

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
MESTRADO ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

PEGGY LIZ MENDES DE MORAES

**PERCEPÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA PRÁTICA EM
SAÚDE MENTAL**

NITERÓI

2018

PEGGY LIZ MENDES DE MORAES

**PERCEPÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA PRÁTICA EM
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde.

Linha de Pesquisa: Cuidado em seu contexto sociocultural

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Eliane Ramos Pereira

Coorientadora:

Prof.^a Dr.^a Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Niterói, RJ

2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BENF
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M827p Moraes, Peggy Liz Mendes de
PERCEPÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA PRÁTICA
EM SAÚDE MENTAL / Peggy Liz Mendes de Moraes ; Eliane Ramos
Pereira, orientadora ; Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva,
coorientadora. Niterói, 2018.
80 f. : il.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/MPES.2018.m.52891313704>

1. Saúde Mental.. 2. Percepção dos Profissionais de
Saúde Mental. 3. Fenomenologia. 4. Centro de Atenção
Psicossocial - CAPS. 5. Produção intelectual. I. Pereira,
Eliane Ramos, orientadora. II. Silva, Rose Mary Costa Rosa
Andrade, coorientadora. III. Universidade Federal Fluminense.
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. IV. Título.

CDD -

PEGGY LIZ MENDES DE MORAES

**PERCEPÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA PRÁTICA EM
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial à obtenção do título de Magister Scientiae.

Linha de Pesquisa: Cuidado em seu contexto sociocultural

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Eliane Ramos Pereira – UFF
Orientadora (Presidente)

Prof.^a Dr.^a Aline Miranda da Fonseca Marins – UFRJ
(1^a Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva – UFF
Coorientadora (2^a Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Marta Sauthier – UFRJ
(1^o Suplente)

Prof. Dr.^a Mirian da Costa Lindolpho – UFF
(2^o Suplente)

Niterói

2018

Dedico este trabalho as minhas filhas Helen e Lauren, razão
do meu viver e que fazem minha vida mais feliz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou minha estrada nesta longa caminhada frente a cada desafio.

À minha família pelo incentivo e ajuda nos momentos difíceis.

A minha amiga Lenilza Vinagre co-pesquisadora que ajudou na coleta e transcrição dos dados, a minha eterna gratidão.

As amigas, em especial Ticiane Góes, Isadora Flores, Bianca Marques e Gabriela Gonçalves que estiveram, sempre ao meu lado compartilhando saberes, alegrias e tristezas.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Eliane Ramos Pereira, por ter me acolhido junto ao seu grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos Qualitativos e Translacionais em Emoções e Espiritualidade na Saúde - QUALITEES”, pela sua atenção constante, incentivo, carinho, alegria e força nos momentos difíceis.

À minha Coorientadora Prof.^a Dr.^a Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, pelo apoio, pelas mensagens carinhosas e palavras motivadoras em forma de pétalas de rosa.

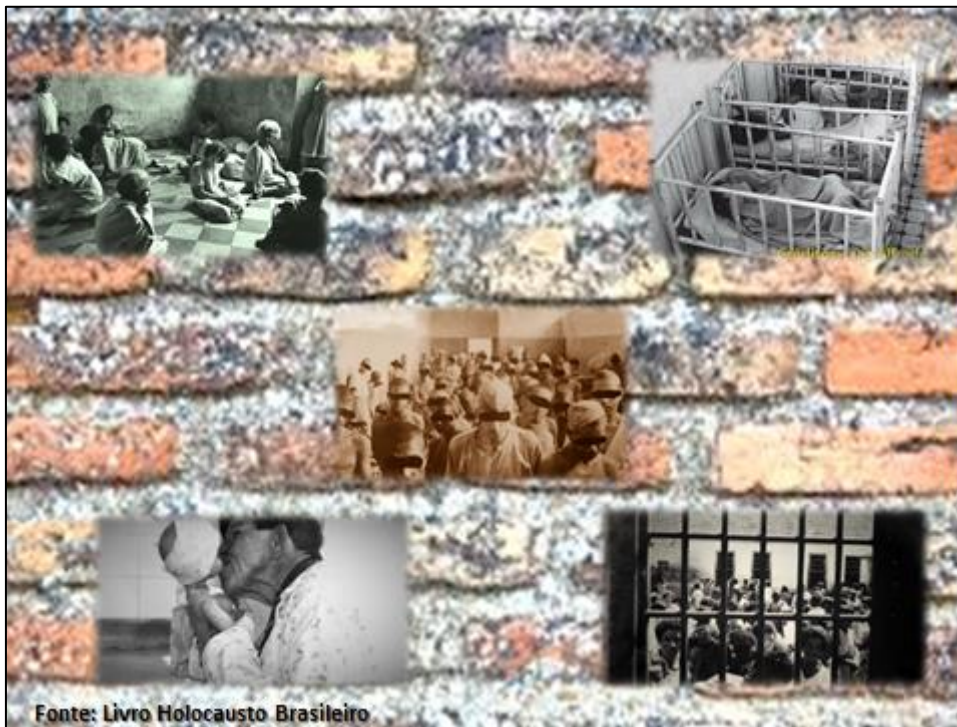
Aos profissionais dos CAPS de Armação dos Búzios e Cabo Frio, participantes da pesquisa, pela credibilidade ao estudo desenvolvido, por demonstrarem empatia e interesse em contribuir com minha pesquisa.

