços, demarcada unicamente pela concentração dos profissionais sobre seu núcleo de competência e profissão, em favor de um modelo inspirado na racionalidade interdisciplinar e dialógica responsável pela interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, agregando tratamento de caráter clínico e de reabilitação psicossocial (Onocko-Campos; Furtado, 2006).

### ***5.2.2 Reabilitação psicossocial: o desafio para a efetivação da prática da atenção psicossocial***

A atividade Reabilitação Psicossocial (C) pode ser concebida como a grande força motriz do CAPS, caracterizada pelo processo de reconstrução que objetiva o exercício pleno da cidadania e poder contratual dos usuários nos diferentes cenários de vida definidos como habitat, rede social e trabalho com valor social (Saraceno, 2010).

Dentre as atividades que compõem o MAPC do CAPS, é sem dúvida a que representa o diferencial do paradigma da atenção psicossocial em relação aos demais modelos existentes no campo da saúde mental, sendo a sua efetivação responsável por dar concretude aos motivos que orientam a prática do serviço em questão. No entanto, verifica-se que a sua exclusão na íntegra do sistema de atividades que caracterizam a prática do CAPS, elaborado a partir da percepção dos diferentes segmentos abordados, incita questionamentos: qual a concepção do processo de reabilitação psicossocial e qual seria seu lugar na prática do CAPS?

Com vistas a subsidiar a discussão, é oportuno referenciar Pitta (2010) que aponta que a temática da Reabilitação Psicossocial é perpassada por uma diversidade de definições e pressupostos que podem suscitar múltiplas interpretações. Na definição da International

Association of Psychosocial Rehabilitation Services, a Reabilitação Psicossocial caracteriza-se pelo processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade, enfatizando potenciais do indivíduo, mediante suporte residencial, vocacional, social, educacional adequados as singularidades das demandas de cada indivíduo.

Bertolote (2010) e Saraceno (2010) agregam novos elementos à temática quando abordam que, devido ao fato da Reabilitação Psicossocial no Brasil apresentar-se como uma prática ainda sem corpo teórico e conseqüentemente sem um modelo instituído, incorre-se no risco da utilização de antigos modelos e teorias de referência que geraram práticas avaliadas como insatisfatórias. Outro risco apontado consiste na afirmativa: “na ausência de uma teoria de referência sempre se segue uma ideologia de referência” (Saraceno, 2010, p.151).

Diante deste cenário, infere-se que a exclusão da atividade (C) Reabilitação Psicossocial do MAPC seja produto de uma falta de entendimento ou compreensão distorcida pelos diferentes agentes da prática quanto a conceituação e operacionalização desse processo. Cumpre assinalar que o tratamento e reabilitação são perspectivas indissociáveis, assim, para reabilitar ao sujeito, é preciso prover tratamento contínuo, através da transformação das velhas práticas pautadas pela reprodução de conhecimentos técnicos, identidades pré-estabelecidas, doença, poderes e ideologias. Remetendo-se para o MAPC elaborado a partir das regulamentações, a atividade da Reabilitação Psicossocial relaciona-se diretamente às outras 3 atividades, sendo alimentada pelas ações e operações que as constituem.

Saraceno (2010) argumenta que além do vínculo usuário-profissional, cuja relação é alimentada pelo gasto de tempo, energia e afetividade, outro aspecto influenciador dessa atividade é o método, ou seja, a maneira como o serviço está organizado. Conforme assinala o autor “a reabilitação é essa conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, para reproduzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices deste tipo de entretenimento” (Saraceno, 2010, p.18).

Nesse ponto da discussão, a inserção da temática da intersetorialidade se faz necessária. Campos (2010) aborda que a intersetorialidade implica no estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população. Ao CAPS se apresenta o desafio de envolver e articular com os diferentes setores das políticas públicas a garantia de direitos sociais que possibilitem a promoção de mecanismos que contribuam para o processo de reabilitação e reinserção social de seus usuários.

Cabe referenciar que as CNSM constituem marcadores sócio-históricos do processo da RP. Assim a IV CNSM com o tema “Saúde Mental: direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, contempla questões sobre direitos humanos e cidadania, pautando a necessidade de diálogo com outros setores e políticas.

Tal fato representa que a construção coletiva das políticas de saúde mental deve fazer frente ao maior imperativo das práticas cotidianas no campo nos últimos anos: implantar o trabalho em rede, não limitado à saúde, mas com outros setores, campos de atuação, políticas sociais e movimentos sociais. Desta forma, “a direção da intersetorialidade representa um avanço radical em relação às conferências anteriores, pois atende às exigências concretas que as mudanças do modelo de atenção trouxeram para todos” (Brasil, 2010a, p.7).

Assim, o que se coloca em questão é a capilaridade do trabalho extra CAPS. Nos relatos de alguns profissionais é possível evidenciar algumas contradições entre fazer e dizer, definidos por Nicolini (2013) como aspectos elementares para o estudo da prática. Ao comentarem sobre a construção do PTS, assinalam a relevância do caráter singular das demandas apresentadas pelos sujeitos, assim como a necessidade deste não se limitar às ações intra CAPS: “eu sempre conversei com eles que o tratamento deles não se resume, somente a vir no CAPS”[sic]. No entanto, não evidenciam-se nas próprias falas e nos comportamentos concretos, a adoção de estratégias voltadas a articulação extra CAPS que impactem no processo de reabilitação psicossocial: “O CAPS acaba não articulando coisas fora, muito pouco. Nossa articulação é de trazer pessoas aqui para falar, a gente já chamou aqui uma pessoa do Liceu de Ofícios...”[sic].

Diante desses apontamentos, identificam-se falas que responsabilizam unicamente o usuário pela dificuldade de inserção destes em outros espaços que não o CAPS: “Eles criaram uma lógica de que é só o CAPS, é só o CAPS” [sic];

Salienta-se que estamos tratando de um processo complexo que pressupõe fortemente a relação do sujeito com o mundo exterior onde os objetivos específicos das ações dessa atividade: garantir o exercício de direitos de cidadania, produzir novas possibilidades para projetos de vida, propiciar a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, ampliar redes sociais e autonomia e mediar relações para criação de novos campos de negociação e diálogo, apresentam-se como significativos desafios para a superação de uma relação histórica de exclusão social.

Tal fato aponta para a necessidade de ir além do simples encaminhamento da pessoa para outros serviços. O apoio do CAPS deve se dar fundamentalmente na direção da remoção de barreiras, que conforme descreve Bertolote (2010), impedem a integração do sujeito na



comunidade e conseqüentemente o pleno exercício dos direitos e cidadania: “ele nem acha que é capaz de fazer, que dá conta. E também porque ele não se sente inserido naquele serviço, ele acha que aquele serviço não é pra ele” [sic].

O trecho citado pode explicitar a real dificuldade de inserção em espaços sociais que é decorrente do processo de empobrecimento da contratualidade dos sujeitos, em termos individuais, familiares ou comunitários, sendo necessários mecanismos promotores de emancipação e superação de preconceitos, impregnados muitas vezes no próprio sujeito, familiares e até mesmo nos profissionais (Babinski e Hirdes, 2004).

Entende-se pois, a necessidade da combinação do tratamento intra CAPS com ofertas terapêuticas que considerem as singularidades das demandas dos sujeitos, promovendo uma efetiva integração com diferentes setores da rede, caracterizada por forte permeabilização do serviço a saberes e recursos circundantes a estes.

Trata-se de um incessante movimento de construção coletiva que fomente uma prática intersetorial. E ao falarmos de construção coletiva, podemos citar Martinelli quando diz:

É muito importante que possamos construir identidades pela positividade. Identidades pedem reconhecimento, reciprocidade, são construções coletivas. Não há como construir identidades de modo solitário e ninguém constrói identidade no espelho, pois ela é construída no cenário público, na vida cotidiana, juntamente com os movimentos sociais, com as pessoas com as quais trabalhamos (2006, p.11).

Outra questão relevante para a discussão diz respeito à participação familiar e sua interface no processo de tratamento e reabilitação psicossocial. Corrobora-se com Babinski e Hirdes (2004) quando pontuam que os novos serviços de Saúde Mental devem operar na perspectiva da inserção familiar, componente indissociável nas estratégias de cuidado e reabilitação, com vistas à produção de contratualidade e bem-estar.

Um dos campos de intervenção no contexto de vida dos usuários é a relação familiar. Desta forma, entende-se que o acolhimento do familiar é essencial ao trabalho no CAPS, visto a grande fragilidade gerada pelo processo de adoecimento, sendo necessária a oferta de espaços de continência.

Assim sendo, preconiza-se que a participação familiar deve ser contemplada em ações presentes nas diferentes atividades que compõem o sistema de atividades da prática do CAPS. O que pode ser verificado entretanto, é uma fragmentação da prática realizada, caracterizada

por uma participação incipiente ou não participação da família, o que pode ser visualizado nas seguintes falas de usuários e familiar de usuário: “a equipe não se envolve com minha família, mesmo por que eu não fico muito perto da minha família, mais por este motivo. Eles sofreram muito por causa do meu bipolar, eu era muito agressiva...” [sic], “não, minha família nunca veio no CAPS”[sic], “às vezes ele vem, mas eu não sei bem se é pra ele vim”[sic], “eu nunca fui chamada pra nada”[sic], “quando eu vim aqui a primeira vez, essa filha minha me acompanhou aqui. Foi a primeira vez e única, depois que eu entrei aqui, eu não saí mais, faz 2 anos já”[sic].

Estes relatos demonstram que o trabalho deste CAPS não prioriza a realização de atividades que envolvam os familiares diretamente. Tal fato encontra ressonância na exclusão das operações concernentes à ação Atendimento Familiar (B.4), (B.4.2, B.4.3, B.4.4), bem como na ausência da participação destes no espaço democrático e deliberativo promovido pelo CAPS, como é o caso da Assembléia. Registra-se que a abordagem familiar é por vezes realizada através de atendimentos individuais, viabilizados pelo TR ou médico assistente (acompanhamento das consultas).

Problematizando sobre a situação apontada, pode-se hipotetizar que ocorra devido dificuldade do CAPS em lidar com a desresponsabilização da família, influenciada pela não compreensão acerca da doença e conseqüentemente da relevância de seu papel no processo terapêutico, contribuindo para a reprodução e perpetuação de relações de estigmatização, afastamento e sofrimento.

Tavares e Souza (2009) argumentam que a participação dos familiares do usuário no CAPS é de suma importância, porém por vezes, podem ocorrer dificuldades em acolher esse familiar por não haver clareza do papel do mesmo para a equipe. Argumentam sobre as singularidades que constituem o contexto familiar, sendo necessário por vezes se deslocar, ir de encontro à família, com vistas a compreender os aspectos relacionados ao cenário onde vivem, deste modo, as visitas domiciliares são recursos importantes para a composição de um diagnóstico situacional.

