



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA
SOCIAL COMUNITÁRIA

Análise das Práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Curitiba, Abril, 2013

REJANE CRISTINA TEIXEIRA TABUTI

Análise das Práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

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

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Intervenção em Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Dr^a Roberta Kafrouni

Curitiba, Abril, 2013

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

T112 Tabuti, Rejane Cristina Teixeira.

Análise das práticas em um centro de atenção psicossocial (CAPS) /
Rejane Cristina Teixeira Tabuti; orientadora Prof^a. Dr^a. Roberta Kafrouni.
67f

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2013.

1. Centro de atenção psicossocial. 2. Prática. 3. Paradigma psiquiátrico. 4.
Paradigma psicossocial. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação
em Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 301.1

Bibliotecária responsável: Heloisa Jacques da Silva – CRB 9/1212

REJANE CRISTINA TEIXEIRA TABUTI

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS)**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária. Linha de Pesquisa: Fundamentos e Intervenção em Psicologia Social Comunitária.

Aprovada em: 08/04/2013

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora: Adriana de Fátima Franco
Instituição: Universidade Estadual de Maringá

Professora Doutora: Maria Sara de Lima Dias
Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Professora Doutora: Denise de Camargo
Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Curitiba, 08 de Abril de 2013

AGRADECIMENTOS

Este trabalho exigiu-me horas de ausência de meu esposo, filhos e até mesmo de minha função profissional, mas permitiu-me um aprendizado que peço a Deus, por meio de minhas ações como profissional da área de saúde mental possa fazer a diferença no cuidado às pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Agradeço aos professores e colegas do Mestrado, a oportunidade de construir um aprendizado conjunto e especialmente à minha orientadora, pela paciência e sabedoria por me mostrar que era possível.

Agradeço aos trabalhadores, usuários e familiares participantes desta pesquisa, que gentilmente cederam um pouco do seu tempo para contribuir com a ciência.

Também aos meus colegas de trabalho que mesmo sem perceber me apoiaram muito nesta pesquisa.

Não poderia deixar de mencionar a minha Mãe, que mesmo distante, contribui com minha formação até hoje, como exemplo de força e coragem.

Meus irmãos queridos e meu pai, com palavras que reunidas me incentivam sempre.

Por fim, a família mais próxima, meus queridos filhos e esposo que juntos se organizaram para propiciar o tempo que eu necessitava para poder concluir este trabalho.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

“Os serviços de saúde mental, dentro da perspectiva que hoje regem as políticas públicas, devem assumir uma função social que ultrapassa o modelo de cuidado e assistência dentro da lógica do reparo, do tratar meramente técnico, e que se traduz em ações, como acolher, escutar, cuidar e despertar o protagonismo, dando um lugar ao sujeito com direito a participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um”. Antonio Lancetti

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar as práticas em um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Curitiba, que atende a pessoas com transtornos mentais e refletir acerca dos paradigmas psiquiátrico e psicossocial presentes. Participaram da pesquisa 13 trabalhadores do CAPS, 10 usuários e 8 familiares. Por meio da consulta ao Projeto Terapêutico Institucional do serviço e relatório mensal, foi elaborado um quadro com descrição das práticas realizadas. Na coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semi estruturadas com os trabalhadores, e grupo focal com usuários e familiares. As entrevistas foram analisadas de modo a apreender dados que se relacionassem às práticas descritas. Por meio de suas percepções acerca das práticas, foi possível observar a coexistência dos paradigmas psiquiátrico e psicossocial, o que indica a necessidade de reflexões constantes, bem como a análise das mudanças ocorridas no cotidiano dos usuários atendidos pelo serviço, buscando alcançar a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Palavras- Chave: Centro de Atenção Psicossocial; prática; paradigma psiquiátrico; paradigma psicossocial.

ABSTRACT

This research aims to analyze the practices in a Psychosocial Care Center in the metropolitan region of Curitiba, which caters to people with mental disorders and reflect upon the psychiatric and psychosocial paradigms present. The participants were 13 workers CAPS, 10 users and 8 family. Through consulting the Institutional Therapeutic Project of service and monthly report, we designed a table with description of the activities undertaken. In collecting data, semi-structured interviews were used with workers, and focus groups with users and families. The interviews were analyzed to seize data that related to the practices described. Through their perceptions about practices, we observed the coexistence of psychiatric and psychosocial paradigms, which indicates the need for continuous reflection and the analysis of changes in the daily lives of users served by the service, seeking to achieve the consolidation of the Reformation Psychiatry.

Keywords: Psychosocial Care Center; practice; psychiatric paradigms; psychosocial paradigms.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	i
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1. Da Reforma Psiquiátrica à constituição dos Centros de Atenção Psicossocial.....	14
2.2. Atenção Psicossocial.....	18
2.3. A avaliação dos serviços de Saúde Mental.....	20
3. METODO.....	22
3.1. Participantes.....	22
3.2. Local.....	22
3.3. Instrumentos.....	22
3.4. Procedimentos.....	24
3.5. Critérios de Análise.....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	24
4.1. As práticas no CAPS.....	28
4.2. As práticas no CAPS e o Paradigma Psicossocial.....	51
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXOS.....	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Identificação dos trabalhadores participantes da pesquisa.....	27
TABELA 2.	Descrição das práticas realizadas no CAPS.....	29

APRESENTAÇÃO

Desde os estudos do 2º grau, no curso de Auxiliar de Patologia Clínica, lá no Norte do Paraná descobri que queria uma profissão na área da saúde.

Em algum momento, as Ciências Exatas me atropelaram, o que ocasionou a realização de dois vestibulares nesta área. Não tive sucesso em nenhum deles e por ocasião de mudança de cidade e ares, outro curso se apresentou como possibilidade no momento. Este curso foi o de Enfermagem, que assim que iniciaram as primeiras aulas, tive a certeza de que gostaria de ser “Enfermeira Padrão”, assim denominada na época.

A principal missão desta profissão, que é o “cuidado”, me motivou a procurar um estágio remunerado que proporcionaria a prática, requisito tão imprescindível ao bom desempenho profissional que eu desejava. Tive a oportunidade de atender bebês, crianças, adultos, gestantes em setores críticos como Unidade de Terapia Intensiva. Nos estágios curriculares, o de psiquiatria, contemplou a permanência em um hospital psiquiátrico, relato assim, pois nós alunos ficamos hospedados no hospital, por este se localizar em outro município. No nosso grupo de alunos, havia um misto de medo e curiosidade. Confesso que meu medo logo se dissipou ao estar com os pacientes, que interagiram conosco e pudemos constatar possibilidades de trabalhar questões de auto cuidado e momentos em grupo objetivando a sociabilidade.

Após a minha formatura como Enfermeira, surgiu a oportunidade de atuar em um Hospital Psiquiátrico, no ano de 1995, onde os internamentos eram prolongados, com poucas visitas da família e também um grande número de leitos. Desde o início, me senti acolhida e nos plantões noturnos, sempre me preocupei com o cuidado que era dispensado aos pacientes. Nas urgências verifiquei que dispunha de habilidade para este atendimento e a minha experiência em atendimento hospitalar geral, me possibilitou segurança e certeza de que o sujeito que estava ali no hospital psiquiátrico necessitava dos mesmos cuidados de enfermagem dispensados no hospital geral.

Após alguns anos de jornada, iniciei minhas atividades em uma área técnica de saúde mental, com abrangência estadual. O trabalho é norteado pela Política Nacional e Estadual de Saúde Mental, por meio da publicação de normativas específicas. Foi onde me deparei com o histórico da Reforma Psiquiátrica a qual confrontei com a situação atual no Estado, iniciando assim os meus questionamentos sobre o discurso da reforma e o que está ocorrendo na prática.

A presente pesquisa surgiu da minha atuação profissional ao longo do tempo; motivada pela minha indagação ingressei no Programa de Mestrado em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Comunitária, buscando analisar as práticas realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região Metropolitana de Curitiba.

1. INTRODUÇÃO

Na Política de Saúde Mental vigente, questões referentes ao atendimento disponibilizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os efeitos da mudança do modelo de atenção na visão dos usuários e seus familiares, bem como o envolvimento dos profissionais neste processo, tem sido estudados para se criar um quadro geral da situação da saúde mental no país.

Kantorski, Souza, Willrich e Mielke (2006) em um estudo sobre o cuidado em saúde mental, afirmam a necessidade de conhecer as práticas nos CAPS, visando sua problematização e ruptura com as práticas asilares. Apesar dos avanços na atenção psicossocial, não se exclui a possibilidade de reprodução do modelo anterior, onde o serviço é em sua gênese de atenção psicossocial, mas permeado de práticas do paradigma psiquiátrico.

É possível observar a plena expansão da implantação de CAPS e ao mesmo tempo perceber em alguns, que as práticas realizadas nestes serviços, não se apresentam coerentes com as diretrizes da reforma psiquiátrica. Para Luzio (2011) a reforma psiquiátrica, mais que uma mudança do modelo de atenção é uma transição paradigmática, do paradigma psiquiátrico para o psicossocial. Embora muitas pesquisas tenham se dedicado ao estudo da mudança do modelo de atenção, questiona-se aqui o que as práticas cotidianas no CAPS estão revelando.

O objetivo do presente estudo é identificar as práticas realizadas em um CAPS e refletir sobre sua coerência com o paradigma psiquiátrico e psicossocial.

Nesta dissertação será primeiramente apresentada uma breve revisão de literatura com o histórico da reforma psiquiátrica (capítulo 2), contextualizando o surgimento dos CAPS e conceituando os paradigmas: psiquiátrico e psicossocial. Por

meio destes paradigmas é que analisaremos as práticas, buscando apreender nas falas dos usuários, familiares e trabalhadores as correspondências entre os mesmos. Abordaremos sobre a avaliação dos serviços de saúde mental, estudos já realizados e principais resultados. No capítulo 3 apresentaremos o método. No capítulo 4 serão apresentados os resultados e discussão, com descrição das práticas e apreensão de dados nas entrevistas com os profissionais e grupos focais com usuários e familiares que se relacionem a esta prática. No capítulo 5, as considerações finais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Da Reforma Psiquiátrica à constituição dos Centros de Atenção Psicossocial

Amarante (1995) ao descrever o episódio em que Pinel liberta os loucos das correntes, refere que isso de modo nenhum significou liberdade e sim o contrário, a instituição de uma ciência que classifica e acorrenta o louco como objeto de saberes, discursos e práticas na institucionalização da doença mental. Podendo, ainda hoje ser observada esta institucionalização através da exclusão e do estigma que a loucura carrega.

A maneira de lidar com a loucura descrita anteriormente, foi sendo questionada e mudanças foram impulsionadas. Com as consequências desastrosas das Guerras Mundiais, o mundo se voltou para a natureza humana, refletindo sobre a crueldade e solidariedade. Identificou-se nos hospícios práticas semelhantes aos campos de concentração e compreendeu-se que chegara a hora de mudar (Guedes, Kantorski, Pereira, Clasen, Lange, Muniz, 2010).