Aos professores doutores da banca examinadora: Aline Miranda da Fonseca Marins, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas, Enéas Rangel Teixeira, por terem aceito o convite de compor a banca e pelas contribuições realizadas ao longo da construção do trabalho.

Aos membros do grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos Qualitativos e Translacionais em Emoções e Espiritualidade na Saúde- QUALITEES”, pela acolhida no grupo e o crescimento alcançado durante as atividades experienciadas.

Aos membros da turma de Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde (2016/1º semestre),
o meu agradecimento pela ajuda no crescimento acadêmico.

A todos os funcionários e professores da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, que
contribuíram para o alcance dos meus objetivos.



“A primeira verdade é ‘Eu penso’, mas sob a condição de que por isso se entenda’ eu sou para mim’ estando no mundo [...] O interior e o exterior são inseparáveis. ‘O mundo está inteiro dentro de mim e eu estou inteiro fora de mim.’”

Merleau-Ponty, 2015 p. 546

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica trouxe mudança de paradigma na atenção psicossocial com relação especialmente aos processos de reorganização do modelo assistencial e às práticas cotidianas em curso nos serviços substitutivos. Considerando a interdisciplinaridade como uma estratégia importante para a organização do trabalho no atendimento aos usuários do CAPS torna-se relevante a dimensão das percepções no contexto das práticas da equipe de saúde mental. **Objetivos:** Geral: compreender a percepção dos profissionais de saúde mental acerca da desinstitucionalização e suas experiências vivenciadas nas práticas cotidianas do cuidado no contexto do CAPS. São objetivos específicos: descrever a percepção dos profissionais de saúde mental acerca da desinstitucionalização do sujeito; elucidar as experiências dos profissionais nas práticas cotidianas de atendimento aos usuários no CAPS; e, discutir sobre a construção interdisciplinar do Projeto Terapêutico Singular, especialmente em relação ao acolhimento, vínculo, integralidade e resolubilidade. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de campo, com abordagem qualitativa fenomenológica. Os dados foram coletados utilizando-se entrevista fenomenológica com 12 profissionais da equipe multiprofissional de dois CAPS na Região dos Lagos. Para a seleção dos mesmos, foram utilizados como critérios de inclusão os que atuam diretamente com os usuários, com pelo menos um ano de atuação nesse serviço e, de exclusão, os que estiverem em férias ou de licença, ou os que por algum motivo não possam ou não queiram participar. Para análise dos dados, foi utilizado o método de Clark Moustakas e interpretação com base no referencial de Maurice Merleau-Ponty. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF), mediante registro CAAE: 68433315.30000.5243. **Resultados:** As categorias encontradas foram intituladas: - Primeira Categoria: Os sentidos da desinstitucionalização para os profissionais do CAPS, que abrangeu duas subcategorias: A Desinstitucionalização como um Processo; Uma ponte na integração com a família e sociedade; e, Um tratamento mais humanitário. - Segunda categoria: A desinstitucionalização da existência humana do paciente, que abrangeu: Aprendendo a Con-viver não mais enclausurados; Fortalecendo laços e vínculos; O preconceito e o estigma do paciente psiquiátrico. - Terceira categoria: Desafios da prática do cuidado singular em saúde mental, com três subcategorias: O Projeto Terapêutico Singular e a Interdisciplinaridade; Oficina Terapêutica percebendo a singularidade do usuário; O Desafiador Trabalho no Resgate da Cidadania. **Conclusão:** O estudo mostra que a nova experiência do paciente desinstitucionalizado e inserido no novo modelo, precisa reaprender a viver em grupo, a conviver, uma vez que a existência do sujeito ainda está institucionalizada, mostrando a dimensão expressiva do corpo que ainda vive o modelo “encarcerado”. A percepção dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico Singular aponta para uma dimensão voltada para a singularidade humana do usuário e de suas potencialidades, denotando um cuidado personalizado.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Serviços de Saúde Mental; Percepção.