Aponta-se a necessidade de investir em mudar a cultura reproduzida, através do fortalecimento desses atores enquanto sujeitos, oportunizando o resgate de seus próprios projetos, desencadeando um processo de deslocamento da condição de familiar de doente mental, visando transformá-los em parceiros do CAPS e co-responsáveis pelo tratamento de seus familiares.

Concorda-se com Aguiar (2011) e Nicolini (2013) quando explicam que tal fragmentação traz contradições para o entendimento da prática pelos atores a respeito de como

e onde devem chegar, proporcionando a não transformação de aspectos da consciência. Desta forma os impactos esperados a estes atores ficam limitados, perdendo em dinamicidade da prática, no entendimento e no processo de transformação social que a atividade possibilita.

### **5.2.3 A participação e controle social: autonomia e protagonismo**

A PNSM apresenta como uma de suas diretrizes a participação e controle social dos usuários, familiares e sociedade, entendida no MAPC como motivo orientador da prática desenvolvida, relacionando-se a ele o objetivo geral da prática do CAPS: estimular autonomia e protagonismo dos usuários.

Assim, o amplo exercício participativo esbarra no desafio de exorcizar os fantasmas manicomiais do isolamento, passividade, tutela e impotência, promovendo a interlocução entre os ditos loucos e a vida em sociedade (Costa e Paulon, 2012).

Para Costa-Rosa, Yasui & Luzio (2001) e Amarante (2009), o exercício da participação política e do controle social na RP deve dar continuidade ao projeto de superação do modo asilar e todas as suas consequências, dando lugar ao modo de atenção psicossocial que não se limita apenas à criação de novos modelos assistenciais, mas incorpora também outras dimensões teórico-práticas que envolvem a construção da cidadania e transformação das relações que se estabelecem.

Neste cenário, Vasconcelos (2003) atribui ao controle social papel alavancador de estratégias de empoderamento no campo da saúde mental, que possibilitam um processo de fortalecimento e autonomização de sujeitos e grupos nas suas relações e práticas cotidianas, constituindo-se como efeito de um conjunto de práticas de enfrentamento pessoal e coletivo frente ao estigma, discriminação e exclusão social.

É oportuno referenciar trecho da IV CNSM, que legitima a busca pelo protagonismo e controle social nos serviços de Saúde Mental:

A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto seria fundamental a inclusão dos

diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências (BRASIL, 2010, p. 38).

Considerando o exposto no MAPC, a ação Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares (D.1), constituinte da atividade Articulação de redes intra e intersetoriais (D), poderia indicar a efetiva participação do usuário, visto que contempla entre suas operações, a inserção destes nos canais de exercício da cidadania, como Assembléias, Conselhos de Saúde, Conferências, bem como o papel do serviço no fomento ao debate das políticas públicas e da defesa de direitos no território.

Apesar da maioria das operações identificadas acima terem sido referenciadas pelos segmentos dos trabalhadores e usuários, é relevante refletir sobre “como” se organizam esses espaços de modo a evitar que se tornem produtores de uma lógica da alienação de seus participantes, conforme apontado na narrativa de um profissional “acho que o desafio está no profissional não conseguir sair do centro do saber, da tomada de decisão e protagonizar o usuário dentro de seu processo de cuidado”[sic].

Figueiro e Dimenstein (2010) problematizam que, apesar dos avanços da RP, os usuários ainda seguem como espectadores nesse processo, sendo preciso a retomada do protagonismo, vivenciando um processo articulado que integre a construção de uma consciência crítica com a capacidade real de intervenção e transformação da realidade.

Ao pensar na assembléia enquanto recurso potencializador de mudança de paradigma assistencial aponta-se para questionamentos relacionados ao sentido desse dispositivo bem como ao preparo e/ou capacitação necessários aos profissionais, “alguns profissionais falaram de não entender a assembléia como espaço potente, das repetições das queixas dos frequentadores, achar que o trabalhador tem que ir pra assembleia pra dar resposta”[sic].

Conforme Martinelli:

[...] a substância do existir é a prática, [...] Só se é algo mediante um contínuo processo de agir; só se é algo mediante a ação. [...] É na prática e pela prática que as coisas humanas efetivamente acontecem, que a história se faz. [...] Por isso, a esfera básica da existência humana é a aquela do trabalho propriamente dito, ou seja, é a prática que alicerça a existência material dos homens. (Martinelli apud Severino, 2006, p. 22).

Frente ao exposto, esse espaço pode viabilizar o exercício de construção dialética da prática no CAPS, no sentido de proporcionar aos profissionais e usuários uma maior reflexão

crítica sobre seu cotidiano que por vezes se produz de forma alienante, com o descompromisso com o real objetivo.

#### **5.2.4 A relação entre CAPS e NASF: os impasses para a consolidação das práticas**

Corroborar-se com Onocko Campos (2011) quando sustenta que é a partir da articulação da saúde mental com a Atenção Básica que almeja-se que os serviços abandonem o que define como “lógica centrípeta de funcionamento”, centrados em si mesmos, trabalhando na perspectiva de ações voltadas à ampliação da clínica da atenção psicossocial, com vistas a inclusão social e pleno exercício da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental.

Cavalcanti (2009) afirma que um dos principais desafios do CAPS consiste em conciliar as práticas que ocorrem no interior do serviço com a extensão das práticas no território, de modo a dar capilaridade às ações, contribuindo para o processo de desinstitucionalização de práticas culturalmente reproduzidas. Assim avalia-se que a articulação entre os profissionais da saúde mental do CAPS com os profissionais que atuam no território (equipe de NASF) possui caráter estratégico para a ruptura do paradigma tradicional de assistência em saúde mental que impele à adoção de múltiplas dimensões da clínica.

Interessa-nos verificar, qual a relação existente entre esses atores, e para tal, são destacadas falas, primeiramente dos profissionais do CAPS: “Eu entendo que não tem uma relação próxima e é muito difícil. Muitas vezes a pessoa vem com encaminhamento da Unidade e quando a gente vai ver não é demanda pra CAPSad. A gente entende que eles estão sobrecarregados, que eles não tem profissionais especializados, mas eles encaminham pessoas que não precisam de CAPS, que eles poderiam atender lá mesmo, já que tem NASF lá dentro – não o que acontece...”[sic]; “hoje eu percebo que a gente tem dificuldade muito grande, não sei se é de nós enquanto CAPS ou da Unidade de Saúde enquanto APS...”[sic]; “a gente poderia estar mais próximos”[sic].

É possível avançar na discussão identificando as narrativas dos profissionais do NASF: “nossa ...isso me faz pensar que a gente conhece pouco o trabalho do CAPS dentro mesmo, a gente tem uma teoria, mas no miudinho como é que é mesmo lá dentro a gente tem pouco, eu não sei”[sic]; “eu não tenho muita comunicação com eles... nunca fui lá”[sic]; “eu vejo que tem um investimento grande de que as Unidades saibam do papel do CAPS, o que é CAPS, como encaminhar, acho que tem pouca essa via de retorno, que a atenção especializada saiba o papel da APS, qual a potência... por exemplo, no último colegiado teve uma enfermeira que se surpreendeu “nossa então não tem uma psicóloga na Unidade de Saúde pra atender os casos?”

[sic]; “ Eu vejo que o CAPS não sabe muito o que é a Unidade, qual o serviço, qual o trabalho”[sic].

É relevante pontuar que estamos tratando de práticas realizadas em diferentes pontos de atenção à saúde mental, mas que conforme sistematizado no Diagrama da PNSM (Figura 2) estão conectadas pelas diretrizes da PNSM (motivos orientadores) convergindo os esforços para atingir os mesmos objetivos gerais: promover equidade, promover e ampliar acesso e qualidade dos serviços, garantir integralidade do cuidado, favorecer inclusão social, promover articulação e integração dos pontos de atenção e organizar serviços de rede de atenção à saúde regionalizada com ações intersetoriais.

Entretanto, o que se observa é que as narrativas evidenciam um distanciamento entre os agentes das práticas (Atenção Básica em Saúde e Atenção Psicossocial Especializada), habitado pela falta de conhecimento e entendimento quanto a função dos diferentes serviços, gerando expectativas por vezes diferentes das propostas pelas políticas que os norteiam.

Os apontamentos desses profissionais podem ser reflexo da perspectiva que os próprios agentes têm da realização da prática, muitas vezes influenciada por concepções já instituídas, perpassadas pela cultura do encaminhamento e desresponsabilização, problematizada na fala de uma profissional do NASF: “tem casos que as vezes o lugar não é bem no CAPS mas também não na Atenção Primária, então vamos ver o que articulamos no meio do caminho, não se trata de jogar não é meu e não é seu, é pensar junto”[sic].

O desafio consiste em se coadunar a multiplicidade de vozes dos sistemas de atividade que compõem a rede com vistas à adoção de novas práticas de atenção e cuidado em saúde mental, construtoras de sentido e significado para os agentes envolvidos e que realmente possam impactar na consolidação de uma política integrada.

### ***5.2.5 Subjetividades e disciplinaridade: dificuldades na efetivação das atividades***

As narrativas dos trabalhadores revelam dificuldades que se interpõem no cotidiano, fazendo emergir na prática uma série de contradições, responsáveis por desencadear processos de ruptura alienada e alienante entre o significado e o sentido, assim definidos por Leontiev (Duarte, 2002).

Primeiramente é interessante notar a heterogeneidade do percurso profissional dos trabalhadores, sendo alguns caminhos já trilhados no campo da Saúde Mental, ao passo que outros foram percorridos ao acaso, a partir de encontros e desencontros. Muitos portanto, chegaram sem qualquer experiência prévia ou formação específica na área “até então eu tava

no hospital... eu nunca trabalhei com saúde mental”[sic]; “saúde mental? Minha experiência esta sendo aqui” [sic]; “pra mim foi algo novo, não conhecia muito dessa área” [sic].

Alguns revelam inclusive haver tido que vencer uma certa rejeição em relação à área: “quando eu fiz estágio na época, esse era um setor que eu falei esse eu não quero pra mim, daí a vida dá voltas e eu vim parar aqui” [sic]; “eu não queria muito saúde mental no começo, então minha idéia inicial não era trabalhar em CAPS saúde mental”[sic], “tinha uma visão mais preconceituosa, até tinha receio de trabalhar com dependente químico”[sic].