Amarante (2007) refere que foram muitas as experiências de reforma em vários países. As experiências de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, que alegavam que o fracasso estava na forma de gestão do hospital e que mudanças na instituição, tornando-a terapêutica poderia ser a solução. Na França e Estados Unidos, respectivamente, a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, também conhecida como Saúde Mental Comunitária, tinham no hospital, um sistema já esgotado e preconizavam a substituição do mesmo, por outros serviços assistenciais, que qualificariam o cuidado terapêutico.

Na Inglaterra e Itália, respectivamente, a Anti Psiquiatria e Psiquiatria Democrática, o termo reforma soa inadequado, pois iniciaram os processos de ruptura

com o paradigma psiquiátrico. A Psiquiatria Democrática influenciou o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Declaração de Caracas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1990) é considerada um marco fundamental, que direcionou o processo de reestruturação da saúde mental na América do Sul. Fornecendo também diretrizes em relação à legislação dos países, com vistas a assegurar o respeito dos direitos humanos e civis aos doentes mentais e promovendo a organização de serviços comunitários de saúde mental.

Já no Brasil, Pacheco (2009) coloca que o médico italiano Franco Basaglia foi uma das pessoas fundamentais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ressaltando o protagonista da Psiquiatria Democrática. Como relata Amarante (2007) “Franco Basaglia e outros jovens psiquiatras, propuseram-se a reformar o hospital psiquiátrico existente na cidade italiana de Gorizia. Com o objetivo de torná-lo um lugar de efetivo tratamento e reabilitação dos internos” (p. 55). Inicialmente inspirados nas experiências de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional. Eles concluíram que apenas medidas administrativas e de humanização não eram suficientes. Desta forma, Franco Basaglia formulou:

Um pensamento em uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. (Amarante, 2007, p. 56).

Ressalta-se que o movimento da Reforma Sanitária, segundo Baptista (2007) foi iniciado em meados da década de 70, onde profissionais ligados à instituições acadêmicas com relevante respaldo teórico reivindicavam por mudanças na assistência à saúde, com quatro proposições para o debate:

A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para

estados e municípios; O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde. (Baptista, 207, p.43).

Neste contexto, somente o cidadão com vínculo empregatício, tinha direito à assistência à saúde. O debate foi ampliado para discutir o direito à saúde perpassando pela própria concepção de saúde. O marco histórico ocorreu em 1986 com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação da comunidade e também dos técnicos, onde foi aprovada a universalização da saúde e o controle social efetivo.

Paralelamente a este movimento a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve seus primórdios no final da década de 70, precisamente em 1978 com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O ponto principal que deflagrou o movimento foi uma série de denúncias nos hospitais psiquiátricos federais referentes às violações de direitos humanos (Brasil, 2005).

Com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, em dezembro de 1987, o movimento começou a ter visibilidade. Foi um marco importante, pois a partir dele o movimento em busca da transformação na assistência psiquiátrica deixou de ser exclusivamente um movimento de técnicos da área, envolvendo várias esferas da sociedade. Foi criado o lema: *Por uma sociedade sem manicômios*. Também algumas experiências foram surgindo, como a criação do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial- NAPS em Santos (Amarante, 1995).

O CAPS surgiu a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirada na experiência desenvolvida na década de 70, no Hospital Psiquiátrico de Trieste, cidade de médio porte situada ao norte da Itália que inspirou todo o mundo. Tendo como base a desconstrução do manicômio, foram criados serviços substitutivos regionalizados, que assumiam a integralidade do cuidado em saúde mental no território, com cuidados nas 24 horas, além de cooperativas de trabalho, que se configuraram como espaços de

produção artística, intelectual e de produção de serviços, não se restringindo ao âmbito da saúde mental (Jorge, Alencar, Belmont & Reis, 2003, p.27).

Os CAPS destinam-se ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais, estimulando a integração social e familiar em busca da autonomia. Proporciona integração por meio do cuidado em um “território”, espaço onde se desenvolve o cotidiano de usuários e familiares. Os CAPS devem realizar atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, por meio de acompanhamento clínico e reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Foi criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004, p.13).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) estas instituições visam o atendimento com atenção diária, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Dar suporte na atenção primária à saúde; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas em seu território; regular a porta de entrada na rede de atenção à saúde mental e manter atualizada a relação de usuários que utilizam medicamentos para a saúde mental. Os CAPS também se propõem a realizar grande inserção em seu território, que é entendido como as pessoas que nele habitam e seus recursos. Outra característica é a formação de uma rede de atenção à saúde mental, com articulações na área da saúde, área jurídica, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, com o objetivo de serem promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.

Ainda com base a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) pode ser reforçado o papel do CAPS:

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações,

preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (p.14).

A Lei da Reforma Psiquiátrica que impulsionou todo o processo iniciou-se por meio do Projeto de Lei nº 3.657/89, do então deputado, Paulo Delgado, que tramitou no Senado por mais de 10 anos, período em que alguns estados o aprovaram com leis estaduais. No Estado do Paraná, a Lei nº 11.189 de 09 de novembro de 1995, que dispunha “sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais”. O projeto já citado culminou na Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, trazendo mudanças no tratamento e nas formas de lidar com as pessoas com transtorno mental, bem como estabelecendo que a internação fosse indicada somente quando os outros recursos extra-hospitalares tivessem sido insuficientes. Ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que trata da proteção e dos direitos, redirecionando o modelo de atenção à saúde mental, embora não tenha sido preservado o texto original do Projeto de Lei, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços.

2.2. Atenção Psicossocial

Para Amarante (2003) a Reforma Psiquiátrica “é um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam; e que se retroalimentando, se complementam”(p.59), sendo, portanto, constantemente construída. Essas dimensões acarretam uma ruptura no processo da reforma, que deixa de ser predominantemente técnico-assistencial, para ter uma dimensão global e complexa, articulando-se entre dimensões técnico-assistencial, teórico-conceitual, político-jurídica e sociocultural. É, ainda, um processo histórico de formulação crítica e

prática, tendo como objetivo e estratégia o questionamento e a elaboração de propostas para transformação do modelo clássico de atendimento em saúde mental e do paradigma psiquiátrico (Amarante, 1995).

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), o *paradigma psiquiátrico* considera apenas a doença mental, tem como pressuposto o campo das neurociências, utiliza como estratégia de intervenção o isolamento e a predominância biológica. Como agente do cuidado, considera somente o médico, e como local de atuação, o hospital, que tem práticas sociais de exclusão e violência. Ainda para Boarini (2011), este paradigma não reconhece as singularidades, não tolera a autonomia, e desta forma estigmatiza e não acolhe posições diferentes.

Importante salientar que todo o processo da mudança do modelo de atenção fundamenta-se no *paradigma psicossocial*. Este segundo Costa-Rosa et al. (2003), considera o complexo existência-sofrimento, tem como pressuposto o campo transdisciplinar, utilizando como estratégia de intervenção a predominância da diversidade e da invenção, também como agentes do cuidado, vários profissionais atuando em rede e na intersectorialidade, com práticas sociais de inclusão e de solidariedade.

Instruídos pelas publicações de portarias do Ministério da Saúde, os trabalhadores do CAPS desenvolveram um rol de práticas para efetivar a mudança do modelo de atenção, dentro do paradigma psicossocial.

Para Yasui (2010), “no processo da reforma psiquiátrica, temos uma Práxis, que são conceitos que nascem de uma prática de mudança de assistência em saúde mental e que se transmutam em instrumentos teóricos e técnicos para transformar esta mesma prática” (p.113).

2.3. A avaliação dos serviços de Saúde Mental

O Ministério da Saúde (Brasil, 2011), em seu Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde Mental, do período 2007-2010, discorre que a Política Pública de Saúde Mental recebe crítica quanto à efetividade da rede de atenção comunitária e ao presumido erro da Política de Saúde Mental (PNSM), que teria reduzido leitos psiquiátricos de modo inadequado, expondo os pacientes ao risco de desassistência. O MS realizou o Programa de Avaliação de CAPS, o AVALIAR CAPS (2004, 2006 e 2008), por meio de um questionário, preenchido pelo Coordenador do serviço. Pretendeu-se tornar esse questionário um instrumento permanente de acompanhamento, avaliação e atualização de informações, subsidiando a construção de indicadores de qualidade, oportunizando uma atitude reflexiva diante das práticas cotidianas do serviço. Os principais problemas identificados relacionavam-se ao acolhimento, recursos humanos insuficientes, falta de capacitação dos profissionais, isolamento do CAPS em relação aos outros serviços, espaço físico precário, serviços sobrecarregados e serviços vazios, falta de equipamentos, baixa reflexão sobre a clínica da atenção psicossocial, poucas saídas de usuários dos CAPS e baixa inserção em projetos de geração de renda.

No estudo de avaliação de um CAPS em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, Schneider, Camatta, Nasi, Adamoli e Kantorski (2009) pesquisaram a dinâmica do serviço, a interação entre usuários, familiares e profissionais, e os sentidos construídos em relação às práticas. Entre os resultados levantados, os profissionais enfatizaram a necessidade de planejamento e reuniões para a estruturação do trabalho, valorizaram a participação da família, mas reconheceram dificuldades para implementação destas práticas. Os usuários apontaram inadequação de estrutura física, quanto às oficinas

terapêuticas classificaram-nas como resolutivas e as visitas domiciliares, atividades culturais e assembléias de usuários e familiares, como bons elementos de integração entre as pessoas. Já os familiares, embora pudessem participar das atividades, sentiam-se pouco inseridos no serviço.

Silva, Lancman e Alonso (2009), ao estudarem a gestão dos novos serviços de saúde mental, consideraram de suma importância o reconhecimento de práticas que contribuam para o avanço e consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Nesta pesquisa, quando falamos de prática, nos referimos às ações efetuadas, bem como seu embasamento teórico e metodológico utilizado. Esta dimensão que estaremos analisando, que aparecem nas falas dos usuários, familiares e profissionais do CAPS para compreender sua coerência aos paradigmas psiquiátrico e psicossocial, é que nos concentraremos.

3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, que segundo Yin (2010), “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (p.39). O estudo de caso pode reunir diferentes fontes de pesquisa, como entrevista, grupo e análise de documentos (Yin, 2010).

3.1. Participantes

Participaram da pesquisa 13 trabalhadores do CAPS, do sexo feminino, com idade entre 34 e 57 anos, com formação acadêmica de 3 a 29 anos; 10 usuários sendo 3 do sexo feminino e 7 do sexo masculino e 8 familiares, sendo 3 do sexo masculino e 5 do sexo feminino.

3.2. Local

O local escolhido foi um CAPS II, sediado na região metropolitana de Curitiba.

3.3. Instrumentos

Foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com os profissionais (Anexo 1), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com usuários e familiares (Anexo 2).

Como instrumento de coleta de dados com os trabalhadores do CAPS foram realizadas entrevistas semi estruturadas com o seguinte roteiro: como o entrevistado compreende a Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial, quais atividades eram realizadas e seus objetivos, os problemas enfrentados pelo trabalhador, as práticas que promoviam a inclusão e a cidadania do usuário, como era a participação dos usuários e familiares no projeto terapêutico singular, atividades fora dos espaços do CAPS e o relato de um caso que considerasse de sucesso para o serviço (Anexo 3).