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform brought about a paradigm shift in psychosocial care, especially in relation to the processes of reorganization of the care model and the daily practices under way in the substitutive services. Considering interdisciplinarity as an important strategy for the organization of work in the care of CAPS users, the dimension of perceptions in the context of mental health team practices becomes relevant. **Objectives:** General: to understand the mental health professionals' perception about deinstitutionalization and their lived experiences in daily care practices in the context of the CAPS. The specific objectives are: to describe the perception of mental health professionals about the deinstitutionalization of the subject, to elucidate the experiences of the professionals in the daily practices of attending to the users in the CAPS and to discuss the interdisciplinary construction of the Unique Therapeutic Project, especially in relation to the reception, Bond, completeness and resolution. **Methodology:** This is an exploratory-descriptive field research, with a qualitative approach. The data will be collected using phenomenological interviews with 12 professionals from the multiprofessional team of two CAPS in the Lakes Region. In order to select them, those that act directly with the users, with at least one year of service in this service and, excluding those who are on vacation or leave, or those who for some reason may or not wish to participate. Subsequently, to evaluate the results, the phenomenological method by Clark Moustakas will be used. The study will be submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Fluminense (UFF), with register number CAAE: 68433315.30000.5243. **Results:** The categories found were titled: - First Category: The senses of deinstitutionalization for the CAPS professionals, which covered two subcategories: Deinstitutionalization as a Process; A bridge in integration with family and society; and, A more humane treatment. - Second category: The deinstitutionalization of the human existence of the patient, which included: Learning to Live, no longer cloistered; Strengthening ties and bonds; Prejudice and stigma of the psychiatric patient. - Third category: Challenges of the practice of the singular care in mental health, with three subcategories: The Unique Therapeutic Project and the Interdisciplinarity; The uniqueness in the Therapeutic Workshop and not repetition; The challenger works on the rescue of citizenship. **Conclusion:** The study shows that the new experience of the patient deinstitutionalized and inserted in the new model, needs to relearn to live in a group, to live, once the existence of the subject is still institutionalized, showing the expressive dimension of the body that still lives the model "imprisoned ". The perception of professionals about the Unique Therapeutic Project points to a dimension focused on the human singularity of the user and their potentialities, denoting a personalized care.

Keywords: Psychiatric reform; Mental Health Services; Perception.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

BR	Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPE	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Periódicos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores de Assunto em Ciências da Saúde
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
EAAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
HUAP	Hospital Universitário Antonio Pedro
MEDLINE	Pubmed U.S. National Library of Medicine
MeSH	Medical Subject Headings
N	Número
CNS	Conselho Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC	Pontífice Universidade Católica
QUALITEES	Núcleo de Pesquisa Qualitativa Translacional em Emoções e Espiritualidade na Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RF	Reforma Psiquiátrica
RJ	Estado do Rio de Janeiro
SCOPUS	SciVerse Scopus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA	13
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
1.3	SITUAÇÃO DE ESTUDO.....	16
1.4	OBJETIVOS.....	17
1.4.1	Objetivo geral	17
1.4.2	Objetivos específicos.....	17
1.5	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	17
1.6	RELEVÂNCIA	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL.....	21
2.1	ESTADO DA ARTE	21
2.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	26
2.3	A SAÚDE MENTAL.....	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	35
4	DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	39
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2	CAMPO DA PESQUISA.....	39
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO.....	41
4.3.1	Abordagem dos Participantes.....	41
4.4	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	43
5	RESULTADOS.....	44
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	44
5.2	CATEGORIAS ENCONTRADAS	49
6	PRIMEIRA CATEGORIA: OS SENTIDOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS	51