Observa-se que a partir da atuação no CAPS, os trabalhadores apontam que foram se sentindo envolvidos por um processo de reflexão crítica acerca dos paradigmas que traziam consigo: “foi um processo duro, difícil, até por que a gente tem que romper muitos conceitos que a gente tem , pra mim tem sido e continua sendo um aprendizado cotidiano de tudo, de superar a lógica da minha formação”[sic], “estou nesse processo de desconstrução, no começo foi um choque, foi bem difícil lidar com isso no começo”[sic]; “depois de trabalhar aqui, você acaba mudando sua visão, ... passa a aprender a ouvir, compreender o ser humano, entender que é diferente.... principalmente nas suas necessidades”[sic], “ hoje eu vejo o quanto que eles tem pra nos ensinar, habilidades, potencial, hoje tenho uma visão bem mais aberta com relação à isso”[sic], “hoje posso dizer que gosto de trabalhar na Saúde Mental, que me encontrei”[sic].

Pessoa (2012) apresenta que o ato de cuidar em saúde mental, abarca dimensões afetivas, éticas, ideológicas e políticas além das dimensões técnica e procedimental. Tratam-se portanto, de relatos de identificação e empatia, que expressam um rompimento paradigmático, pelo confronto com uma nova concepção de sujeito e o repensar das práticas até então instituídas.

Para além do afeto em sua materialidade positiva no trabalho, evidencia-se a questão da falta de preparo para a operacionalização dos processos de trabalho, o que pode ser problematizada pela fala de um trabalhador: “eu ouço muito dos profissionais que vieram para cá reclamarem que nem sabiam o que era o CAPS e de repente já estavam trabalhando nele, sem uma integração, um conhecimento do que é, como funciona, de como é grupo terapêutico, como funciona, o que deve fazer no grupo” [sic]; “o que mais dificulta o processo de trabalho é o pouco entendimento que a gente tem dos casos dos pacientes, do que é o CAPS, do que é a Saúde Mental, do que é transtorno mental, do que é usuário de drogas... com o tempo a gente vai aprendendo, mas aprendendo na prática, e às vezes vão dando coisas erradas” [sic].

As falas trazem a tona a discussão em torno de duas importantes temáticas relacionadas a qualificação profissional e ao Projeto Terapêutico Institucional do CAPS. Segundo

Chiavagatti et al. (2012) o Projeto Terapêutico Institucional (PTI) é um instrumento formativo e ordenador dos processos de trabalho nos serviços, detentor da filosofia norteadora para a equipe acerca de todo o trabalho institucional.

Assim, os trabalhadores foram questionados sobre o PTI do CAPS: “Como assim? Não, não conheço, nunca me falaram, nunca vi nada escrito sobre isso”[sic]; “Como assim projeto institucional? Eu conheci as ações do CAPS pela orientação que eu tive de todos os colegas de trabalho, do coordenador, de como funciona o CAPS, mas que alguém me deu um documento ou algo assim pra ler, não” [sic]; “vc vê... eu realmente não participei disso, peguei uma estrutura montada, eu me sinto inseguro de falar do PTI, eu já cheguei com um projeto montado já”[sic]; “não, tinha conhecimento de funcionamento de CAPS geral, por ter lido a portaria que regula, mas o projeto institucional, não lembro de ter tido contato”[sic].

Os PTI são documentos responsáveis por embasar as práticas do serviço, com vistas a promoção de visibilidade e sustentabilidade das diretrizes preconizadas pela PNSM, fomentando processos de trabalho alinhados com os pressupostos que embasam o paradigma da atenção psicossocial.

Nicolini (2013) esclarece que uma prática é definida a partir de um conjunto complexo de tarefas e projetos com vistas a atingir um objetivo geral, onde todos os membros tenham o mesmo entendimento de como e onde devem chegar e que as ações do outro sejam inteligíveis e que façam sentido a todos os participantes.

No cenário estudado, pode-se inferir que a ignorância da equipe em relação ao PTI do CAPS, é responsável por alimentar um processo de alienação, constituído pela dissolução entre o sentido e o conteúdo do trabalho.

Tomando por base a conceituação da prática e a inexistência de um PTI compartilhado por toda a equipe, infere-se que a prática estudada desenvolve-se a partir de diferentes concepções: “tem diferenças no entendimento, entendimento de cada pessoa, como cada pessoa interpreta o serviço do CAPS”[sic], “eu vejo que a gente tem duas práticas bem diferentes, a equipe da noite tem uma prática bem diferente parece outro CAPS a noite”[sic], “um pensa de uma forma o que é o CAPS, outro já pensa de outra forma e daí, às vezes, fica nesse conflito”[sic].

Também, que por falta de um direcionamento acerca dos processos de trabalho, os profissionais acabam por se amparar nos colegas de equipe, reproduzindo comportamentos observados: “particpei de um grupo de outro profissional e naquele momento eu tentei seguir o que aquele profissional fazia, do jeito que ele fazia” [sic], “normalmente acompanham o grupo



de outros terapeutas aqui pra aprender como faz, mas a gente não tem nem como saber se esse grupo já está viciado, ou de alguma forma não tá sendo tão eficaz” [sic].

Dalla Vechia e Martins (2009) agregam sentido ao exposto quando explicitam que as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços, encontram-se intimamente relacionadas com acúmulos anteriores, representados por aspectos da formação e experiências pregressas dentro de um contexto formal ou informal.

Desta forma, frente à diversidade das bagagens que os profissionais da equipe carregam, o PTI apresenta-se como instrumento fundamental para o fortalecimento da identidade do CAPS, com a prerrogativa de sustentar uma prática que contribua para a efetivação do modelo de atenção psicossocial em dado território.

Diante do exposto, a reunião de equipe geral (E.2.3) pode ser concebida como instância formal de coordenação do trabalho, proporcionando um local para a congregação de todos os profissionais, oportunizando discussões que resultam em arranjos organizacionais que pautam a realização das atividades. Destaca-se que é o espaço estratégico para a operacionalização do PTI, através do alinhamento dos processos de trabalho, com a difusão dos preceitos da RP e diretrizes da PNSM, notadamente em função dessas fornecerem um imaginário de transformação que dá significado ao trabalho, contemplando os motivos orientadores da prática realizada: “ é um espaço de discussão e coesão da equipe, que o CAPS é um trabalho que a equipe precisa estar bem “coesionada” pra ele funcionar, por ser essa coisa junta”[sic].

Inerente ao PTI outro aspecto que merece destaque, diz respeito as ofertas terapêuticas promovidas para os usuários. Considerando a realidade concreta do equipamento estudado suscita-nos interesse em verificar como as ofertas terapêuticas grupais são planejadas e executadas neste contexto e, sobretudo quais são suas potencialidades na produção de sentido para a prática realizada.

É possível visualizar no MAPC construído a partir das entrevistas com trabalhadores do CAPS e usuários (figuras 10 e 16) que as ofertas grupais se restringem às atividades de suporte social (B.2.3), Grupos de Referência (B.2.5) e a Oficinas terapêuticas (B.2.4), sendo operações contempladas na ação Atendimentos em grupo (B.2).

Nos debruçaremos aqui sobre as especificidades das oficinas terapêuticas realizadas, identificadas a partir das falas dos segmentos abordados: “tenho uma oficina, de esportes, na minha oficina a gente executa atividades de voleibol” [sic]; “oficina de jogos... dama, xadrez, dominó”[sic]; “oficina de esporte e lazer... alguns usuários vão jogar futebol mas outros ficam

na academia ao ar livre”[sic]; “oficina sobre debate...política da população em situação de rua, direitos trabalhistas, música para debater a letra”[sic].

Ao analisar as narrativas dos grupos envolvidos, é possível identificar o modus operandi dessa operação. Alguns trabalhadores do CAPS advertem: “eu acho que a maioria das oficinas na verdade são bem desinteressantes, se eu fosse usuário daqui eu não faria algumas” [sic]; “a oficina não é uma coisa muito organizada, seria legal se tivesse uma coisa mais qualificada tecnicamente... tinha que ser uma coisa que o pessoal participasse mais, muitos ficam o dia inteiro naquele sofá ali”[sic]; “com relação às oficinas, tinha que ter um direcionamento... as oficinas deveriam ser indicadas, como por exemplo, o futebol, ele está indo porque ele gosta, mas naquele horário só tem aquela oficina...”[sic].

Aprofundando a discussão, seguem os objetivos descritos pelos usuários realizar as referidas oficinas: “calculo que seja pra unir a galera, porque fica um pra lá outro pra cá e nessas horas todo mundo tá junto”[sic]; “pra me manter ativo né, ter o que fazer”[sic], “pra distrair um pouco, a cabeça né, se esquecer de um monte de coisa”[sic], “eles fazem atividade aqui porque, né, senão fica ruim, imagina se o cara vem aqui só pra almoçar e vai embora? Daí passa o dia aqui, fazendo atividade, se esquece de tudo, dos problemas, fica focado só aqui, né, daí de noite você vai embora”[sic].

Objetivando fomentar a reflexão sobre o conteúdo verbalizado, Souza e Pinheiro (2012) advertem que as oficinas terapêuticas devem favorecer a expressão dos usuários, sendo entendidas como instrumentos clínicos e políticos, promotoras de autonomia, cidadania e novas relações entre sujeitos, grupos e polis. Assim, são fundamentais para o resgate da clínica, não devendo se limitar a “ocupar” ou “entreter” os usuários no espaço inclusivo do CAPS.

Nesse ponto é estratégico retomar a argumentação de Kozulin (2002), Piccolo (2012) e Roth & Lee (2007) que apresentam que o sistema de atividade é definido a partir da cadeia de ações dialeticamente construídas em determinadas situações históricas e concretas, sendo as ações e operações unidades menores da atividade, que possuem relação com o todo. Deste modo a atividade corresponde a um motivo, às ações aos objetivos e as operações às condições (Voss, 2015).

Partindo desse raciocínio e considerando as narrativas dos profissionais e usuários, infere-se que a inexistência do PTI do CAPS contribui para a fragmentação da prática no cenário estudado, sendo marcada pela execução de ações isoladas sem planejamento integrado entre os diferentes atores que a compõem, gerando falta de clareza quanto à sua operacionalização: “ quanto aos objetivos das oficinas... surgiu a idéia de colocar no mural e

cada terapeuta ficou de colocar sucintamente o objetivo pro colega visualizar um pouco melhor” [sic].

Retoma-se aqui a influência das diferentes concepções que os profissionais possuem acerca “do quê”, “como” e “porquê” algo deve ser realizado, apurando-se que no cenário pesquisado, as oficinas terapêuticas são executadas a partir da disponibilidade e possibilidades dos profissionais, constituindo-se como espaços que privilegiam o entretenimento do público geral.