Para coleta de dados com os usuários foi utilizado um Guia de temas para Grupo Focal com o seguinte roteiro: O que o CAPS representa, porque frequenta, uso de medicamentos, vida diária, auto percepção de saúde, histórico de internações, conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, participação em movimento social, conferência de saúde, associação de familiares, cooperativas de trabalho, sugestão para o CAPS, participação em Oficinas no CAPS (Anexo 4).

Como instrumento de coleta de dados com os familiares foi utilizado um Guia de temas para Grupo Focal com o seguinte roteiro: demanda do paciente para o serviço, atividades que realiza no serviço, atividades da vida diária do paciente, impacto do CAPS na vida familiar, perspectivas com o tratamento, representação do CAPS para a família, participação em Conferência de Saúde, associação de familiares, cooperativas de trabalho (Anexo 5).

3.4. Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba em 2011. Entrou-se em contato com a gerente de saúde mental do município, para apresentação do projeto, autorizado alguns dias depois,

tendo o CAPS pretendido como campo de pesquisa. Foi agendada visita ao serviço, e realizado agendamento das entrevistas e grupos focais. Para os trabalhadores, usuários do CAPS e familiares que aceitaram participar da pesquisa foram solicitados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constantes nos anexos 1 e 2. As devidas precauções éticas foram tomadas para resguardar a integridade dos participantes. Com os usuários e familiares foram realizados grupos focais separadamente. Os usuários participantes, em algum momento já estiveram na modalidade de tratamento intensivo e estavam em acompanhamento no CAPS há mais de um ano, na ocasião da pesquisa. Os familiares participantes não tinham parentesco com os usuários que participaram do grupo focal. Foram realizados dois grupos focais com os usuários. As entrevistas e os grupos focais foram realizados no período de abril a maio de 2012. Tanto as entrevistas quanto os grupos focais foram realizados nas dependências do CAPS, foram gravadas e posteriormente transcritas. Além destes procedimentos foi realizada análise documental do Projeto Terapêutico do Serviço e Relatório Mensal das Atividades no CAPS.

3.5. Critérios de Análise

Procurou-se apreender nas falas dos trabalhadores, usuários e familiares, bem como no Projeto Terapêutico Institucional e relatórios de atendimento, a descrição pormenorizada, identificando estas práticas, buscando compreender como os usuários se referiam a estas práticas e analisando a proximidade aos princípios do *paradigma psicossocial*.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço aqui pesquisado integra a Rede de Atenção Psicossocial de um Município da região metropolitana de Curitiba. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas e atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

O município foi inicialmente formado pelos primeiros assentamentos para a construção da Ferrovia Curitiba-Paranaguá, atualmente abriga uma população de 117.008 habitantes, e não possui área rural. A Rede de Atenção à Saúde Mental do município é composta por um ambulatório, um CAPS Álcool e Drogas (AD), que atende usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e o CAPS II, objeto deste estudo, que atende usuários com transtornos mentais. Também um Hospital Psiquiátrico Estadual e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O CAPS II foi inaugurado em 15 de agosto de 2006, com a justificativa do parâmetro populacional e características socioeconômicas, município sede de hospital psiquiátrico e hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, além dos índices de 1,4% para as psicoses e 5,06% para as depressões, verificados no cadastro parcial de saúde mental do município, conforme informações em seu projeto original.

O CAPS funciona em um imóvel ao lado da Secretaria Municipal de Saúde, com salas para atendimento individual, oficinas terapêuticas, um barracão para atividades coletivas e uma pequena horta. Os acolhimentos e atendimentos psicoterapêuticos iniciaram-se em 24 de outubro e os atendimentos psiquiátricos em 13 de novembro de 2006. Inicialmente o CAPS não dispunha da equipe mínima completa¹.

¹Equipe mínima exigida pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002: 01 (um) médico psiquiatra, 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Este CAPS é caracterizado em seu Projeto Terapêutico Institucional, como:

Serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicose, neuroses graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem a permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004, p. 3).

O objetivo do serviço é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento médico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Tendo como público alvo, pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicose, neuroses graves e demais quadros severos.

O acesso ao CAPS é por meio de encaminhamento ou por procura direta. O usuário é acolhido por um trabalhador de nível superior, que verifica se o atendimento pode ser feito pelo CAPS, e realiza os agendamentos para as outras categorias profissionais.

O quadro funcional é formado pela coordenadora, psicóloga, e por um médico psiquiatra, uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, instrutores de oficinas, auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo e auxiliares de serviços gerais. Com carga horária de 40 horas semanais, exceto para a assistente social, que é de 30 horas e para o psiquiatra e 2 instrutores de oficinas que cumprem 20 horas semanais.

O perfil profissional dos trabalhadores que participaram nesta pesquisa está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Identificação dos trabalhadores participantes da pesquisa

TRABALHADOR	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NESTE CAPS	EXPERIÊNCIAS
Assistente Social	57	29 anos	3 anos	Secretaria Municipal da Criança e Adolescente/ Secretaria Municipal de Assistência Social
Enfermeira	34	12 anos	3 anos	Maternidade e Unidade Básica de Saúde
Psicóloga	36	13 anos	1 ano e 5 meses	Saúde Ocupacional, Clínica, Vítimas de Violência, Recursos Humanos e Psicologia Jurídica
Coordenadora	42	19 anos	1 ano e 2 meses	Clínica, Atendimento Infantil, CREAS
Terapeuta Ocupacional	34	3 anos	7 meses	Hospital Psiquiátrico e Escola Especial

O serviço oferece aos usuários atendimento psicossocial individual e coletivo, acolhimento em crises, atendimento médico, terapia ocupacional, oficinas de artesanato, culinária, encaminhamento para cursos fora do CAPS, e promove passeios. Também dispõe de campo de estágio para os cursos de Psicologia e de Terapia Ocupacional. Após o atendimento com a terapeuta ocupacional, o usuário inicia a sua participação nas oficinas. Ao término dos atendimentos dos trabalhadores, é realizado o Projeto Terapêutico Singular².

² Instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No Projeto Terapêutico Singular, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização. A construção de contratos terapêuticos entre sujeitos não pode ser entendida, por outro lado, como ação que não deriva de embate produzido na tensa relação que se estabelece entre sujeitos que ocupam distintas posições nas relações de saúde, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde. Projetos terapêuticos são, pois, resultantes de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como as experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde (MS, 2009, p.36).

São efetuadas as reavaliações dos projetos terapêuticos a cada seis meses.

O município não dispõe de leitos de saúde mental em hospital geral, na necessidade de internamento, é então realizado por meio da Unidade de Regulação de Leitos do Estado.

As informações obtidas por meio de entrevistas e análise de documentos foram organizadas em um quadro das práticas existentes no CAPS que foram posteriormente descritas. Ao descrever as práticas, nos referiremos aos usuários como, U1 a U10, aos Familiares de Fam1 a Fam8 e aos Trabalhadores com a descrição da respectiva função no CAPS.

O conteúdo das entrevistas e os grupos focais foram incorporados à descrição das práticas. Buscou-se apreender nas falas as percepções acerca das mesmas. Foi elaborado um quadro de Identificação dos trabalhadores participantes da pesquisa e outro com a descrição das 15 práticas realizadas no CAPS.

4.1. As práticas no CAPS

A partir de informações encontradas no relatório mensal do CAPS e no Projeto Terapêutico Institucional, bem como a partir de dados obtidos nas entrevistas com os profissionais e nos grupos focais realizados com usuários e familiares, foi elaborado uma tabela categorizada em: Tipo de prática institucionalizada no serviço, descrição e informação de quem a executa, conforme pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2

Descrição das práticas realizadas no CAPS (continua)

Tipo de Prática	Descrição	Quem executa
Acolhimento	É realizado para todos os usuários que procuram a instituição, sejam eles encaminhados de outros serviços, de procura espontânea, ou em situações de crise.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional
Grupo de enfermagem	Realizada em grupo, abordando orientações sobre o auto cuidado, higiene, cuidados com a saúde, informações sobre o tratamento no CAPS com esclarecimentos de dúvidas sobre medicação.	Enfermeira
Grupo de orientação em saúde	Grupos para a realização de culinária, relaxamento, e conscientização corporal. Também palestras nas quais podem ser convidados profissionais de outros locais para proferirem sobre os temas: coleta e separação do lixo, informações sobre doenças, como hanseníase, DSTs, tuberculose, acidentes com animais peçonhentos entre outras.	Terapeuta Ocupacional
Atendimento familiar	Atendimento de familiares de usuários quando necessário e/ou solicitado pelas famílias.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional
Reunião de orientação	É uma reunião conduzida pela assistente social com os familiares dos usuários recém-inseridos no tratamento, tem por objetivo informar sobre as rotinas do CAPS, e sobre os direitos do usuário, estimulando assim, a responsabilidade do familiar no tratamento, e buscando a formação de vínculo do familiar com a instituição.	Assistente Social
Consultas, evolução e atendimento individual	Incluem as consultas médicas, de enfermagem, evolução em prontuário e os atendimentos individuais.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional Psiquiatra
Agendamento/ avaliação	Após o acolhimento, são agendadas as avaliações com os trabalhadores para subsidiar o projeto terapêutico singular.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Terapeuta Ocupacional Psiquiatra
Grupo de serviço social	Grupos trabalhando com os temas: direitos dos usuários, controle social e seguridade social.	Assistente Social
Grupos de psicologia	Grupos psicoterapêuticos com temas conforme a as necessidades dos usuários.	Psicóloga Coordenadora
Oficinas terapêuticas	Oficinas de artesanatos variados, como pintura, decoração de caixas de madeira, pintura de panos de prato, confecção de abajures, desenho e horta.	Terapeuta Ocupacional

Tabela 2

Descrição das práticas realizadas no CAPS (continuação)

Tipo de Prática	Descrição	Quem executa
Assembleias	Grupos com a participação de todos os usuários para discussão de questões e tomada de decisões referentes ao funcionamento do serviço, repasse de informações, e ocasião em que são informados os usuários que realizarão o PTS (Projeto Terapêutico Singular).	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional
Projeto terapêutico singular	É realizado para todos os usuários, após os atendimentos médico, de enfermagem, de psicologia e serviço social. Trata-se da ferramenta mais importante do atendimento no CAPS.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional Psiquiatra
Visita domiciliar	É a visita no domicílio realizada a pedido de familiar, equipe, ou outra instituição para busca ativa e/ou acompanhamento.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional Psiquiatra
Reunião das famílias	É a reunião realizada mensalmente para os familiares dos usuários	Psicóloga Coordenadora
Palestras externas	Palestras em outros espaços que não o próprio CAPS, tendo por objetivo a divulgação de informações sobre as atividades do CAPS e outros temas relacionados.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional Psiquiatra
Passeio	Momentos de integração fora do CAPS, realizados em museus, centro cultural e outros lugares.	Assistente Social Enfermeira Psicóloga Coordenadora Terapeuta Ocupacional

Acolhimento:

É realizado para todos os usuários que procuram a instituição, sejam eles encaminhados de outros serviços, de procura espontânea, ou em situações de crise. Cada

trabalhador tem em sua escala de trabalho, o seu horário para realizar o acolhimento. O atendimento é individual, ao chegar ao CAPS, o usuário com sofrimento mental é acolhido em suas necessidades e é organizado o agendamento com os outros profissionais.