6.1	A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO UM PROCESSO	51
6.2	UMA PONTE DE INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA E SOCIEDADE	52
6.3	UM TRATAMENTO MAIS HUMANITÁRIO	53
7	SEGUNDA CATEGORIA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA HUMANA DO PACIENTE	55
7.1	APRENDENDO A CON-VIVER: NÃO MAIS ENCLAUSURADOS	55
7.2	FORTALECENDO LAÇOS E VÍNCULOS	56
7.3	O PRECONCEITO E O ESTIGMA DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO	57
8	TERCEIRA CATEGORIA: DESAFIOS DA PRÁTICA DO CUIDADO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL	59
8.1	O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E A INTERDISCIPLINARIDADE.....	59
8.2	SINGULARIDADE DO USUÁRIO NA OFICINA TERAPÊUTICA.....	63
8.3	DESAFIADOR TRABALHO NO RESGATE DA CIDADANIA	64
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
10	REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES		
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	74
	FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO	76
	ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	78
ANEXOS		
	ANUÊNCIA DE BÚZIOS.....	79
	ANUÊNCIA DE CABO FRIO.....	80

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA

O estudo tem como proposta o desvelamento da percepção fenomenológica dos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre as vivências e desafios da prática em saúde mental, considerando a política de desinstitucionalização. O interesse pela investigação emergiu da minha trajetória na prática profissional no ambulatório de saúde mental em que exerci minhas atividades como psicóloga no atendimento no Grupo de Recepção que era implementado como uma porta aberta para a entrada dos usuários que buscavam nossos serviços e no atendimento onde realizava avaliação e psicoterapia individual em crianças com transtornos mentais e dificuldades na aprendizagem. A equipe multidisciplinar era composta de médico, psicólogo, psicopedagoga e fonoaudióloga.

Os usuários que procuravam o serviço eram encaminhados para o grupo de recepção que usualmente era coordenado por um psicólogo, em que o objetivo era escutar e avaliar a problemática de cada um para, posteriormente fazer o encaminhamento para o profissional realizar o atendimento de acordo com a necessidade. A demanda era muito grande e os profissionais eram poucos e não dávamos conta de atender a todos que nos procuravam. Existia uma lista que sempre crescia. A avaliação era bastante difícil. Após a escuta a equipe discutia sobre os casos que pareciam ser mais “graves” como, por exemplo, tentativa de suicídio, abuso sexual, paciente em surto dentre outros, e os encaminhamentos eram feitos para início do tratamento.

A equipe teve a notícia pela Coordenadora da época que seria construído um CAPS. Detalhe: o ambulatório era no centro da cidade e o CAPS foi construído bem distante do centro, não havia nada por perto, acesso difícil para funcionários e usuários. Isso lembra-nos algo? Claro que sim. A mesma lógica ultrapassada da construção dos hospitais psiquiátricos nas periferias das cidades. Um prédio fantástico, com dois andares, com elevador, com móveis novos, cadeiras confortáveis, computadores em quase todas as salas. Cada profissional agora poderia ter sua sala, seu material de trabalho. O CAPS foi inaugurado e a equipe técnica foi transferida. Ganhamos uma enfermeira, técnicas de enfermagem, terapeuta ocupacional, professora de música e assistente social. Parecia que nosso trabalho seria melhor. Continuamos a atender individualmente nossos pacientes em nossas salas e quando possível fazíamos reunião de equipe. Comecei a ficar desassossegada com a situação, pois havia mudado o espaço físico, mas a prática continuava a mesma. Comecei a pesquisar e ler toda a literatura que encontrava sobre o novo modelo assistencial, CAPS. Nas reuniões de equipe instigava os colegas a

pensarem em novas maneiras de atuar. Cada profissional estava tranquilo em seu quadrado, mas na minha concepção, o quadrado deveria ser ampliado e transformado em um só. Nessa época comecei a preparar meu projeto para ingressar no mestrado e fiz matrícula para assistir aulas como aluna especial numa disciplina. Meu atendimento era exclusivamente com as crianças e adolescentes.