É reconhecido que a grupalidade ou o grupo caracteriza-se como um dispositivo de atenção e promoção de cidadania no CAPS, principalmente pelo caráter intermediador na dialética indivíduo-sociedade, com potencial de promoção de diálogo, (re) construção de si, das identidades, das interações sociais e da realidade vivenciada (Bellenzani et al., s/d).

Concorda-se com Santos (2010) quando salienta que tendo em vista a distintas formações e perfis dos profissionais é fundamental a sistematização de uma metodologia para o desenvolvimento do trabalho com grupos, de forma articulada entre todos os integrantes da com vistas a atender aos objetivos dos macroprocessos.

Diante do cenário explicitado, a falta de preparo e de qualificação profissional surgem como pontos nevrálgicos para a efetivação da prática, caracterizando um nó crítico conforme destacado na fala de profissionais do CAPS: “ falta de suporte para nós profissionais, tanto do adoecimento: por que pra onde vai tudo que a gente absorve? Nós não temos nenhum tipo de suporte para os profissionais que estão adoecidos. Então esses profissionais precisam de ajuda. E o próprio treinamento, porque não tem nada quando a gente entra aqui, não tem nada de treinamento”[sic]; “ eu acho que a saúde mental precisa de uma formação, uma formação específica, ou uma sensibilização para o trabalho com saúde mental, porque senão a gente acaba transformando o trabalho com saúde mental num julgamento moral, isso é muito complicado para um serviço, para um equipamento de saúde, quando o usuário é julgado, é maltratado”[sic].

Salienta-se que aos profissionais da saúde mental é outorgada a tarefa da mudança de paradigma assistencial através da efetivação da prática psicossocial. As falas revelam atravessamentos de fatores de ordem pessoal e profissional como desgaste, sofrimento, falta de sensibilização e formação para a lida com o sofrimento do usuário, o que impacta na criação de barreiras no cotidiano do campo da Saúde Mental.

Rigoli et al. (2006) ressaltam que se não houverem mudanças nas ações e capacidades dos trabalhadores, qualquer tentativa de reforma não produzirá efeitos ou produzirá efeitos

contrários. Para tal, torna-se essencial o investimento na qualificação profissional bem como suporte para equipe frente às dificuldades vivenciadas no cotidiano.

A análise das entrevistas com os profissionais, ainda permitiu identificar aspectos relacionados à composição da equipe técnica que influenciam diretamente na prática, entre eles, que há uma defasagem nesta equipe em relação ao profissional da psicologia, o que é identificado através dos relatos: “ falta psicólogo.... acho que o grupo terapêutico deveria ser conduzido pelo psicólogo, pelo treinamento mais específico”, eu acho que na saúde mental deveria ter mais psicólogos, a gente tem mais assistente social e TO, não é questão de menos importante, é a forma como se trabalha.... pra trabalhar terapêuticamente a cabeça da pessoa, uma conversa, um direcionamento para o tratamento, o psico teria um papel, um acompanhamento direcionado”[sic]

Com vistas ao entendimento do exposto é oportuno revisitar as portarias que regulamentam o funcionamento dos CAPS no que diz respeito à composição do quadro da equipe técnica. A portaria 130/12 em seu art. 7 estabelece como equipe mínima para atendimento de cada 40 por turno, a saber: 1 médico clínico; 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais: **psicólogo; assistente social enfermeiro; terapeuta ocupacional; pedagogo e educador físico;** (Grifo nosso) 4 técnicos de enfermagem; 4 profissionais de nível médio; e 1 profissional de nível médio para atividades administrativas. Também são previstos profissionais para acolhimento noturno e finais de semana. (BRASIL, 2012).

Explicita-se que, ao contrário da especificação referente aos profissionais médicos e do núcleo da enfermagem, há uma flexibilidade no que tange à incorporação dos profissionais de nível universitário, não sendo obrigatória a presença de todos os diferentes núcleos de atuação descritos para a composição da equipe num CAPS, que deve funcionar sob a lógica interdisciplinar, conforme referenciado na mesma portaria: “organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a lógica da interdisciplinaridade...” (Brasil, 2012, Art. 5, Inciso VIII). Assim, poderia se inferir que a composição da equipe está atrelada a condicionais, que acabam por refletir a compreensão do gestor frente a necessidade da composição dos diferentes núcleos dos saberes para a viabilização da lógica interdisciplinar na prática do CAPS.

## Considerações Finais

O presente estudo nasce a partir de questionamentos que acabaram por precipitar a construção do problema que delineou sua trajetória: Como se dá a prática num CAPS?

Para responder à questão, se propôs analisar as práticas comunitárias da PNSM, especificamente o modelo de tratamento de um CAPS, considerado serviço estratégico dentro da RAPS, utilizando o MAPC elaborado a partir da TA na perspectiva da PHC, extrapolando as regulamentações existentes, tendo como preocupação apreender a dinâmica do serviço, a forma como os atores interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

Desta forma, não se tratou de uma avaliação tradicional focada na verificação das dimensões objetiváveis ou de elementos desconectados entre si, mas um novo método que se ocupou da dimensão subjetiva e simbólica, que não pode ser mensurada, promovendo visibilidade a aspectos não observáveis no cotidiano, com vistas à promoção de reflexão crítica e consciência pelos participantes do processo.

O MAPC traduziu-se como importante instrumento diagnóstico, possibilitando através da sistematização das informações referentes à realidade concreta do equipamento estudado, a visualização de elementos ocultos da prática, que não poderiam ser apurados através de métodos avaliativos de referencial positivista.

Através da aplicação do referido modelo, foi possível apurar que, apesar de haver uma compreensão superficial da prática realizada no CAPS, existem determinados aspectos relacionados aos sistemas de atividades que são desconsiderados ou compreendidos de forma distorcida, resultando numa disparidade entre fazer e dizer (Nicolini, 2013). Assim, verifica-se uma prática permeada por dificuldades, com prejuízos em termos relacionais e de mediação simbólica (sentido e significado), gerando uma lógica reprodutora de alienação da consciência pelos diferentes agentes da prática.

Diante do exposto, foram desvelados elementos que indicaram importantes contradições existentes no mesmo CAPS, constituindo-se como pontos nevrálgicos que inviabilizam a efetivação das diretrizes da PNSM no cotidiano: a dissolução dos núcleos dos saberes com conseqüente perda da identidade profissional; a lógica do TR em sobreposição à atuação interdisciplinar; a exclusão no Sistema de Atividades da atividade Reabilitação Psicossocial, que é concebida com definidora do modelo de atenção psicossocial; a falta de capilaridade do trabalho extra CAPS, sem o fomento à ações intersetoriais; as ofertas incipientes voltadas aos familiares dos usuários; o distanciamento entre equipes do CAPS e NASF demonstrando uma

rede fragmentada; as ofertas terapêuticas desarticuladas e sem metodologia sistematizada; a ausência de PTI compartilhado pela equipe.

As contradições encontradas a partir desse estudo se fixam e se incorporam no cotidiano vivido, refletindo num desenvolvimento parcializado de seus agentes, em que o sentido da atividade está deslocado do seu conteúdo, limitando-se a reprodução de uma realidade que os submete. Corrobora-se com Malaguty (2013) quando diz que a vivência espontânea pode precipitar o domínio da ideologia, responsável pela alienação, ocasionando a parcialização da consciência de seus agentes.

Cumprе ressaltar que devido ao hiato entre sentido e significado, cria-se condição para a fragmentação desta prática, visto que os participantes desenvolvem ações e operações que não oportunizam troca e interligação das atividades. Deste modo, quanto mais empobrecidas as atividades, mais empobrecido o processo de consciência, não contribuindo para a transformação da realidade. Assim, no processo de apropriação do mundo empobrecido e alienado, sua objetivação também será (Malaguty, 2013).

Cabe ressaltar que é necessário diferenciar os recursos dos agentes e os recursos institucionais, assim, existem recursos que não são inerentes ao executor da prática, mas relacionados à elementos e condições que a instituição deve garantir e prover aos seus agentes (Voss, 2015).

Evidencia-se neste estudo que o problema em questão não se resume à operacionalização dos processos de trabalho cotidianos, mas principalmente, nos fundamentos e condições estruturantes que lhe são anteriores e responsáveis por sua manutenção. Em termos dos documentos reguladores, verifica-se que as portarias tecem diretrizes gerais de funcionamento bem como prevêm recursos humanos sem a obrigatoriedade de determinados núcleos de atuação profissional, deixando lacunas que permitem a interpretação do gestor para a viabilização da prática no CAPS. Em razão disso, aponta-se a necessidade de haver uma regulamentação clara e expressa a fim de evitar o predomínio do subjetivismo interpretativo e os equívocos decorrentes deste.

Especificamente no que tange à composição dos recursos humanos têm-se a informação de que a forma de contratação adotada a partir de 2013 em Curitiba, visava gerar estabilidade e vinculação dos profissionais, reduzindo rotatividade e potencializando o trabalho das equipes. O que se observa no entanto, é o pouco tempo de lotação dos profissionais no serviço, configurando-se um quadro composto por profissionais sem experiência prévia no campo da Saúde Mental e inclusive com resistências e preconceitos relacionados aos pacientes atendidos,

denotando-se além do despreparo e falta de qualificação técnica para o trabalho, a ausência de suporte, treinamento para as equipes e defasagem da equipe técnica.

Quando parte-se do questionamento acerca da prática do CAPS, o que está em jogo é a concretização de uma mudança paradigmática, responsável pela efetivação de um novo modo de pensar e fazer na Saúde Mental que possa sustentar os pressupostos da RP. Esse referencial exige profissionais sensibilizados, qualificados e reflexivos para o exercício de uma clínica ampliada. Para tal, é imprescindível a legitimação de processos seletivos que contemplem a implicação e experiência profissional no campo da Saúde Mental, assim como processos de avaliação planejada dos trabalhadores.

Outras recomendações podem ser formuladas a partir dos achados desta pesquisa. Destaca-se primeiramente a necessidade da elaboração de PTI nos CAPS, documento entendido como fio condutor dos processos de trabalho nestes locais; urge a realização de processos de qualificação profissional para gestores e trabalhadores (educação permanente problematizadora), que possibilitem a construção de novos processos de trabalho bem como promovam o envolvimento desses atores enquanto verdadeiros agentes de práticas sociais. Também é preciso desencadear processos institucionais (supervisão clínico institucional) que promovam a instrumentalização e suporte dos trabalhadores através da discussão da clínica e reflexão crítica acerca das dificuldades da realidade cotidiana. É necessário a criação de espaços de discussão com os diferentes atores da rede de saúde e intersetorial, objetivando a integração das políticas em favor do protagonismo e autonomia do sujeito.