Esta prática aparece na fala da assistente social, quando se refere ao sofrimento mental, que traz como: “Quando a pessoa está dentro de uma situação que ela não consegue sair, ou por problemas já orgânicos ou por um sofrimento que tenha acometido a pessoa naquele momento”.E complementa que busca a melhoria do ambiente de trabalho no CAPS, proporcionando condições para que as pessoas consigam alcançar a melhora no tratamento.

Já para a psicóloga, o sofrimento mental é: “O estado de sofrimento tão intenso e tão profundo que traz um descontrole, uma incapacidade de lidar, do exercício das funções psíquicas, das funções é... tanto cognitivas, emocionais, de julgamento. É na verdade um sofrimento tão intenso que produz uma alteração nas funções psíquicas e na capacidade de lidar com o mundo, na capacidade de se inserir de conseguir dar conta, do exercício da vida”. E por meio desta prática busca compreender os conflitos psicológicos e a dinâmica das relações, buscando a implicação do sujeito (usuário) em seu processo de saúde-doença.

A prática do acolhimento no projeto terapêutico institucional é citada quando é mencionado que o profissional que acolheu o usuário, será referência para o mesmo.

Já para os familiares esta prática pode ser verificado na fala de Fam1, quando refere que o CAPS: “É um lugar de socorro, pra quando a gente tava aflita desesperada, não sabe o que faz com os filhos né? E a gente achou apoio aqui”.

Grupo de enfermagem:

Realizada em grupo, abordando orientações sobre o auto cuidado, higiene, cuidados com a saúde, informações sobre o tratamento no CAPS com esclarecimentos de dúvidas sobre medicação. É realizado semanalmente, pela manhã e tarde, em grupos alternados a cada semana.

Para a enfermeira esta prática tem por objetivo o resgate do auto cuidado, da auto estima, buscando o desenvolvimento da autonomia dos usuários, ilustrada em sua fala: “Cuidando também de estar fazendo a interação entre equipe, entre os grupos, assim o trabalho mais focado no objetivo mesmo de estar reabilitando esse usuário, fazendo com que ele consiga ter mais autonomia, ou às vezes, têm uns que tem uma certa dificuldade, a gente orienta o familiar, então sempre focado nesse objetivo”.

Essa prática não está contemplada no projeto terapêutico institucional. Está prevista no período da manhã e tarde no cronograma da instituição, mas em um dia da semana que difere do cronograma individual do enfermeiro.

Grupo de orientação em saúde:

Grupos para a realização de culinária, relaxamento, e conscientização corporal, com periodicidade semanal. Também palestras nas quais podem ser convidados profissionais de outros locais para proferirem sobre os temas: coleta e separação do lixo, informações sobre doenças, como hanseníase, DSTs, tuberculose, acidentes com animais peçonhentos entre outras. Com periodicidade mensal, para todos os usuários que desejarem participar.

A terapeuta ocupacional relata que este grupo, no que diz respeito à culinária, tem como objetivo proporcionar a responsabilidade por meio do compromisso de contribuir com um ingrediente, bem como incentivar a auto estima quando então, o prato produzido é apreciado por todos no CAPS. Também objetiva a reinserção social, o resgate das atividades diárias, as atividades de lazer e as atividades produtivas, conforme sua fala: “Retomar as coisas que ela não faz mais, descobrir outras coisas que ela pode estar fazendo; deixaram de cozinhar, de ter aquele momento com a família, com os amigos... de perceber o próprio corpo mesmo, se a pessoa não percebe o próprio corpo, como é que ela vai pensar às vezes em vestir uma roupa, escolher uma roupa pra colocar, perceber se tá frio se tá quente, pra ela conseguir colocar a roupa adequada”.

Um dos usuários entrevistados U1, relata que: “Em casa minha mãe que faz a comida e se ela não fizer eu compro. Mas tipo assim, eu ir pra cozinha, pro fogão, isso não faço mais, não. Só se for pra fazer um bolo. Mas a oficinaira pediu estes dias pra eu vir ensinar as meninas a fazer trufas, daí eu vim. Sei fazer, bolo, bolo confeitado sabe? Na verdade eu trabalhava muito, fiz muitos cursinhos de culinária”.

Atendimento familiar:

Atendimento dos familiares dos usuários quando necessário e/ou solicitado pelas famílias.

Para a assistente social esta prática tem por objetivo, verificar a necessidade dos familiares, identificar entre familiares pessoas de apoio ao tratamento do usuário, que pode ser observada, pela fala: “A gente verifica como é que está o relacionamento familiar, qual o tipo de intervenção que a gente tem que fazer com a família. Se a pessoa

já tem uma estrutura familiar de apoio, a gente não se preocupa tanto, se não tem, a gente tem que criar esta estrutura”.

Já para a enfermeira, essa prática tem como objetivo, propiciar o envolvimento da família no tratamento, que está presente na sua fala: “Às vezes a família não aceita, ou a família tem preconceito ou tem alguma dificuldade, então com o tempo a gente vai tentando fazer o vínculo familiar e o resgate desse laço familiar pra poder trabalhar. Às vezes a gente consegue, na maioria das vezes, a gente tenta ao máximo pra ajudar no tratamento”.

No projeto terapêutico institucional essa prática também está contemplada.

Reunião de orientação:

É uma reunião conduzida pela assistente social com os familiares dos usuários recém-inseridos no tratamento, tem por objetivo informar sobre as rotinas do CAPS, e sobre os direitos do usuário, estimulando assim, a responsabilidade do familiar no tratamento, e buscando a formação de vínculo do familiar com a instituição.

A assistente social reconhece que esta prática propicia acolhimento efetivo e orientações quanto a informações sobre controle e seguridade social. Ela comenta: “Nosso maior objetivo também é estar abrindo leques lá fora para que ele possa participar, e a gente sabe a dificuldade, o preconceito que eles enfrentam né? Então isso tem sido colocado pelo serviço social, a forma de direitos, de controle social, de participação, de seguridade social, pra eles entenderem e eles buscarem, porque não dá para gente ir e acompanhar todo mundo; Ter conhecimento pra poder saber como participar, então eles estão tendo essas instruções que a gente tem tentado passar”.

Apesar de ser relatada pela assistente social, essa prática não está registrada no relatório de atendimentos no CAPS, de janeiro a novembro de 2012.

Consultas, evolução e atendimento individual:

Incluem as consultas médicas, de enfermagem, evolução em prontuário e os atendimentos individuais, pela assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional. A evolução em prontuário é realizada semanalmente pelo trabalhador que se encontra na escala para evolução, exceto o psiquiatra que o faz durante a consulta.

A consulta médica ocorre na admissão no CAPS e depois, a cada 40 dias aproximadamente. O psiquiatra não aceitou participar desta pesquisa, com a justificativa de que não poderia permanecer de 40 a 50 minutos em uma entrevista. No projeto terapêutico da instituição, a consulta médica é descrita como atendimento individual e tratamento medicamentoso.

No que se relaciona a essa prática, foi possível apreender na fala de dois usuários, relatos de consultas médicas como segue: U2 “Eu não tenho ânimo pra nada. Não animo de limpar a casa. Meu pai já falou pro médico que eu não tenho ânimo de limpar a casa de fazer nada. Só de querer dormir e comer, comer, comer o dia inteiro. Daí o médico falou pra eu fazer alguma coisa em casa”.

Também apareceu o uso de medicamentos, nas falas de todos os usuários participantes do grupo focal, quando informaram que faziam uso, no entanto, transcreveremos apenas alguns dos relatos: U3: “Trabalhei a vida inteira. Eu era auxiliar de almoxarifado. Daí trabalhei 10 anos na tesouraria. Auxiliar de finanças, sempre trabalhei aí agora faz 4 anos que estou aqui né? Agora não trabalho mais. Eu queria levantar pra trabalhar, mas não tenho coragem mais. Vontade a gente tem de trabalhar,

de fazer as coisas, mas só falta coragem. Não sei se é o medicamento”? A U1, diz: “A gente fica tomando remédio, nem tem vontade de ter companheiro. Acho que o remédio não deixa, não quer que tenha outra pessoa”. Também U9, refere: “O CAPS é o entendimento dos loucos. Porque é assim quando a gente entra em depressão e começa a tomar os remédios a tua família nada mais fala, que você tá louca”.

Ao nos referirmos à consulta de enfermagem, fomos informados que é realizada na entrada do usuário no CAPS e depois quando necessário. A enfermeira reconhece esta prática, que busca a elaboração do diagnóstico de enfermagem e o plano de cuidados, que depois irá contribuir no projeto terapêutico singular. E complementa dizendo: “A gente já faz um diagnóstico de enfermagem, o que precisa ser mais cuidado, histórico de doenças preexistentes, depois ao longo do que ele entra, no decorrer, a gente tá sempre cuidando e avaliando”.

Para a psicóloga, os atendimentos individuais são realizados somente quando necessário, na rotina do serviço, os atendimentos são em grupo e relata que “É preciso fortalecer um pouco mais com alguns usuários e atendimento familiar, também situações problema, indefinições na família, falta de suporte familiar, estas são situações que exigem”. Quanto à ocorrência dos atendimentos, refere que: “São poucos, principalmente casos de urgência, nós temos muita urgência psicológica, crises de ansiedade muito grande, crises de labilidade emocional, de agitação”. Quanto à evolução, refere que são realizadas todos os dias que o usuário vem para o CAPS.

Na visão da coordenadora, quando realiza o atendimento individual, busca tratar com o usuário sobre a capacidade de escolha, o desenvolvimento de novos papéis sociais, a possibilidade de atuar em outras funções, a recuperação de relacionamentos e a inserção em ambientes diferentes. Esses atendimentos são realizados a pedido, conforme o relato na entrevista: “eu faço atendimento mais pontual, quando eles falam,

‘olha a gente precisa falar de uma questão, uma questão minha’ e querem conversar comigo eu tô atendendo, mas eu tô mais distante dos atendimentos em função de estar na coordenação”.

No entanto, no grupo focal dos usuários, aparecem relatos de que não recebem atendimentos individuais e justificam que no CAPS, percebem falta de recursos humanos, para tal atividade. O que fica evidenciado, quando o U1 relata: “Elas fazem o que podem, mas têm que ter mais profissionais para atender. Que nem conversar com psicólogo uma vez por semana, mas aqui não, é só em grupo. Mas quando tem emergência aí eles atendem. Fazem tudo que é possível, mas é difícil. Pouca gente trabalhando pra muito paciente”.

Agendamento/avaliação:

Após o acolhimento, são agendadas as avaliações com os trabalhadores para subsidiar o projeto terapêutico singular. Cada trabalhador realiza a avaliação conforme sua escala, que tem duração média de 2 horas e 30 minutos por semana.