Comecei a pensar em fazer uma oficina com eles, dei início a uma oficina de Artes onde eles tinham liberdade de desenhar, pintar, fazer dobraduras, cantar e dançar. Queria fazer algo diferente mas, não sabia o quê. Sempre arrumava os materiais assim que chegava para levar para outra sala onde a Oficina de Artes acontecia antes das crianças chegarem.

Um usuário esquizofrênico passou a entrar na minha sala, sentar na cadeira em frente a minha mesa e conversar comigo. Expliquei que não poderia atendê-lo porque só atendia crianças e que iria encaminhá-lo para outro colega, mas ele simplesmente me escolheu e disse que não queria ser atendido por outro profissional. Conversei com a equipe e coordenação e ela permitiu que ele fosse atendido por mim. Ele gostava muito de desenhar. Ele narrava sua história de vida e desenhava ao mesmo tempo. Um dia ele desenhou uma pipa grande e colorida e comparou com o desejo que ele tinha de voar e ter liberdade. Perguntei se ele sabia fazer pipa e ele disse que sim. Pedi que fizesse uma pipa e que a trouxesse na próxima semana. Ele cumpriu o combinado e nesse dia nossa sessão foi do lado de fora, fazendo o quê? Soltando pipa num lindo dia de céu azul e ensolarado. A partir desse fato, tive uma ideia, fazer uma Oficina de Pipas para ensinar as crianças a confeccionar pipas, mas não sei fazer pipas, preciso de um ajudante, convidei meu paciente para estar junto na Oficina. Ele ficou muito feliz e animado. Na semana combinada ele chegou empolgado trazendo as varetas que ficou de providenciar. Resumindo a Oficina foi um sucesso, cada criança fez sua pipa e depois fomos coloca-las no alto. Esse dia foi gratificante porque com a minha escuta sensível e a mudança na forma de atuação vi muitos olhinhos brilhando, muitos sorrisos enfim muita alegria. Um dos meninos falou que iria fazer pipas para vender e poder comprar seu lanchinho.

Assim, a terapia através da construção de pipas serviu como tema para conversas, dramatizações e até para organização de um festival de pipas. Esse envolvimento terapêutico constituiu um marco de atenção à singularidade do usuário, resgatando autoestima e estimulando ao exercício da cidadania. A partir, dessa experiência vivida, comecei a delinear o meu objeto de estudo, ou seja, a percepção fenomenológica dos profissionais de saúde mental no contexto do CAPS.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

O conceito moderno da promoção de saúde se enquadra no ideal de qualidade de vida aos usuários do CAPS, pois nestes poucos mais de 20 anos da primeira publicação da Carta sobre promoção, ocorre o processo de extinção de manicômios e a criação de dispositivos de recolocação na sociedade dos indivíduos com longos anos de internação. Além, de transcender pela atualidade aos pacientes de centros urbanos sem internação prévia, mas com dificuldades em diferenciar o real da fantasia. Inicia-se um processo de atuação dos serviços extra hospitalares de saúde mental, especificamente aqui, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (REIS; ANDRADE, 2011).

A Lei federal 10.216 de 6 de abril de 2001 da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Propõe que estas pessoas devem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (art. 2). Segundo a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial – I, II, III) seriam os mais representativos desses serviços, que têm como prioridade “o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (art. 1) (BRASIL, 2002).

Os CAPS foram definidos conforme disposto na Portaria nº 336; em três níveis: CAPS I, CAPS II e CAPS III, por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária. Os CAPS constituem-se, assim, em serviços que dispensam cuidados especializados a pacientes com sofrimento psíquico em nível ambulatorial. São conformados pelas políticas locais de gestão da saúde mental, cujas decisões se refletem na alocação de recursos e na operacionalização de programas. Para isso, necessitam de determinadas estruturas, de recursos humanos capacitados e de estratégias e ferramentas terapêuticas que se distinguem e superem aquelas oferecidas nos hospitais (BRASIL, 2002).