Ressalta-se que em termos de impacto da PNSM, corrobora-se com Kantorski et al. (2011) quando afirmam que a RP constituiu-se como movimento inicialmente rotulado como ideológico, mas que encontra-se num momento de fazer uso dos referenciais da ciência para avaliação das práticas instituídas. Assim, entende-se que é preponderante a criação de instrumentos de avaliação que incorporem indicadores qualitativos coerentes com a natureza destes serviços, que contemplem as dimensões referentes ao processo de reabilitação psicossocial e que possam orientar o debate e operar como ferramenta de gestão e transformação de práticas.

Não obstante, no processo avaliativo deve-se considerar que o CAPS devem estar inseridos em uma proposta política mais ampla, a proposta da PNSM, que o agrega dentro de uma estrutura de rede, onde é essencial a articulação e integralidade das práticas dos diferentes dispositivos de atenção.

Salienta-se que é preciso redefinir as diretrizes curriculares dos diferentes cursos da área da Saúde principalmente, para que incorporem o arcabouço da Saúde Mental, objetivando à formação profissionais que possam constituir-se como verdadeiros agentes de mudanças.

Concluindo, o presente estudo permitiu a utilização do MAPC, de maneira crítica, valorizando os aspectos dinâmicos e dialéticos contemplados no processo de experiência da prática (Newman & Holzman, 2002), definindo-se como um importante instrumento para gestão, possibilitando o através do diagnóstico institucional, a promoção de reflexão crítica e ações de transformação nos atores envolvidos.

Considerando o caráter do MAPC, que apresenta como premissa promover um processo de reflexão crítica dos atores da prática, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos na área, através da realização de uma pesquisa ação baseada nesse modelo, que oportunize a participação ativa dos trabalhadores na construção do diagnóstico da realidade vivenciada. Parte-se do pressuposto que ao se posicionar o trabalhador como protagonista na atividade reflexiva da pesquisa, promovendo a descrição e análise do seu sistema de atividade, pode ampliar sua consciência em relação às suas práticas locais, ressignificando sua ação, ampliando possibilidades de seu poder de agir (Clot, 2010).

Para além do cenário pesquisado, este estudo suscita o questionamento acerca da real efetivação do modelo de atenção psicossocial no contexto do SUS, trazendo à tona elementos que se interpõem substancialmente em relação ao macrosistema, ou seja, que obstaculizam a consolidação da PNSM e dos princípios do SUS. Considera-se que só é possível romper com um sistema alienante através da superação dos fundamentos que o mantêm, com direção ético-política e metodológica que impacte na verdadeira construção da RP.



## Referências

- Aguiar, W. M. J. (2011). Consciência e atividade: categorias fundamentais da Psicologia Sócio-Histórica. In: A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves & O. Furtado. *Psicologia sócio-histórica (uma perspectiva crítica em psicologia)* (pp. 113-128). (5ª Ed.) São Paulo: Cortez.
- Almeida, C. M. (2005). Reformas del sector salud y equidade em America Latina y el Caribe: conceptos, agendas, modelos, y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9): 55-79
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2ª ed). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amarante, P. (2003). *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica* (In: Amarante (coord.) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1).
- Amarante, P. (2014). Subjetividade, *Saúde mental e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial
- Asbahr, F. S. F. (2005). A pesquisa sobre a atividade pedagógica: contribuições da teoria da atividade. *Revista Brasileira de Educação*. V. nº 29, pp 108-118 maio/jun/jul/ago. Doi: 10.1590/S1413-24782005000200009
- Ayres, J.R.C.M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (1), Rio de Janeiro, Recuperado em 16 de novembro, 2015 de <http://dx.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
- Ayres, J.R.C.M. (2004). Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 9:5, 83-92.
- Babinski, T., Hirdes A. (2004). Reabilitação Psicossocial: A perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. Ver. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol 13 (4), p. 568-576, out/dez 2004
- Ballarin, M. L. G. S., Carvalho, F. B. de, Ferigato, S. H. (2010) ou 2011. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde* 34(4): p. 444-450, São Paulo

- Barbosa C.F., Mendes, I.J.M. (2005). Concepção de promoção de saúde de psicólogos no serviço público. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 15, 269-276. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2005000200014>
- Basaglia, F. (2005). *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bauman, Z. (2005). *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Ed.Jorge Zahar
- Berger, P. L.; Luckman, T. (2003). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes
- Bertolote, J.M. (2010). Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial. In: A. Pitta (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (3ed.). São Paulo: Hucitec
- Birman, J. (1992). A cidadania treloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra, Jr. B., Amarante, P. (Org) *Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará.
- Bock, A. M. B. (2011). A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In Bock, A. M. B; Gonçalves, M. G. M & Furtado, O. (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica (uma perspectiva crítica em psicologia)* (pp. 15-36). (5ª Ed.) São Paulo: Corte
- Borges C. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*. Fev; 24(2):456-468.
- Bosi, M. L. M., Mercado-Martinez, F. J. (2011). Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: Modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In Onocko Campos, R., Furtado, J. P. (Org). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Unicamp
- Bosi , M. L. M, Uchimura, K. Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. *Revista Saúde Pública*. 41(1): 150-3
- Bosi, M. L.M, Macedo, M.A. (2014). Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde. *Rev. Bras. Saúde Mat. Infant.*, Recife, 14 (4): 423 – 432, out/dez. 2014 disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000400012>
- Brasil. Ministério da saúde (1988). I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Coletânea de textos da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2002). Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III*

*Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília*

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2003). Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília/DF, 2003
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2005). Coordenação Geral de Saúde Mental, DAPE, Secretaria de Atenção a Saúde. “*Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*”, documento apresentado à conferência regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas. Brasília
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2007). Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *Clinica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed) Brasília, Ministério da Saúde guia/2012
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2011). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Brasília, Ministério da Saúde
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental*. Brasília
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2015a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. *Caderno Humaniza SUS; v. 5 Saúde Mental*. Brasília
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (2015b). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Brasília
- Britten, N. (2009) Entrevistas Qualitativas. In: Pope, C., Mays, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Bulgacov, Y. L. M, Camargo, D. de, Canopf, L., Matos, R. D. de, Zdepski, F. B, Contribuições da teoria da atividade para o estudo das organizações *Cad. EBAPE.BR*, v. 12, nº 3, artigo 6, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2014. pp.648–662
- Campos, G. W. S. (2000a) Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230
- Campos, G. W. de S.(2000b). *Um método para análise e co-gestão de coletivos, a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec
- Campos, G. W. de S., Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do

hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 12, n. 4 Rio de Janeiro julho/ago  
<http://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>

- Cassandre, M. P., Bulgacov, L. M., & Camargo, D. (2011). O conceito de prática a partir da perspectiva da teoria da atividade. In *Anais I Colóquio de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração*. Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Organizações, Racionalidade e Desenvolvimento. Disponível em <http://www.coloquioepistemologia.com.br>
- Cassandre, M. P., Querol, M. A. P. (2013). A evolução da pesquisa intervencionista na Teoria da Atividade Histórico Cultural: do indivíduo à uma rede de sistemas de atividade. In *Anais do XXXVII Encontro da ANPAD*. Rio de Janeiro
- Cavalcanti, M.T. (2009). Critérios de admissão e continuidade de cuidados em Centros de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. *Ver Saúde Pública*, v nº 43, nº 1, p. 23-8
- Cerqueira, L. (1984) *Psiquiatria social: Problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu
- Ciampa, A. da C. (1987). *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Costa, D.F.C. da, Paulon, S.M. (2012). Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v.36, n.º 95, p.572-582, out/dez 2012
- Costa Rosa, A., Luzio, C., Yasui, S. (2001). As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v.58, p.12 – 25.
- Costa Rosa, A., Luzio, C., Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In Amarante, P. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora
- Costa, I. I. da (2013). Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. In I. I. da Costa (Org). *Intervenção Precoce e Crise Psíquica Grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. Curitiba: Juruá
- Curitiba, (2016). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2001-2004*. Curitiba. Maio.
- Dalla Vecchia, M., Martins, S. T. F. (2009). Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1): 183- 193
- Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema único de Saúde –SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Recuperado em em 03 de fev. 2016 de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).

- Deleuze, G. (1990). Que és un dispositivo? In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa,
- Daniels, H.(2011). *Vygotsky e a pesquisa*. São Paulo. Edições Loyola Jesuítas
- Denzin K.N, Lincoln, YS. (2000) Entering the field of qualitative research. In: Denzin & Lincoln (orgs). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications, 2000.
- Denzin, N. K. e Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2ed). Porto Alegre: Artmed
- Deslandes, (1997). Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13:103-107.
- Dias, M.K. (2007) *Centros de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à experiência social da doença*. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- Dias, M.K, Freitas J. V. de, & Gama, C.A.P da. (2013). Saúde Mental e Rede: Sua articulação discutida em um estudo de caso. In M. K. Dias (Org). *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: os impasses na consolidação de uma atenção em rede*. Natal: Edunp
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo. Maringá*, 6 (2), 57-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>.
- Duarte, N. (2002). A teoria da atividade como uma abordagem para a pesquisa em educação. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 20, n. 02, p.279-301. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/9646/0>
- Duarte, N. (2004). Formação do indivíduo, consciência e alienação: O ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. *Cad. Cedes*, Campinas, vol. 24, n. 62, p. 44-63, abril 2004. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>
- Faria, J. H. de (2011). O Materialismo Histórico e as pesquisas em administração: uma proposição In *Anais XXXV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro*. Disponível em <http://www>.
- Fauerwerker, L. M. (2005). Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – comunic, saúde e educ*. Botucatu, v.9, n.18, p. 489-506, set/dez
- Figueiró, R. A.; Dimenstein, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 22, n. 2, p. 431-446, maio/ago., 2010.
- Filho, S. S., Souza, T. de P., Gonçalves, L. (2011). Avaliação como dispositivo de humanização

em saúde: considerações metodológicas. In Onocko Campos, R., Furtado, J. P. (Org). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Unicamp

Foucault, M. (1977). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes.

Freitas, M F Q. (2006). Dimensões da exclusão e da Participação na vida cotidiana: Perspectiva da psicologia social comunitária latino-americana (pp. 104-113). In M. Dimenstein e T. Sltoltz, T. (Orgs). *Educação, Cidadania e Inclusão Social*. Curitiba: Aos Quatro Ventos

Freitas, M F Q. (2013). Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia Social Comunitária – Práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 1960 a 1990 no Brasil. In: *Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade a autonomia* (18a ed.) Rio de Janeiro: Vozes

Furtado, J. (2001). Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: Harari, A.; & Valentini, W. (Orgs.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano* (pp. 37-58). São Paulo: Hucitec.