Para a psicóloga, essa prática tem por objetivo, entender o processo de saúde, a dinâmica familiar e a de vida, como relata: “Ver como é que estão os conflitos psicológicos neste *setting* da doença mental”.

O projeto terapêutico institucional refere-se a essa prática como avaliação psicossocial. No entanto, não está contemplada no cronograma geral da instituição, somente no cronograma individual dos trabalhadores.

Grupo de serviço social:

Grupos trabalhando com os temas: direitos dos usuários, controle e seguridade social.

A fala da assistente social não contempla esta prática específica, bem como não está incluída no cronograma de horários. Na descrição da prática, há semelhança com a Reunião de Orientação, também conduzida pela assistente social. Já no projeto terapêutico da instituição, a prática aparece como atendimento em grupo sócio-terápico.

Grupos de psicologia:

Grupos psicoterapêuticos com temas conforme as necessidades dos usuários, alguns somente de mulheres, ou somente homens, ou mistos, conforme o tema a ser trabalhado. São realizados até seis grupos por semana, com a participação de 10 a 12 usuários. Não são todos os usuários que participam, pelo fato de haver apenas uma psicóloga que atua no serviço.

No discurso da psicóloga, essa prática tem por objetivo a compreensão dos conflitos psicológicos e dinâmica das relações, buscando a implicação do sujeito em seu processo de saúde-doença.

É possível compreender melhor pelo relato: “Eu trabalho com a abordagem psicanalítica, o meu foco é no olhar pra si mesmo, se perceber através do outro, na interação do outro, se implicar com o próprio problema, se implicar com o problema do colega, se observar através do outro, mas principalmente olhar pra sua vida, descobrir o próprio desejo, descobrir os caminhos a seguir”.

Já para a coordenadora, cuja formação também é em Psicologia, o objetivo do grupo de psicologia é a inserção social, o contato com outras instituições (emprego, trabalho, cultura), a recuperação de relacionamentos e a inserção em ambientes diferentes. Como pode ser notado em um trecho de sua fala: “Como psicodramatista a gente gosta muito de atender grupo, porque a nossa formação e a nossa teoria vem toda de atendimento de grupo”.

Para a U1, vir para o CAPS é fazer terapia, é participar de um grupo e relata: “Falo que tenho terapia, que venho pro grupo. Porque senão vão falar que eu sou louca. Falo que faço terapia em grupo, artesanato, menos CAPS. Se tiver uma pessoa que eu conheça e tiver falando de CAPS, eu tenho vergonha”.

Oficinas terapêuticas:

Oficinas de artesanatos variados, como pintura, decoração de caixas de madeira, pintura de panos de prato, confecção de abajures, desenho e horta. Todos os usuários do CAPS participam destas oficinas.

A terapeuta ocupacional traz como objetivo desta prática, a reinserção social, o resgate das atividades diárias, as atividades de lazer e as atividades produtivas. Também incentivando os usuários a realizar coisas que não faziam mais, e até mesmo descobrir novas possibilidades, como diminuir a ansiedade, perceber o próprio corpo, sentir como está localizado no espaço.

No projeto terapêutico institucional, estão contempladas oficinas terapêuticas e de produção, como crochê, bordado, pintura, jardinagem, mosaico, culinária, e outros.

Para alguns usuários, a realização das oficinas é uma aprendizagem, uma evolução no tratamento, uma conquista; para outros, uma obrigação que até mesmo tem

objetivo de produção. Podemos observar pelos relatos: “Então eu conseguindo fazer alguma coisa aqui, então eu tô vencendo alguma coisa né? Então estou fazendo um quadro né? Nossa não dá pra acreditar que eu tô conseguindo fazer. Então quando você consegue fazer um artesanato é uma vitória” (U1); “Aprendi a fazer bolo, torta salgada. Aprendi a fazer crochê. São coisas pequenininhas, não são coisas grandes. E isso fez eu crescer. Na verdade não tem uma coisa que amo fazer aqui dentro não. Gostaria de estar trabalhando fora. Artesanato não é minha área. Se dependesse disso pra eu viver eu morreria de fome” (U3); “Na minha opinião, aqui no CAPS está ótimo. Só está deixando a desejar na área da atividade, oficina, agora. Porque antigamente a oficina era bem mais elaborada, era melhor. Se você falasse que hoje não tava a fim de desenhar, a gente não desenhava. O que você quisesse você fazia. Hoje é assim: ou você faz, ou vai pro prontuário, aí o INSS vai pedir o prontuário e vai ver que você não tá fazendo nada” (U6); “Antes era uma atividade, agora dá impressão que querem produção. Aqui não é uma firma. No dia internacional da mulher, fizemos 250 flores em dois dias, nós fizemos isso. Foi entregue pra Prefeitura. Não era obrigado a fazer nada. E agora tem que ficar fazendo bonequinha” (U10); “Eles não perguntam nada o que a gente quer fazer hoje. Quando entrei aqui, a gente fazia o artesanato e podia levar pra casa. Não pagava nada. Agora a gente tem que pagar. E não explicaram pra gente nada, o porquê que agora tem que pagar. Muita coisa que podia, e agora não tem explicação, é simplesmente ‘não’. Se tem uma coisa que a gente gosta, que a gente se adaptou, porque não fazer? Não tem explicação, simplesmente acabou. Tem coisa assim que eles não querem ver o tratamento. Aqui não é uma escola, que a gente tem que ficar mudando de matéria. Ah, o primeiro bimestre a gente tem que estudar história, segundo bimestre tem que estudar geografia. Aqui não é isto. Aqui tem que ser o que a gente se adapta a fazer” (U9); “Agora a gente tem que forçar a atividade. Aí ficamos ali fazendo rosas. Ai, pelo

amor de Deus tem que fazer, porque estas rosas tá tudo vendida. Você não pode ficar parado num canto senão é ameaçado de receber alta” (U5).

Também no grupo focal com os familiares, ao abordarmos o quê os usuários vêm fazer no CAPS, as oficinas permeiam todas as falas, como pode ser verificado nos discursos: “É bom, todo mundo conversa, distrai as pessoas, que nem a minha esposa que começou agora estes dias, já chegou lá, já levou as lembrancinha que eles fizeram aí. E eu acho que distraiu bastante ela. E eu espero que ela vai sair destas visagens dela, que ela vê de noite que vem pega ela, eu espero que ela melhore bastante” (Fam3); “Assim a gente nota né, daí então ele vem alegre. “Tia hoje eu fiz isso, tia hoje eu fiz aquilo, eles me trataram bem. A gente também fica alegre por ele. Então eu gosto muito que ele fique aqui” (Fam5); “Conversam, fazem trabalho. Que nem a minha, é difícil certos trabalho para ela fazer, mas alguns ela consegue fazer” (Fam1).

As oficinas terapêuticas carecem de apresentação da sua finalidade, tanto para usuários, quanto para familiares. Observamos que a maioria dos usuários entende a oficina como atividade obrigatória, de produção, e que atualmente não podem mais levar o que realizam para mostrar aos seus familiares, só se o produto for comprado, como refere o U1 “Quando entrei aqui, o que você fazia você levava. E não pagava nada. Agora não. falava pra gente assim: Oh leva pro teus parentes, leva pros teus filho, olha que lindo que você fez, porque você tem capacidade de fazer. Agora, como a gente vai fazer alguma coisa, sabendo que se tem que pagar”. E os familiares entendem a oficina como um passatempo, afirmando também que poderia ser realizada uma feira para exposição e venda dos produtos confeccionados pelos usuários, ilustrada pela fala do Fam2: “O CAPS deveria ter um espaço gratuito aqui, você entendeu? O CAPS deveria ter um espaço ali, o que vender ficar aqui para eles, para trazer material para eles, fazer um lanche melhor para eles, para trazer um profissional melhor para eles”.

O MS (2004) reconhece as oficinas terapêuticas, como uma das principais formas de tratamento oferecidos no CAPS, como:

Atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (MS, 2004, p.20).

Para corroborar a sua importância, Schrank e Olschowsky (2008), trazem a questão de que as “oficinas possibilitam a reconquista ou conquista dos usuários em relação à sua participação na sociedade com autonomia e reconhecimento de um cidadão” (p. 131). Não apreendemos na fala dos usuários e familiares este entendimento. Poderia questionar mais a forma como a oficina se apresenta no CAPS estudado. As percepções já apresentadas anteriormente, que relaciona as oficinas como passatempo, nos levam a pensar sobre a necessidade de orientação tanto para usuários quanto para familiares sobre o objetivo das oficinas e a vinculação das mesmas com o projeto terapêutico singular.

Assembléias:

Grupos com a participação de todos os usuários para discussão de questões e tomada de decisões referentes ao funcionamento do serviço, repasse de informações, e ocasião em que são informados os usuários que realizarão o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Identificou-se no discurso da psicóloga coordenadora a condução das assembléias e como espaço para relatos de usuários que em algum momento tiveram atendimentos no CAPS.

O U9 fala de uma reunião, onde são decididas algumas coisas, mas não se sente participante e comenta “Nada mais é que tiveram reunião e nós vamos ter que engolir. Poderiam conversar mais com a gente. Perguntar mais as coisas pra gente”.

Projeto terapêutico singular:

O projeto terapêutico institucional prevê que cada usuário deverá ter seu projeto terapêutico, de acordo com as suas necessidades.

Todos os trabalhadores informaram que os familiares não participam do projeto terapêutico do usuário. São realizados em média, 10 projetos por semana, totalizando 40 a cada mês. Ao abordarmos o projeto terapêutico singular, estaremos apresentando os casos de sucesso reconhecidos pelos trabalhadores.

Na fala da assistente social esta prática aparece quando relata: “O usuário, ele vem, ele participa, né, então é um dia que é só pra ele, né, e é com toda a equipe, então é onde ele se expõe e todos os técnicos conseguem pensar junto, né, naquela situação daquele usuário, então é esse o papel, a importância”. Este trabalhador exemplifica um caso de sucesso, como: “Pessoas que não tinham no momento que entraram condições nenhuma de voltar a trabalhar, nem de gerenciar a sua própria família, sua vida e com o tratamento ter tido melhoras, ter conseguido conciliar com a família e voltar ao trabalho”.

Na visão da psicóloga, aparece no discurso: “É uma reunião realizada entre psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro, para fazer alguns questionamentos aos usuários, identificar as dificuldades, potencialidades, e focos de trabalho no momento; a partir da identificação das dificuldades, dos entraves, na melhora desse paciente, que envolvam a família, nós procuramos comprometer essa

família com o tratamento”. Relata ainda que para a realização do projeto terapêutico, são aguardados alguns dias para estabilização do usuário, como refere: “Em geral, as pessoas chegam num estado muito grave que se fosse há vinte anos, estariam num hospital psiquiátrico e não sairiam tão cedo, e agora estão vindo tudo para os CAPS”.