Furtado, J P. (2002). Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*.; 6(1):165-82. DOI: 10.1590/S1413-81232001000100014

Furtado, J.P., Onocko Campos, R. (2005) A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino am Psicopatol Fundam*;8(1),109-22.

Goffmann, E. (1998). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. (4ª ed) Rio de Janeiro: Editora Guanabara

Goffmann, E. (2001). *Manicômios, prisões e conventos*. (7ª ed) São Paulo: Perspectiva

Gonçalves, M. da G. M. (2005). O Método de pesquisa materialista histórico e dialético. In: Abrantes, A. A., Silva, N. R. da, Martins, S. T. F. (Org). *Método Histórico Social na Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes

Gradella, J.O. (2002). Hospital Psiquiátrico: (Re) Afirmação da Exclusão. *Psicologia & Sociedade*, vol. 14, pp. 87-102

Grigolo, T. M. (2000). Dizem que sou louco: um estudo sobre a identidade e a instituição psiquiátrica. *Revista de Ciências Humanas*, 1(1), pp. 95-119. Edição especial temática: Saúde Mental: uma perspectiva crítica, Florianópolis.

Grigolo, T. M. (2010). “O CAPS me deu voz, me deu escuta”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários: Tese de doutorado, UnB, Brasília

Guimarães, J. et al.(2001). Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001.

- Guljor, A. P. F. (2003). *Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. 197p. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Kagan, C., Duggan K., Richards M., & Siddiquee A. (2011) Community Psychology. In P. R. Martin, F. M. Cheung, M. Kyrios, L. Littlefield, M. Knowles, J. V. Overmier, et al (Eds). *In: IAAP Handbook of applied psychology*. (pp. 471-499). Blackwell Publishing Ltda
- Kantorski, L.P. (Coord)(2007). *CAPSUL Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: Relatório*. Pelotas: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Ministério da Saúde; Pelotas
- Kantorski, L.P., Wetzel, C., Olschowsky, A., Jardim, V. M. da, Bielemann, V. de L. M. & Schneider, J. F.(2009). *Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental: Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 31, pp. 343-55, out/dez.
- Kantorski, L. P. et. al (2011). Avaliação qualitativa de quarta geração: aplicação no campo da saúde mental. In Onocko Campos, R., Furtado, J. P. (Org). *Desafios da avaliação de programmas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Unicamp
- Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. M. F.s (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec
- Kozulin, A. (2002). Conceito de atividade na psicologia soviética. Vygotsky, seus discípulos e seus críticos. In: Harry Daniels. *Uma introdução a Vigotsky* (pp. 111-137). São Paulo: Ed Loyola.
- Lave, J. & Wenger, E. (2002) Prática, Pessoa e Mundo. In: H. Daniels (Org). *Uma introdução a Vigotsky* (pp. 165-173). São Paulo: Ed Loyola.
- Lefebvre, H. (1963). *El Marxismo*. 3ed. Buenos Aires. Editorial Universitária de Buenos Aires
- Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 06 ABR. 2001. Recuperado em 17 set., 2015, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).
- Leontiev, A. (n.d.). *O Desenvolvimento do psiquismo*. São Paulo: Moraes.
- Leontiev, A. N. (2006). Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: Vigotsky, L. V.; Luria, A. R., Leontiev, A. N. (Orgs). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone
- Lomov, B. F. (1981). *The problem of activity in psychology*. Russian text 0 1981 by "Nauka" Publishers. *Psikhologicheskii zhurnal*, 1981, -2 (5), 3-22. Disponível em [http://lhc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2011\\_07.dir/pdfxz0X5akHW8.pdf](http://lhc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2011_07.dir/pdfxz0X5akHW8.pdf)

- Malaguty, S. (2013) *Sofrimento pelo trabalho: contribuições a partir da teoria da atividade de A. N. Leontiev para o campo saúde do trabalhador*. Dissertação de mestrado, UFPR, Curitiba
- Massuda, A. (2014) *Construindo novos caminhos para a reforma da saúde: reflexões sobre a praxis da formulação e implementação de mudanças na gestão e no modo de produção de práticas de saúde no SUS em Curitiba*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, SP
- Martinelli, M.L. (2006) Reflexões Sobre o Serviço Social e o Projeto Ético-político do Profissional. Palestra promovida pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa, PR, em 10/11/2005. Transcrição de Jussara Ayres Bourguignon, em março de 2006
- Mattos, R. A. de, O'Dwyer, G. (2010). Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* v.20 n. 2 Rio de Janeiro <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200015>
- Mendes, E. V. (2011a). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS
- Mendes, E. V. (2011b). *A modelagem das redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS
- Minayo, M.C.S. (1999). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes
- Miranda, L. *Projeto Terapêutico Individual: a necessária disponibilidade para relações humanas*, 2005. Mimeo
- Morais, M.L.S. Feffermann, M., Fernandes, M., Figueiredo, R., Paula, S. H. B. de, Venâncio, S. I. (2009). Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 112-128, jan./abr..
- Nasciutti, J C R. (2013). A instituição como via de acesso a comunidade . In *Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade a autonomia* (18a ed.). Rio de Janeiro: Vozes
- Newman, F. & Holzman, L. (2002). *Lev Vygotsky cientista revolucionário*. Ed. Loyola São Paulo
- Nicolini, D. (2013). *Practice Theory, Work & Organization: An introduction*. Oxford University Press, Oxford, United Kingdom
- Nuto, S. S, Nations, M. K. (1999). Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. *Ação Coletiva*, 2:25-29.
- Onocko-Campos, R; Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental tecnológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. São Paulo, v. 22, n. 5, pp. 1053- 1062, maio 2006.



- Onocko Campos, R. (2008) O exercício interpretativo. In: Onocko Campos, R. et al. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental – Desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec
- Onocko Campos, R. et al. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 1, pp. 16-22.
- Onocko Campos, R. (2011). Saúde Mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 16, 12, pp. 4643-52
- Parker, R., Aggleton, P. (2001). Estigma, Discriminação e AIDS. *Cidadania e Direitos*, nº1, Rio de Janeiro
- Passos, E., Benevides, R., Gonçalves, L, Souza, T. P., Tallemberg, C., Carvalho, H. F., Alvarez, A. P., Costa, L. C. (2008). A dimensão instituinte da avaliação (In: Onocko Campos, R. et al. *Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo, Hucitec
- Pereira, R. C. (2004) *Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)*. Rio de Janeiro: s.n., 2004. P. 244 Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública
- Pessoa, K. L. V. (2012) *Gestão do cuidado em saúde mental: micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano da atenção psicossocial*, Tese de mestrado. Universidade de Fortaleza
- Piccolo, G. M. (2012 mai/ago) Historicizando a teoria da atividade: do embate ao debate. *Psicologia & Sociedade*. 24 (2), 283-292. Doi: 10.1590/S0102-71822012000200005
- Pinheiro, G.H.A (2010) *Comentários a Lei da Reforma Psiquiátrica: uma leitura constitucional da Lei 10216 de 6 abril de 2001*. Fortaleza: Ed Tear da Memória
- Pinho, L.B, Hernández, A.M.B, Kantorski, L.P. (2010). Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência cuidado e saúde*. 9(1):28-35.
- Pinho, L. B., Rodrigues, J., Kantorski, L. P. Olschowsky, A., Schneider. J. C.(2012). Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Revista eletrônica de enfermagem*, 14, p. 25-32, Recuperado em 21 novembro, 2015 de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i1.14352>
- Pinho, L. F. S.V. (2014) *As emoções na constituição da identidade: A questão do sofrimento e o papel da solidariedade para a emancipação*. Tese de Doutorado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP
- Pitta, A. (1994). Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, p.647-655

Pitta, A. (2010). *O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?* (Em Reabilitação Psicossocial no Brasil (3ed.). São Paulo: Hucitec)

Portaria nº 224/MS de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Recuperado em mar. de 2016 de: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desauade/saude-mental/PORTARIA\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desauade/saude-mental/PORTARIA_224.pdf)>

Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Recuperado em mar. 2016 de [http /pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf](http://pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf)

Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Recuperado em 03 mai. 2016 de: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_docredees.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredees.pdf)>

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Recuperado em 22 mar. 2015 de: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>

Portaria nº. 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas 24h (CAPSadIII) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Recuperado em 10 mai. 2016 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html).

Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Estabelece novos procedimentos, nova forma de registro – RAAS (Registro de ações ambulatoriais de saúde) pelos CAPS. Recuperado em 14 jun. 2016 de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html).

Projeto de Lei nº 3.657 de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória

Reis, A. O. A. (2009). Prontuários para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e utilidade dos prontuários. *Revista Bras. Crescimento e desenvolvimento humano*. São Paulo, v. 19, nº.3, dez 2009 Disponível em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0104-12822009000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-12822009000300004&lng=pt&nrm=iso)

Resende, H. (1990). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (Tundis, S.A. & Costa, N.R.) Petrópolis: Vozes.

Rigoli, F.; Rocha, C. F.; Foster, A. A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 7-16, jan./fev., 2006.

- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D., Risio, C. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In: F. Nicácio (org) *Desinstitucionalização*, pp. 17 – 59, São Paulo: Editora Hucitec, 2a edição.
- Roth, W-M. & Lee, Y-J. (2007). Vygotsky's Neglected Legacy: Cultural-Historical Activity Theory. *Review of Educational Research*, 77, 186-232. Doi: 10.3102/0034654306298273
- Sampieri, R. B., Callado, A. F., Lúcio, M. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Porto Alegre. Penso.
- Santos Filho, S. B. (2009). *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí: Unijuí
- Santos, É. G. dos. (2010). *O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.
- Santos, M. S., Coimbra, V.C.C e Ribeiro, J.P. (2011). O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Enferm UFPE on line*. Nov, 5 (9): 2197-205
- Saraceno, B. (2010). *Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio* (Em Reabilitação Psicossocial no Brasil (3ed.). São Paulo: Hucitec)
- Sarlet, I.W. (2002). *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988*. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do advogado Editora.
- Schneider, D. R. (2009). Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (2),62-76.
- Schraiber, L. B. (2011). Quando o “êxito técnico” se recobre de “sucesso prático”: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(7), Recuperado em 20 de novembro, 2015 de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800003>
- Soalheiro, N I. (2002) *Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos*, Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
- Souza, A. C. de (2015). *Estratégias de inclusão da saúde mental na Atenção Básica: um movimento das marés*. São Paulo: Hucitec
- Teixeira, S. F., Mendonça, M. H. (1995) Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora, 1995, pp.193-232.