Analisando as falas dos trabalhadores, no que diz respeito ao PTS e verificando o projeto especificamente de cada um dos usuários participantes desta pesquisa, foi possível identificar o quadro clínico, social, e um plano de cuidados na visão de cada trabalhador, possibilitando a constatação de poucos elementos singulares e ações repetitivas em quase todos os PTS, como:

- pela assistente social: estimular atividades que possibilitem o relacionamento interpessoal, auto-estima, trabalhar objetivos a serem desenvolvidos em sua vida incentivando a reinserção social;

- pela psicóloga: participar de grupos para expressar seus conflitos, para melhorar seus relacionamentos interpessoais e convivência social, melhorar a auto-estima e manter vínculos positivos;

- pela enfermeira: orientações de saúde e medicamentos, resgatar auto cuidado e auto-estima, apoio sócio familiar, incentivar para cursos;

- pela terapeuta ocupacional: acompanhamento individual e familiar com apoio, encaminhamentos e orientações para melhora do tratamento;

Ações que não têm definição de prazo para reavaliação, e nem indício da presença da participação efetiva do usuário no seu projeto.

Para explicitar a complexidade da construção do projeto terapêutico, Milhomem (2007), refere que o usuário “é compreendido como o protagonista principal de sua vida e tratamento, e assim o CAPS funciona como o principal agenciador de condições concretas para que este sujeito participe de trocas no âmbito social (p.38)”. Essa ação

pressupõe um pacto com o usuário, família, trabalhadores do CAPS e de outros serviços, “a partir das necessidades de cada usuário, e o estabelecimento de uma referência que irá se responsabilizar pela sua efetivação, articulação e acompanhamento” (Yasui, 2010, p. 149). Não observamos nas práticas neste CAPS, a presença destas diretrizes.

Quanto ao caso de sucesso, a psicóloga revelou que teria dificuldade, porque são vários, exemplificou com três casos. Escolhemos um deles para ilustrar, já adiantando que este e os outros têm em comum a recolocação no mercado de trabalho, como segue: “um caso de um rapaz com obesidade mórbida, um quadro bipolar grave, que também tinha questões muito sérias, medo do mercado de trabalho, fantasia de que tava velho pro mercado de trabalho, de que não ia conseguir nada, porque não tinha experiência, só empresa de família, várias fantasias, assim, uma ansiedade muito grande, né. Uma labilidade muito grande, com o tempo, com o trabalho desenvolvido, conseguiu achar emprego numa outra área, era uma pessoa que tinha um curso superior, mas que optou por fazer um serviço de nível médio pra, se abriu pro mundo, não é? Pra descobrir coisas novas, um trabalho novo, uma perspectiva de vida nova, saiu daqui empregado e muito feliz. O caso relatado, não foi pelo lado que muitos usuários de saúde mental vão, que é o de querer aposentadoria, que é de sentir inválido, incapaz de efetivamente exercer uma função”.

Também em seu discurso, a psicóloga faz referência à prática de orientar e estimular atividades fora do CAPS, como: “Inserção em atividades nas suas igrejas, nos seus bairros, no CRAS, que devem ter grupos de atenção psicossocial, também. Encaminhamentos pra cursos, pra outros espaços como a saúde da mulher que atualmente tem ioga, psicoterapia individual em faculdades, em outros espaços, centros de formação, encaminhamento pra essa ONG que eu te falei, que eu faço de vez em

quando, é uma ONG que trabalha com deficiências, então, os usuários que são portadores de deficiência mental, ou deficiência física também, mas com deficiência mental, procurar encaminhar pra um aqualificação profissional, pra uma inserção no mercado de trabalho, fazemos assim atividades de estímulo ao estudo, ao trabalho”.

Já para a coordenadora, os usuários estão se apropriando dos seus PTS, sabem que trata do seu projeto de vida, e nas assembléias são avisados os usuários que realizarão o atendimento para a construção do seu projeto. Ao relatar casos de sucesso, enquanto faz referência a outros que obtiveram retorno ao mercado de trabalho, menciona um deles que demonstrou remissão de sintomas, como segue: “Ao entrar no CAPS estava bem agressivo e chorando que não vinha aí eu pedi uma chance pra ele, só uma chance pra gente tentar te ajudar, daí ele falou, tá bom, acabou no final da entrevista falando que vinha, veio com uma cara meio assim, no primeiro dia, meio chateado, mas daí veio de repente, começou a se inserir, pintar as caixinhas, fazer as coisas nas oficinas e hoje ele tá muito melhor, sabe, sociável, nos cumprimenta, menos agressivo, já não ri sozinho, porque quando ele começou ele ria muito sozinho, falava, e isso já não está acontecendo mais, consegue mais fazer contato olho no olho, olhar para a gente, sorrir pra equipe, eu vejo assim que ele está bem contente com o progresso, ele está progredindo”. E quando referenciam outros: “tem mais assim, tem mais gente que voltou pra emprego também. Vários que estão voltando para trabalhar dizendo assim, ‘eu entendi que trabalhar é muito bom, é onde eu ganhava meu dinheiro, convivia com pessoas no trabalho’, essa consciência assim de que não é tão bom ficar encostado pelo INSS, aposentar, a gente aos pouquinhos está conseguindo ir demonstrando isso para eles, né, eu acho que isso é uma das conquistas que a gente teve”.

É possível perceber na fala da coordenadora, os contatos com outras secretarias, locais para cursos de idiomas, pintura, manicure, buscando parceiros, como coloca:

“quando o transtorno mental aparece e ele não é tratado, é claro que eles vão perdendo outros papéis, vão perdendo relacionamentos, mas que tudo isso pode ser revertido, se eles se tratam, tomam uma medicação e reverte o quadro, eles voltam a ter um equilíbrio emocional e daí possibilita que eles consigam fazer outras coisas, novas coisas, coisas diferentes, que é o objetivo da gente”.

Para a enfermeira, a sua atuação no projeto terapêutico tem por objetivo a reabilitação do usuário, fazer com que ele consiga ter mais autonomia, ou às vezes, apoiá-lo em certa dificuldade, e até mesmo orientar o familiar. Quando fala de casos de sucesso, relata: “Usuários que chegaram aqui que tinham auto cuidado bem diminuído, com isolamento social, com situações bem, assim, de conflitos familiares, a gente conseguiu trabalhar e ter alta do CAPS, assim, sociabilizando com o auto cuidado melhorado. Isso a gente tem conseguido fazer”.

Para a Terapeuta Ocupacional, a sua participação no projeto terapêutico busca a interação, integração e socialização do usuário. Quanto aos casos de sucesso, refere-se a usuários que retornaram espontaneamente ao CAPS para relatar como estavam: ““Eu vim aqui só pra ver como é que tá todo mundo, aí pra dizer que eu tô bem”. Aí a gente abriu espaço pra pessoa falar, ver os outros usuários e falar assim: “olha eu cheguei aqui muito mal, fiquei aqui por dois anos e hoje eu voltei a trabalhar, hoje eu tô bem, sabe”. Complementa a gratificação sentida pela equipe ao saber destes relatos, quando diz: “Isso é muito gratificante, tá tendo essa busca deles, eles retornam. Conseguem ser reinseridos, depois voltam pra cá pra dizer como estão. E tem vários assim, final do ano foi uma coisa assim que, a gente não tava esperando, né, então vieram esses 3 usuários, em 3 momentos diferentes assim, pra falar pros outros que eles estavam bem, que era pros outros terem fé que eles também iam melhorar, que eles precisavam se esforçar. Que eles iam melhorar!”

O terapeuta ocupacional relata ainda, que informa aos usuários sobre atividades no centro cultural, para que eles mesmos procurem. Dessa maneira, incentiva a autonomia, e exemplifica: “tem usuário nosso fazendo curso de cabeleireiro, de manicure”.

Para os usuários com os atendimentos no CAPS, há melhora dos sintomas, como pode ser observado nos relatos: “Tinha medo de andar sozinha. Tinha medo de vir pro CAPS sozinha, sempre tinha que alguém trazer. Única coisa que não superei ainda foi o Banco. Entrar no Banco eu ainda não consegui. E a minha vontade de viver, né? Voltar a ter uma vida normal, voltar a trabalhar né? Isso daqui não é vida pra gente. Por mais que os profissionais tratam bem a gente, não é isso que a gente quer. A gente quer voltar a trabalhar. Tenho vontade. A gente quer sair dessa. Que futuro dá isso? Tô encostado, encostado no quê? Na parede né!” (U3); “Agora não estou mais agressivo, como era, 24 horas. Não convivía com a sociedade, tinha visões. Eu me via passar por cima de carro, via sangue, gente morta. Mas não era. Hoje não vejo mais. Via bicho na parede, hoje não vejo mais. Então, pra mim foi uma melhora muito grande. Claro que, ainda não me tire do sério, aí agrava tudo!” (U6).

Os familiares também mencionam a melhora dos sintomas: “Ai, graças a Deus, depois que ele começou aqui, não deu mais crise. Às vezes dói a cabeça, ele toma remédio, mas não deu mais aquelas crises de levar para o hospital” (Fam3); “Ele melhorou bastante, antes ele ficava sem fazer barba, agora ele faz um dia sim e um dia não. Banho era até demais.” (Fam6).

O projeto terapêutico institucional prevê a articulação e mobilização de recursos da comunidade com o objetivo da reinserção social. Verificamos no prontuário dos usuários participantes deste estudo, na parte do PTS, a descrição da situação atual e um plano de cuidados na visão de cada trabalhador, sem compartilhar o cuidado com o

usuário para incluir o que ele mesmo deseja para o seu tratamento. Também não foi observada a organização com prazos, até mesmo para reavaliar os objetivos.

Visita domiciliar:

É a visita no domicílio realizada a pedido de familiar, equipe, ou outra instituição para busca ativa e/ou acompanhamento. As visitas são realizadas semanalmente.

Na visão do psicólogo, esta prática tem por objetivo verificar a situação familiar, a adesão ao tratamento, sensibilizar o usuário e a família. São sempre acompanhadas pelo agente comunitário de saúde, responsável por aquele território.

No projeto terapêutico do serviço, esta prática está prevista.

Reunião das famílias:

É a reunião realizada mensalmente com os familiares dos usuários. Na visão do terapeuta ocupacional, esta prática tem por objetivo verificar, por meio da família, como o usuário está convivendo com seus familiares, a fim de auxiliar nos objetivos do tratamento. Refere que poucas famílias são presentes, e que o CAPS deveria desenvolver algumas estratégias para estimular a participação: “eu acho que o CAPS deveria fazer, não só reuniões de família, mas ter outra forma de fazer com que estes familiares sejam mais presentes, porque nós percebemos que quando a gente chama a família pra conversar, o paciente melhora, porque começa a ter apoio em casa, essa família começa a entender que a pessoa que tá lá em casa precisa de ajuda naquele momento, então a gente percebe que melhora”.

Palestras externas:

Palestras em outros espaços que não o próprio CAPS, tendo por objetivo a divulgação de informações sobre as atividades do CAPS e outros temas relacionados.

Na visão da coordenadora, sua atuação nesta prática objetiva apresentar o CAPS para os outros serviços, como refere: “tem esse preconceito quando é transtorno mental eu não sei o que fazer, não sei o que falar. Eu acho que a gente tem que ir mais lá, pra dar mais segurança, porque eles são perfeitamente capazes de atender essas pessoas”.

Para o enfermeiro, essa prática contribui para facilitar os encaminhamentos futuros, que precisarem realizar.