- Temporão, J. G. (2007). A tensão entre o ideário reformista e a proposta real em construção de uma política de saúde no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mat. Inf.*, 7 (1). pp 9-13, DOI 10.1590/S1519-3829200700100001
- Tenório, F. A. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro: vol. 9(1):25-59
- Torre, E.H.G. ,Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (1), Rio de Janeiro, Acesso em 16 de novembro , 2015 de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413 81232001000100006>
- Uchimura, K. Y., Bosi, M. L. M. (2002). Qualidade e Subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (6): 1561-1569, nov-dez
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: “empowerment”, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Paulus
- Vasconcellos, V. V. de. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: O desafio interdisciplinar em um CAPS. *Ver, Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* v.6 nº 1 art. 4. São Paulo
- Venetikides, C. H., Maceno, D. M., Pedotti, M. A. C., Moysés, S. J. (Org). (2003). *Saúde Mental em Curitiba*. Rio de Janeiro: CEBES
- Vieira Filho, N. G.,Nóbrega, S. M. da. (2004) A atenção psicossocial em Saúde Mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de psicologia*. vol. 9, pp. 373-379, Recife
- Vygotski, L. S. (1991). Problemas de Psicología General. In: Vygotski LS. *Obras escogidas II*. Madrid: Visor
- Vygotski, L. S. (1995). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: Vygotski LS. *Obras escogidas III*. Madrid: Visor; pp. 47-119.
- Voss, A. (2015) *Contribuições para um Modelo de Análise de práticas comunitárias: Um olhar para a Assistência Social*. Tese de Dissertação de Mestrado, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil
- Wetzel, C. (2005). *Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo*. Tese de doutorado. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
- Williams, G. & Zlotowitz, S. (2013) Using a community psychology approach in your research. *In Annual Conference*. Harrogate International Centre.
- Yasuí, S. (2010) *Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de

doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz

Zanella, A. V. (2004). Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da Psicologia Histórico-Cultural. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, nº1, pp. 127-134

Zanella, A. V., Reis, A. C. dos, Titon, A. P., Urnau, L. C., Dassoler, T.R. (2007). Questões de método em textos de Vygotski: Contribuições à pesquisa em psicologia. *Psicologia e Sociedade*, 19 (2): 25- 33

Zerbetto S.R., Pereira MAO. (2005) O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev Lat Am Enfermagem*. 13(1):112-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a18.pdf>

**APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com Profissionais do CAPS**

Nome:

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Formação:

Função:

Tempo de atuação na área da Saúde Mental:

Tempo de trabalho no CAPS:

Experiência de trabalho anterior:

1. Você recebeu treinamento para atuar no CAPS?
2. Relate as suas atividades do dia de ontem, desde o momento de sua chegada até a hora da saída. Por que você realizou tais atividades?
3. Relate uma situação que você considera que seu trabalho tenha dado certo.
4. Ao que você considera que se deve o sucesso da atuação?
5. Como se deu o fluxo de atendimento a esse usuário?
6. Conte detalhadamente o fluxo de atendimento aos usuários.
7. Além dessas, existem outras atividades que você realiza? Por que elas são utilizadas? .
8. O que você considera como essencial para uma boa atuação?
9. Relate uma situação que você considera que seu trabalho não tenha dado certo.
10. O que você considera ter relação destes casos com a Política Nacional de Saúde Mental?
11. Como você faria para explicar a um usuário o movimento da Reforma Psiquiátrica?
12. Como se dá sua relação com o restante da equipe?
13. Qual sua percepção sobre o usuário que frequenta o CAPS?
14. Existe interface do seu trabalho com outros profissionais da rede?
15. Que capacitações já recebeu durante sua atuação no CAPS?
16. O que vc tem aprendido trabalhando no CAPS?
17. Qual a importância do CAPS sobre a vida das pessoas?

**APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com Usuários**

Nome:

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Composição familiar:

Por qual motivo que você é atendido pelo CAPS?

Há quanto tempo você é atendido pelo CAPS?

Conte como foi encaminhado. Descreva o primeiro momento que você chegou aqui

Quais são as atividades que são realizadas com você? Quais são os profissionais que realizam?

Na sua opinião, por que essas atividades são realizadas? No que te ajudam?

Você já fez tratamento em outros locais? Quais? Existe diferença entre o tratamento realizado no CAPS e de outros locais?

Conte como é sua relação com os profissionais que compõem a equipe do CAPS.

A família é chamada a participar do atendimento no CAPS? Como participa?

Na sua opinião, o que é o CAPS?

O que espera do tratamento no CAPS?

O atendimento mudou a sua vida?

**APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com Familiares**

Nome:

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Composição familiar:

Por qual motivo seu familiar é atendido pelo CAPS?

Há quanto tempo ele é atendido pelo CAPS?

Como foi encaminhado?

Conte desde o primeiro momento que você chegou aqui.

Atualmente você frequenta o CAPS? Quais são as atividades que são realizadas com você?

Quais são os profissionais que realizam? Explique cada uma delas.

Na sua opinião, por que essas atividades são realizadas?

Você já acompanhou seu familiar em outros ambientes de tratamento? Quais?

Existe diferença entre o tratamento realizado no CAPS de outros locais? Qual?

Conte como é sua relação com os profissionais que compõem a equipe do CAPS.

Como se dá o atendimento quando seu familiar apresenta uma piora do quadro?

Na sua opinião, o que é o CAPS?

De que maneira o CAPS auxilia seu familiar?



**APÊNDICE D- Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada com Profissionais do NASF**

Nome:

Data de Nascimento:

Formação:

Tempo de atuação na área da Saúde Mental:

Tempo de trabalho no NASF:

Experiência de trabalho anterior:

Relate uma situação em que você precisou acessar o CAPS.

Descreva detalhadamente como se deu o fluxo para o direcionamento do usuário ao CAPS.

Como ocorre a comunicação com os profissionais do CAPS?

Você conhece os profissionais do CAPS e realiza ações compartilhadas com a equipe?

Como as equipes das suas Unidades de Saúde entendem o CAPS?

Quais as ações do CAPS você considera terem relação com a Política Nacional da Saúde Mental?

Como você define o papel do CAPS na rede de saúde?

## **Apêndice E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários)**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Avaliação da prática desenvolvida num Centro de Atenção Psicossocial – CAPSIII do município de Curitiba, sob a ótica dos usuários, familiares e trabalhadores.

O motivo que nos leva a estudar o assunto é buscar entender como se dá a prática (conjunto de ações articuladas) de um CAPSIII, voltada para pessoas que apresentam transtornos mentais graves. A pesquisa justifica-se por contribuir para a análise deste novo modelo de atenção a saúde mental e pela necessidade de estudos avaliativos para o fortalecimento e avanço das políticas de saúde mental e melhoria da qualidade da assistência prestada. O objetivo desse projeto é avaliar a prática executada num CAPSIII em Curitiba, a partir da perspectiva dos seus usuários, familiares e trabalhadores. Para o procedimento de coleta de dados será realizada uma entrevista, que será gravada em áudio e que tem a duração aproximada de 30 minutos.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a melhor compreensão do tema estudado, para a produção de conhecimento científico com vistas a melhoria da qualidade da assistência prestada. Existe a possibilidade da ocorrência de um desconforto mínimo para a você durante a realização da entrevista, levando-se em conta que será abordado para compartilhar informações.

Caso apresente algum desconforto, será realizado o acolhimento pela própria pesquisadora e realizado contato com equipe assistente para encaminhamentos necessários dentro do serviço que está vinculado.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

**Declaração do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas esclarecerei coma pesquisadora Flavia Vernizi Adachi no telefone (41) 9994-1856.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

---

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

---

Nome	Assinatura da Prof. Orientadora	Data
------	---------------------------------	------

## **Apêndice F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiares)**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Avaliação da prática desenvolvida num Centro de Atenção Psicossocial – CAPSIII do município de Curitiba, sob a ótica dos usuários, familiares e trabalhadores.

O motivo que nos leva a estudar o assunto é buscar entender como se dá a prática (conjunto de ações articuladas) de um CAPSIII, voltada para pessoas que apresentam transtornos mentais graves. A pesquisa justifica-se por contribuir para a análise deste novo modelo de atenção a saúde mental e pela necessidade de estudos avaliativos para o fortalecimento e avanço das políticas de saúde mental e melhoria da qualidade da assistência prestada. O objetivo desse projeto é avaliar a prática executada num CAPSIII em Curitiba, a partir da perspectiva dos seus usuários, familiares e trabalhadores. Para o procedimento de coleta de dados será realizada uma entrevista, que será gravada em áudio e que tem a duração aproximada de 30 minutos.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a melhor compreensão do tema estudado, para a produção de conhecimento científico com vistas a melhoria da qualidade da assistência prestada. Existe a possibilidade da ocorrência de um desconforto mínimo para a você durante a realização da entrevista, levando-se em conta que será abordado para compartilhar informações.

Caso apresente algum desconforto, será realizado o acolhimento pela própria pesquisadora e realizado contato com equipe assistente para encaminhamentos necessários dentro do serviço que está vinculado.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

**Declaração do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas esclarecerei coma pesquisadora Flavia Vernizi Adachi no telefone (41) 9994-1856.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome

Assinatura do Participante

Data

---

Nome

Assinatura do Pesquisador

Data

---

Nome

Assinatura da Prof. Orientadora

Data

## **Apêndice G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais)**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Avaliação da prática desenvolvida num Centro de Atenção Psicossocial – CAPSIII do município de Curitiba, sob a ótica dos usuários, familiares e trabalhadores.