Passeio:

Momentos de integração fora do CAPS, realizados em museus, centro cultural e outros lugares.

Para o assistente social, esta prática tem por objetivo, mostrar aos usuários a possibilidade de frequentar outros lugares, que não só o CAPS, como refere: “temos trabalhado para que eles se estendam, não só ao CAPS, porque tem gente que se fecha aqui dentro, e se for pra sair daqui ele não consegue, se perde”.

Na perspectiva da psicóloga, os passeios possibilitam a socialização, o “olhar para o outro e se ver através do outro”. São realizados passeios ao bosque do município e em centros culturais.

Para o terapeuta ocupacional, essa prática tem por objetivo proporcionar uma participação mais efetiva fora do CAPS. Mas comenta algumas dificuldades: “até o bosque, até o horto municipal, pra eles conseguissem sair daqui de dentro do CAPS, pra

eles entenderem que tratamento não é só dentro do CAPS, e nós tivemos rejeição por parte deles, mesmo. A gente sabe que tem muitas coisas que a gente poderia fazer fora, mas a gente tem essa rejeição por parte deles. Então é uma coisa que a gente tem que estar trabalhando bastante, de mostrar que as práticas das coisas que eles podem vivenciar não estão só dentro do CAPS. A impressão que dá, é que aqui é um ambiente acolhedor, protetor, então eles querem ficar aqui, não querem sair de jeito nenhum. A gente tá tentando quebrar isso, sabe! Essa rejeição é principalmente daqueles que estão aqui há bastante tempo”.

No relatório de atendimentos de janeiro a novembro de 2012, consta a realização de um passeio.

Os usuários referiram-se às caminhadas, que foram suspensas por decisão em assembléia.

4.2 As práticas no CAPS e o *paradigma psicossocial*

Tomando como referência a complexidade que as práticas no CAPS impõem, podemos refletir o quanto a atenção dispensada é de fato psicossocial, tendo como base Rosa (2003), quando refere:

No sentido de se constituir como um serviço substitutivo em saúde mental, pautado pelo modelo psicossocial, considerando tudo aquilo que esse modelo pressupõe. Isto implica, fundamentalmente, questionar essa instituição no que se refere à possibilidade de, como resultado de suas práticas, privilegiar o sujeito e não a doença (p. 321).

Os resultados deste estudo nos permitem o desvelar de uma realidade, que apesar dos avanços e ampliação da rede de serviços de saúde mental, ainda é possível observar reproduções cotidianas do paradigma psiquiátrico (Kantorski, Souza, Willrich & Mielke, 2006).

Os achados de Rabelo e Torres (2006), quando investigaram a percepção dos trabalhadores de serviços de saúde mental sobre a reforma psiquiátrica, encontraram ênfase nos aspectos técnico-assistenciais, reduzindo apenas a uma prática o processo da Reforma Psiquiátrica. Os trabalhadores, ao se referirem à eficácia da reforma, enfatizaram um modelo mais humanizado, sendo possível coexistir o paradigma biológico e psicossocial. A autora chama a atenção para o risco desta constatação, que confronta o conceito da desinstitucionalização, que é proposto pelo paradigma psicossocial.

O CAPS objeto deste estudo, está em funcionamento há sete anos, seus trabalhadores têm entre 3 e 29 anos de formação. Ao observamos a época da graduação dos entrevistados, 1 trabalhador concluiu na década de 80, 2 trabalhadores na década de 90 e 2 trabalhadores concluíram sua graduação na década 2000. Segundo Bezerra (2007), quando fala dos recursos humanos como um dos desafios da reforma psiquiátrica, a primeira geração dos trabalhadores envolvida em sua construção, tinha como contexto questões políticas, sociais e ideológicas, como o regime militar e movimentos sociais, o que afirmava o ideário da reforma. Já para os novos trabalhadores, o cenário do esmaecimento da política e a “hegemonia crescente do discurso técnico” (p.8) dá um caráter complexo, pois além da necessidade de formação teórica e técnica, prescinde em suscitar uma vocação crítica e criativa em busca da consolidação da reforma psiquiátrica. Entretanto, brevemente observamos dentre os trabalhadores deste CAPS que, temas cruciais, como a desinstitucionalização, já abordada nesta pesquisa, não se apresenta da mesma forma em seus discursos.

Todas as práticas descritas estão de acordo com a portaria que regulamenta o CAPS. No entanto, quando analisamos a fala dos trabalhadores, usuários e familiares,

algumas questões, que serão descritas no decorrer desta discussão, nos chamam a atenção.

Foi possível observar no cronograma de horário do CAPS que os trabalhadores se mostram organizados para acolher todos os usuários e familiares que procuram o serviço. Correspondendo, assim, à Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, nos artigos 1º, §2º, que trata da constituição do CAPS, em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território, e artigo 4º, que indica a responsabilidade do CAPS em organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental em seu território.

Os usuários reconhecem o CAPS como um lugar de lazer, como referem:U7, “Faz 4 anos que frequento o CAPS. Pra mim o CAPS é mais uma área de lazer. Eu não posso trabalhar mais né? Eu venho aqui, faço as minhas coisa, faço meus trabalhos e é um lazer. Em casa não sei fazer nada sozinha. E aqui eu sei fazer as coisas com ajuda do profissional, não só dos profissionais quanto dos colegas”. Para U5: “È praticamente a segunda casa da gente. Porque em casa não tem sossego. Porque a família não aceita a gente assim. Porque eu mesmo quando falavam do CAPS, eu nunca tinha ouvido falar. Eu pensava que era um hospício. Mas é assim, o tratamento a gente tá fazendo entre a gente mesmo. Porque se um vem triste, o outro já vê que não tô bem. Aí a gente vai conversando, conversando aí a gente fica mais calminho”.

Já para os familiares, o CAPS, além de proporcionar apoio é um espaço de lazer, como ilustra a fala de Fam7 “No CAPS, ele faz as atividades, essas coisas que tem aí fora, essas flor, faz yoga, faz exercício, tudo que eles mandam ele fazer ele faz, é um lugar pra fazer atividades”.

As iniciativas de articulação de recursos disponíveis na comunidade aparecem fortemente nos discursos dos trabalhadores, quando relatam as parcerias que realizam

para encaminhamentos, como relata a psicóloga: “fazemos muitos encaminhamentos pra cursos, pra outros espaços como a saúde da mulher que atualmente tem ioga, psicoterapia individual em faculdades, em outros espaços, centros de formação, encaminhamento pra essa ONG que eu te falei, que eu faço de vez em quando, é uma ONG que trabalha com deficiências, então os usuários que são portadores de deficiência mental, tem alguns com deficiência física também mas com deficiência mental, procuramos encaminhar pra uma qualificação profissional, pra uma inserção no mercado de trabalho, fazemos assim atividades de estímulo ao estudo, ao trabalho, deixa eu ver, as visitas são um pouco dessa função eu acho que nós fazemos também, articulamos bem com outros, com outros equipamentos da prefeitura, são esses equipamentos sociais. Casos de violência, por exemplo, separação, disputa de guarda, nós procuramos a justiça, orientamos, né, fazemos o encaminhamento, o contato com a assistência social, casos também de dificuldades de benefício, de dificuldade financeira, também fazemos contato com a assistência, eventualmente com o conselho tutelar e com outros equipamentos de saúde”.

Constatação esta, que vem ao encontro da formulação de Yasui (2010):

Entendo o CAPS como uma estratégia de produção de cuidados. Ou seja, como um arranjo institucional que se faz, desfaz e refaz na tessitura de uma rede de ações de cuidado, em uma diversidade de estratégias executadas para além das fronteiras do serviço, integradas e em associação a outras instituições e serviços (p.4).

Os usuários participantes da pesquisa ora demonstravam certo conforto por estar no CAPS, ora desconforto, pois exprimiam desejo de retornar ao trabalho, além de reconhecerem-se envergonhados de estar no CAPS, como os usuários: U1: “Eu queria que fosse como todo tratamento né? Você tá com uma gripe, você quer sarar rápido. Eu queria voltar a ter minha vida né? Voltar a trabalhar, ser feliz, eu não encontro felicidade”. E U3: “È porque normalmente as pessoas condena a gente, entende? Igual ela falou eles chamam a gente de louco. Normalmente condena a gente, faz CAPS, tipo

assim, você já é exonerado da sociedade. Voltar a ter uma vida normal, voltar a trabalhar né? Isso daqui não é vida pra gente. Por mais que os profissionais tratam bem a gente, não é isso que a gente quer. A gente quer voltar a trabalhar. Tenho vontade, a gente quer sair dessa. Que futuro dá isso? Tô encostado, encostado no quê? Na parede né? Porque isso aqui não dá lucro”.

Por outro lado, os trabalhadores reconhecem nos usuários um sentimento de não querer sair do CAPS, no grupo participante desta pesquisa, alguns estavam em acompanhamento ininterrupto há pelo menos 4 anos. A equipe traz a dificuldade da alta no CAPS, como relata a coordenadora: “tem uma dificuldade a questão da saída, porque eles se apegam se sentem aceitos se colocam assim: se a gente for em outro ambiente, a gente não vai ser aceito e aqui a gente é, então como é que a gente vai fazer e a gente acaba criando se a gente continuar, e também fizer esse movimento, a gente também vai ficar na síndrome da porta giratória, eles vão pra sair e voltam, vão pra sair e voltam, a gente quer quebrar esse círculo”.

Questões semelhantes foram encontradas no estudo de Rosa (2003), no qual revela que, “no CAPS é necessário ampliar os espaços de troca, de relação, de cidadania, ultrapassando os muros do serviço” (p.322), o que parece ser um desafio.

Apreendemos na fala do psicólogo, uma constatação de que o número de leitos psiquiátricos diminuiu, e não foram implementados os leitos de saúde mental suficientes em hospital geral, também relata as consequências em sua visão: “as pessoas que chegavam aqui para um acolhimento, por exemplo, num estado muito grave, de uma psicose, de uma ideação suicida e que eram encaminhados por nós para o Centro Psiquiátrico Metropolitano, lá o psiquiatra encaminhava pro internamento, ou o Pronto Atendimento (PA) encaminhava. E hoje, vão pra esses espaços e retornam ao CAPS, só que o CAPS não tem, não foi regulamentado na estrutura pra comportar casos tão

graves, nós temos psiquiatra 20 horas, só no período da manhã, à tarde ficamos eu, a coordenadora, a TO e a enfermeira apenas, se nós temos 2 pessoas aqui em surto, nos causa um tumulto com os outros usuários, com as outras atividades propostas, porque a equipe técnica tem que ficar em cima desse usuário, até poder chegar uma ambulância, até poder encaminhar, o atendimento às crises estão maiores, antes era mais fácil e hoje não, tá muito mais burocrático, eu penso pra se conseguir, as vagas são reduzidas, às vezes a pessoa tá em crise e precisa de uma intervenção rápida porque tá correndo risco muito grande, ela, a própria família precisa de uma intervenção urgente e não tem vaga para internar nessa urgência e a pessoa tem que voltar pra casa ou fica aqui no CAPS aguardando, ou fica no PA, eu acho que ainda tá muito mal estruturada essa questão”.

Para a fala apresentada, trazemos Jardim e Dimenstein (2007), quando referem:

A atenção urgente à pessoa em crise delimita apontamentos específicos. Sendo apontamentos, não estão circunscritos como regras, mas enquanto pontos que devem ser observados e trabalhados de acordo com a necessidade de cada situação. Antes de tudo, é crucial enxergarmos a pessoa. Uma pessoa com contexto, com história. A crise não é um diagnóstico com terapêutica delimitada previamente, muito pelo contrário, é fundamental vermos a crise como potencialidade e localizá-la no contexto da pessoa que a traz (p.184).

Verificamos uma questão importante que precisa ser discutida neste serviço, abordando a responsabilidade no acolhimento do usuário em crise e qual a articulação do CAPS com a Rede de Saúde do município.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu-nos apreender que o serviço em questão, por meio de suas práticas, apresenta indícios de paradigmas que precisam ser superados. Os trabalhadores não estão alinhados quanto às diretrizes da reforma psiquiátrica, e carece de ações fora do CAPS, o que resulta no isolamento do serviço na Rede. A execução predominante de ações nas instalações físicas, não explorando os recursos da comunidade, impossibilita a equipe de se apropriar da estratégia de atenção psicossocial. O que, aliás, potencializaria as práticas no serviço, além de contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde mental na Rede de Saúde do Município, à medida que os profissionais se apropriem do paradigma psicossocial.

É importante salientar que é preciso atentar ao longo do percurso de consolidação da reforma psiquiátrica, a manutenção do paradigma psiquiátrico, coexistindo com o paradigma psicossocial.

Concluimos que o CAPS em questão necessita discutir o cotidiano do cuidado, rever o projeto terapêutico institucional para que o serviço possa efetivamente compartilhar o cuidado ao usuário com os profissionais dos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial do Município.

Entendemos que é um desafio constante produzir transformações efetivas no cuidado à saúde mental, por esta razão propomos esta análise das práticas, considerando os trabalhadores e as percepções de usuários e familiares. A análise proporciona à equipe do CAPS perceber o quanto suas ações estão impactando na qualidade de vida dos usuários vinculados ao serviço. Este estudo de caso mostrou-se uma estratégia possível de avaliação qualitativa das práticas no CAPS, já que apresenta a percepção de usuários, trabalhadores e familiares.

Por fim, apenas para justificar a necessidade de rever as práticas, menciono Pacheco (2009) quando afirma que “o manicômio precisa ser desconstruído não somente em sua estrutura física, mas também, e principalmente, em nossos pensamentos e atitudes” (p. 326).

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*. 11 (3), 491-494.
- Amarante, P. (Coord.) (2003). *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Baptista, T. W. F. (2007). História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In G. C. Matta, & A. L. Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. (pp. 29-60). Rio de Janeiro, RJ: Editora EPSJV/ Fiocruz. Recuperado de: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=25>.
- Bezerra, B.J. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. (v17) (pp.243-250) Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>.
- Boarini, M. L. (2011). Atenção à Saúde Mental: Um outro olhar. In M. L. Boarini (Org.). *Desafios na Atenção à Saúde Mental* (pp. 127-143). Maringá, PR: EDUEM.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF. Recuperado de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção em saúde. DAPE. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007- 2010*. Brasília, DF. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf

- Costa- Rosa, A., Luzio, C., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante. (Coord.). *Archivos De Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-14). Rio de Janeiro, RJ: Editora Nau.
- Guedes, A. C., Kantorski, L. P., Pereira, P., M., Clasen, B., N., Lange, C., & Muniz, R. M. (2010). A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(3), 547-53 Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a19.htm>.
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*. 13(1), 169-190. Recuperado de: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/267/276>.
- Jorge, M. A. S., Alencar, P. S. S., Belmont, P. R., & Reis, V. L. (2003). *Textos de Apoio em Saúde Mental: Organização da Assistência Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
- Kantorski, L. P., Souza, J., Willrich, J. Q., & Mielke, F. B. (2006). O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 14 (3): 366- 371.
- Lei Federal nº 10216, de 06 de abril de 2011. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Lei Estadual nº 11189, de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Recuperado de: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_11_189PR_de_9_de_novembro_de_1995.pdf.
- Luzio, C. A. (2011). Atenção Psicossocial: Reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In M. L. Boarini (Org.). *Desafios na Atenção à Saúde Mental*. (pp. 145-174). Maringá, PR: EDUEM.
- Milhomem, M. A. G. C. (2007). *O trabalho das equipes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cuiabá-MT* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/o-trabalho-das-equipes-nos-centros-de-atencao-psicossocial-caps-de-cuiaba-mt-\[104-180610-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/o-trabalho-das-equipes-nos-centros-de-atencao-psicossocial-caps-de-cuiaba-mt-[104-180610-SES-MT].pdf).
- Organização Mundial da Saúde, [OMS] (1990). *Declaração de Caracas*. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf
- Pacheco, J. G. (2009). *Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível*. Curitiba, PR: Editora Juruá.

- Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Diário Oficial da União em 19 de fevereiro de 2002. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Rabelo, I.V.M. & Torres, A.R.R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 219-228. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n3/v23n3a01.pdf>.
- Rosa, E.Z. (2003). A saúde mental na rede pública: impasses e desafios enfrentados pelo CAPS no percurso pela desinstitucionalização. In A.Bock. *Psicologia e o compromisso social* (pp.313-331). São Paulo, SP: Editora Vozes.
- Schrank, G. & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista de Escola de Enfermagem USP*. 42 (1), 127-134. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>.
- Schneider, J. F., Camatta, M.W., Nasi, C., Adamoli, A. N., & Kantorski, L. P. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial Brasileiro. *Ciencia y Enfermeria*. XV (3), 91-100. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf
- Silva, M. T., Lancman, S., & Alonso, C. M. C. (2009). Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. 43 (Supl. 1), 36-42. Recuperado de: Do site <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/750.pdf>
- Yasui, S. (2010). *A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora"*. Discurso. Obtido do site em 15 de março de 2013. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre, RS: Bookman.

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários e Familiares

Anexo 3 - Roteiro da entrevista para profissionais

Anexo 4 - Guia de temas para Grupo Focal com usuários

Anexo 5 - Guia de temas para Grupo Focal com familiares

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Análise das Práticas e seus significados: estudo de caso de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)” de autoria de Rejane Cristina Teixeira Tabuti, mestranda da Universidade Tuiuti do Paraná em Psicologia Social Comunitária. O objetivo desta pesquisa é realizar análise das práticas em um CAPS, bem como de seus significados para usuários e seus familiares e profissionais. A atividade desenvolvida será uma entrevista, onde responderá a perguntas sobre o CAPS.

Estes encontros serão gravados, se você autorizar, para que cada detalhe seja registrado, e nenhuma informação seja distorcida. Seu sigilo será sempre garantido e sua privacidade respeitada. Caso não concorde com a gravação, cada detalhe deverá ser registrado por escrito.

Rejane Cristina Teixeira Tabuti é aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná responsável pela pesquisa e poderá ser encontrada no telefone 3330-4526. Sua supervisora é a Professora Dra Roberta Kafrouni docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

Para podermos realizar a Pesquisa “Análise das Práticas e seus significados: estudo de caso de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)” precisamos de sua colaboração autorizando a coleta de dados.

Você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo. Garantimos que não haverá consequências danosas por sua participação na pesquisa.

Garantimos o total sigilo aos dados aqui obtidos assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa.

As informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas.

Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado

Eu, _____, autorizo a coleta de dados desta pesquisa e compreendo que poderei interromper a minha autorização a qualquer momento.

Curitiba, de de

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários e familiares

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Análise das Práticas e seus significados: estudo de caso de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)” de autoria de Rejane Cristina Teixeira Tabuti, mestranda da Universidade Tuiuti do Paraná em Psicologia Social Comunitária. O objetivo desta pesquisa é realizar análise das práticas em um CAPS, bem como de seus significados para usuários e seus familiares e profissionais. A atividade desenvolvida será a participação em um Grupo Focal, onde responderá a perguntas sobre o CAPS.

Estes encontros serão gravados, se você autorizar, para que cada detalhe seja registrado, e nenhuma informação seja distorcida. Seu sigilo será sempre garantido e sua privacidade respeitada. Caso não concorde com a gravação, cada detalhe deverá ser registrado por escrito.

Rejane Cristina Teixeira Tabuti é aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná responsável pela pesquisa e poderá ser encontrada no telefone 3330-4526. Sua supervisora é a Professora Dra Roberta Kafrouni docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.

Para podermos realizar a Pesquisa “Análise das Práticas e seus significados: estudo de caso de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)” precisamos de sua colaboração autorizando a coleta de dados.

Você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo. Garantimos que não haverá consequências danosas por sua participação na pesquisa.

Garantimos o total sigilo aos dados aqui obtidos assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa. As informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado

Eu, _____, autorizo a coleta de dados desta pesquisa e compreendo que poderei interromper a minha autorização a qualquer momento.

Curitiba, de de

Anexo 3

Roteiro da entrevista para profissionais

Nome, categoria profissional, idade, tempo de formação, atuação na área de saúde mental e neste serviço. Experiências anteriores;

Você utiliza algum referencial teórico para o trabalho? Qual?

O que você entende por Reforma Psiquiátrica?

O que é para você atenção psicossocial?

Quais atividades você realiza neste serviço? Quais os objetivos?

O que poderia dizer a respeito de ações além do CAPS?

Quais os problemas enfrentados?

Qual é a participação dos usuários e familiares no projeto terapêutico individual?

No cotidiano do CAPS, exemplifique as práticas que promovem a inclusão e a cidadania do usuário.

Relate um caso que considere de sucesso para o serviço.

Procedimento: tempo:45min

Anexo 4

Guia de temas para Grupo Focal com usuários

Objetivos: Discussão de temas e propiciar um espaço para expressar de forma livre, pensamentos, opiniões, percepções, valores, etc.

Roteiro de debate:

O que é o CAPS para você?

Porque você está aqui?

Toma algum medicamento?

O que mudou depois dos atendimentos no CAPS?

Como é a vida fora do CAPS?

Você se considera uma pessoa saudável?

Ficou internado? Quantas vezes? Como foi?

Ouviu falar de Reforma Psiquiátrica?

Participa ou já participou de algum movimento social, conferência de saúde, associação de familiares, cooperativas de trabalho, etc?

Tem alguma sugestão para o CAPS?

Participa das Oficinas no CAPS?

Anexo 5

Guia de temas para Grupo Focal com familiares

Objetivos: Discussão de temas e propiciar um espaço para expressar de forma livre, pensamentos, opiniões, percepções, valores, etc.

Roteiro de debate:

O que trouxe seu familiar para este serviço?

O que ele faz aqui?

Como é a vida dele fora daqui?

O que mudou para a família após os atendimentos no CAPS?

Acha que o problema tem cura?

O que é o CAPS para vocês?

Participam ou já participaram de Conferência de Saúde, associação de familiares, cooperativas de trabalho, etc.