O motivo que nos leva a estudar o assunto é buscar entender como se dá a prática (conjunto de ações articuladas) de um CAPSIII, voltada para pessoas que apresentam transtornos mentais graves. A pesquisa justifica-se por contribuir para a análise deste novo modelo de atenção a saúde mental e pela necessidade de estudos avaliativos para o fortalecimento e avanço das políticas de saúde mental e melhoria da qualidade da assistência prestada. O objetivo desse projeto é avaliar a prática executada num CAPSIII em Curitiba, a partir da perspectiva dos seus usuários, familiares e trabalhadores. Para o procedimento de coleta de dados será realizada uma entrevista, que será gravada em áudio e que tem a duração aproximada de 30 minutos.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a melhor compreensão do tema estudado, para a produção de conhecimento científico com vistas a análise deste modelo de atenção à saúde mental.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Sua privacidade será respeitada. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

**Declaração do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas esclarecerei coma pesquisadora Flavia Vernizi Adachi no telefone (41) 9994-1856.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

---

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

---

Nome	Assinatura da Prof. Orientadora	Data
------	---------------------------------	------

## Anexo A – Pareceres Comitê de Ética

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DESENVOLVIDA NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPSIII DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS, FAMILIARES E TRABALHADORES

**Pesquisador:** FLAVIA VERNIZI ADACHI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50247515.1.3001.0101

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.406.040

#### Apresentação do Projeto:

Projeto com parecer prévio de "aprovado", pelo CEP da instituição proponente. Contudo, na análise do CEP da instituição coparticipante (CEP/SMS-Curitiba) verificou-se necessidade de adequações. Abaixo, descrito os pontos revisados pela pesquisadora:

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral, após revisto, não especifica em qual Centro de Atenção Psicossocial será realizada a pesquisa; e um dos objetivos específicos foi fragmentado, conforme sugestões. Foram feitas as adequações solicitadas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tendo em vista as adequações do projeto, o mesmo apresenta-se viável para ser realizado em um Centro de Atenção Psicossocial sob administração da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No método, descreve como ocorrerá a análise dos dados qualitativos;

O local da pesquisa foi melhor descrito, especificando o Núcleo de Apoio à saúde da família (NASF), bem como por qual equipe é composto este serviço;

**Endereço:** Rua Atilio Borio, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.456.040

Foram inseridos os critérios de inclusão, exclusão, bem como riscos e benefícios, especificados de acordo com o grupo que se pretende abordar (profissionais de saúde, usuários e acompanhantes).

A pesquisadora desmembrou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e desta forma, nesta versão do projeto, há um TCLE para cada grupo que se pretende investigar.

Atentar para a necessidade do arquivamento dos dados gravados e descarte adequado dos mesmos.

O cronograma está adequado e atende aos objetivos da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Tendo em vista as adequações do projeto, o mesmo apresenta-se viável para ser realizado em um Centro de Atenção Psicossocial sob administração da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista as adequações do projeto, o mesmo apresenta-se viável para ser realizado em um Centro de Atenção Psicossocial sob administração da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba. As adequações realizadas foram comunicadas ao CEP da proponente, que não entando, não aceitou revisar na forma de emenda. Contudo, para o CEP da coparticipante, o projeto encontra-se viável com as adequações processadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba acompanha o parecer dos relatores.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579707.pdf	10/10/2015 09:15:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.PDF	10/10/2015 09:15:15	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	TCLE2.PDF	10/10/2015 09:05:27	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	PLANORECRUTAMENTO2.PDF	10/10/2015 09:04:01	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito

Endereço: Rua Afílio Bório, 580

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.406.040

Outros	PLANODERECRUTAMENTO.PDF	10/10/2015 09:02:14	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	CURRICULO_PESQUISADOR.pdf	10/10/2015 08:59:07	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	CURRICULO_ORIENTADOR.pdf	10/10/2015 08:58:37	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECLARACAOVINCULACAO.PDF	10/10/2015 08:55:50	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECLARACAOORIENTADOR.PDF	10/10/2015 08:54:42	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	CARTACOMPROMISSO_ATUALIZACAO.PDF	10/10/2015 08:53:38	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DEC_CUMPRIMENTORESOLUCAO.PDF	10/10/2015 08:52:46	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECL_ASSISTENCIAEORCAMENTOFINANCEIRO.PDF	10/10/2015 08:51:24	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECL_PUBLICOSRESULTADOS.PDF	10/10/2015 08:49:40	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECL_CONFIDENCIALIDADE.PDF	10/10/2015 08:48:43	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.PDF	10/10/2015 08:47:49	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	10/10/2015 08:46:54	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579707.pdf	28/09/2015 23:23:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	28/09/2015 23:22:30	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	AutorizaçaoColetadedados.pdf	27/09/2015 22:42:35	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	Roteirosentrevista.doc	27/09/2015 22:41:58	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579707.pdf	13/09/2015 20:43:44		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pesquisa.pdf	13/09/2015 20:27:17	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Alípio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.406.040

CURITIBA, 11 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
**SAMUEL JORGE MOYSÉS**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Altivo Bóris, 690  
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)



HOSPITAL PARANAENSE DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
LTDA - IPO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DESENVOLVIDA NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPSIII DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS, FAMILIARES E TRABALHADORES

**Pesquisador:** FLAVIA VERNIZI ADACHI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50247515.1.0000.5529

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.330.683

#### Apresentação do Projeto:

Este projeto pretende realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e transversal. A amostra dos participantes compreenderá 15 usuários do serviço (ambos os sexos, adultos, com histórico de tratamento em outros ambientes terapêuticos), 15 familiares (preferencialmente familiares dos usuários entrevistados), todos os profissionais da equipe das 8 categorias profissionais (33 pessoas) e 9 Profissionais das equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família das Unidades de Saúde que referenciam para o CAPS pesquisado, totalizando 6 psicólogos e 3 psiquiatras. Serão aplicados roteiros de entrevista semiestruturada, com tópicos que contemplarão questões sobre as atividades que compõem a prática do CAPS, bem como a operacionalização das ações e seus objetivos, sendo as temáticas referenciadas às Portarias 3336/02, 3088/11, 130/12, 854/12. Após será realizada a análise de dados, através da categorização temática, objetivando a construção de um diagrama segundo o modelo de análise de práticas comunitárias (Voss e Kafrouni, 2014).

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Geral**

Avaliar a prática executada no modelo de tratamento de um CAPSIII tm em Curitiba, na perspectiva dos usuários, familiares e trabalhadores.

**Endereço:** REPUBLICA ARGENTINA 826/2080

**Bairro:** AGUA VERDE

**CEP:** 80.620-010

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3094-5751

**Fax:** (41)3314-1500

**E-mail:** nep@ipo.com.br



OUVIDO • NARIZ • GARGANTA

Continuação do Parecer: 1.330.603

HOSPITAL PARANAENSE DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
LTDA - IPO



#### Objetivos Específicos:

Caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial do município de Curitiba;  
Descrever o Projeto Institucional do CAPS pesquisado e mapear quais as ações realizadas neste serviço;  
Conhecer a percepção dos usuários sobre a prática de atendimento deste serviço;  
Identificar como os trabalhadores de CAPS entendem o conjunto de ações que executam no seu cotidiano e qual percepção dos trabalhadores da Atenção Primária (equipe de NASF Saúde Mental) quanto a prática exercida pelo CAPS de seu território;

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Serão tomadas providências com o intuito de garantir o anonimato dos participantes. Após análise dos dados as gravações das entrevistas serão apagadas, assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa. Caso algum desconforto emocional seja gerado, o participante poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo e poderá contar com o serviço de psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

#### Benefícios:

Contribuir para a melhor compreensão do tema estudado, para a produção de conhecimento científico com vistas a melhoria da qualidade da assistência prestada pelo serviço.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante uma vez que pretende trazer mais uma ferramenta ou forma de fácil aplicação para avaliar a prática de um centro de atenção psicossocial (CAPS) do município de Curitiba, a partir da perspectiva de usuários, familiares e trabalhadores do CAPS e do núcleo de apoio à saúde da família (NASF).

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários para avaliação foram apresentados e estão de acordo com as resoluções

Endereço: REPUBLICA ARGENTINA 826/2080  
Bairro: AGUA VERDE CEP: 80.620-010  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3094-5751 Fax: (41)3314-1500 E-mail: nep@ipo.com.br



OUVIDOS-NARIZ-GARGANTA

Continuação do Parecer: 1.330.683

HOSPITAL PARANAENSE DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
LTDA - IPO

**Recomendações:**

Recomenda-se apresentar ao Comitê de Ética, todas as atualizações, adendos e/ou modificações no Projeto original aprovado, bem como quaisquer eventos adversos e, enviar relatório semestral de acompanhamento de acordo com a Resolução da CONEP 466/12 e suas complementares.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apos análise do projeto foi considerado aprovado podendo ser iniciado na instituição a partir da emissão deste parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com a regulamentação da Anvisa e Conep o TCLE deverá ser assinado e datado em duas vias originais e uma via deverá ser entregue ao sujeito de pesquisa.

As vias deverão ser rubricadas em todas as páginas e assinadas na última página pelo sujeito e ou seu responsável em caso de menor, ou testemunha em caso de incapacidade ou sujeito analfabeto e pelo médico que aplicou o referido TCLE

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D0_P ROJETO_579707.pdf	10/10/2015 09:15:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.PDF	10/10/2015 09:15:15	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	TCLE2.PDF	10/10/2015 09:05:27	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	PLANORECRUTAMENTO2.PDF	10/10/2015 09:04:01	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	PLANODERECRUTAMENTO.PDF	10/10/2015 09:02:14	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	CURRICULO_PESQUISADOR.pdf	10/10/2015 08:59:07	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	CURRICULO_ORIENTADOR.pdf	10/10/2015 08:58:37	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECLARACAOVINCULACAO.PDF	10/10/2015 08:55:50	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECLARACAORIENTADOR.PDF	10/10/2015 08:54:42	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito

Endereço: REPUBLICA ARGENTINA 826/2080

Bairro: AGUA VERDE

CEP: 80.620-010

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3094-5751

Fax: (41)3314-1500

E-mail: nep@ipo.com.br



HOSPITAL  
UNIVERSIDADE NARIZ GARGANTA

Continuação do Parecer: 1.330.683

HOSPITAL PARANAENSE DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
LTDA - IPO



Outros	CARTACOMPROMISSO_ATUALIZACAO.PDF	10/10/2015 08:53:38	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DEC_CUMPRIMENTORESOLUCAO.PDF	10/10/2015 08:52:46	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECL_ASSISTENCIAEORCAMENTOFINANCEIRO.PDF	10/10/2015 08:51:24	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECL_PUBLICOSRESULTADOS.PDF	10/10/2015 08:49:40	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	DECL_CONFIDENCIALIDADE.PDF	10/10/2015 08:48:43	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.PDF	10/10/2015 08:47:49	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	10/10/2015 08:46:54	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	28/09/2015 23:22:30	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	Autorizacaocoletadedados.pdf	27/09/2015 22:42:35	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Outros	Roteirosentrevista.doc	27/09/2015 22:41:58	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito
Folhas de Rosto	folha_de_rosto_pesquisa.pdf	13/09/2015 20:27:17	FLAVIA VERNIZI ADACHI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 19 de Novembro de 2015

Assinado por:  
Evaldo Dacheux de Macedo Filho  
(Coordenador)

Endereço: REPUBLICA ARGENTINA 826/2080

Bairro: AGUA VERDE

CEP: 80.620-010

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3094-5751

Fax: (41)3314-1500

E-mail: nep@ipo.com.br