Os cuidados informais aqui considerados aqueles dispensados por familiares e pelas redes de apoio, desempenham um papel fundamental para o êxito da estratégia, qual seja o de ampliar a autonomia e a inserção social dos usuários sem necessidade de internação hospitalar.

Os CAPS deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área. Após a reforma psiquiátrica, uma possibilidade de entendimento da discussão sobre os projetos terapêuticos

atuais no âmbito da saúde mental e, em específico, nos CAPS é de questionar o papel dos mesmos para a resolução e adequação dos problemas dos usuários. Isto implica em avaliar e entender como o próprio serviço atua teoricamente no cotidiano, considerando as relações entre a(s) equipe(s) como parte importante do processo terapêutico e da política do CAPS (ANDREOLI, 2004).

A realização desta pesquisa emergiu da prática profissional durante as atividades como psicóloga no CAPS, ao refletir acerca das experiências dos profissionais em meio à dinâmica da prática cotidiana da equipe de saúde mental, e nesse contexto, a interdisciplinaridade como uma necessidade concreta para a equipe.

1.3 SITUAÇÃO DE ESTUDO

A Reforma Psiquiátrica trouxe mudança de paradigma na atenção psicossocial com relação especialmente aos processos de reorganização do modelo assistencial e às práticas cotidianas em curso nos serviços substitutivos. Portanto, sendo advinda de instâncias governamentais, constituem uma transformação significativa a serem implementadas de modo eficaz estando implicada na perspectiva de como os protagonistas percebem seu mundo profissional e suas práticas no contexto da saúde mental.

Nosso olhar, como diria Estamira (2007), dirige-se, paradoxalmente, além do imediatamente visível, além de nossa percepção mais imediata, no espaço entre nosso pensamento e nossa intervenção, no que se passa com nossas práticas, não a partir de seus efeitos mais palpáveis e visíveis, mas com o imaterial de nossa produção: os processos de subjetivação.

Entretanto, observa-se na prática cotidiana do CAPS a execução de práticas tradicionais como a fragmentação do cuidado, a centralidade médica da tomada de decisão e a hegemonia do saber psiquiátrico sobre o cuidado dos usuários.

Respeitada a dinâmica própria de cada serviço, o cotidiano de trabalho das equipes torna-se um importante espaço de discussão, no qual podem emergir conflitos, tensões, sentidos, dissensos, e negociações entre os profissionais de diferentes categorias profissionais (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Existe, portanto, todo um cenário a ser investigado e problematizado, o campo dos processos de subjetivação em curso no campo da loucura, com o louco, com nosso trabalho, com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde – SUS.

Desta forma, considerando a interdisciplinaridade como uma estratégia importante para a organização do trabalho no atendimento aos usuários do CAPS torna-se relevante a dimensão das percepções no contexto das práticas da equipe de saúde mental.

Portanto, o estudo parte das seguintes **questões norteadoras**: 1. Qual é a percepção dos profissionais de saúde mental no contexto da desinstitucionalização do sujeito? 2. Que experiência os profissionais praticam no atendimento aos usuários do CAPS? 3. Como se dá a construção do Projeto Terapêutico Singular, especialmente em relação ao acolhimento, vínculo, integralidade, resolubilidade dos usuários de saúde mental?

Diante do exposto, têm-se como **objeto de estudo** a percepção fenomenológica dos profissionais de saúde mental acerca da desinstitucionalização e suas experiências e práticas no cuidado ao usuário no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos profissionais de saúde mental acerca da desinstitucionalização e suas experiências vivenciadas nas práticas cotidianas do cuidado no contexto do CAPS.

1.4.2 Objetivos específicos

1 - Descrever a percepção dos profissionais de saúde mental acerca da desinstitucionalização do sujeito;

2 - Elucidar as experiências dos profissionais nas práticas cotidianas de atendimento aos usuários no CAPS;

3 - Discutir sobre a construção interdisciplinar do Projeto Terapêutico Singular, especialmente em relação ao acolhimento, vínculo, integralidade, resolubilidade.

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O estudo justifica-se tendo em vista o processo de mudança no paradigma de Atenção Psicossocial e considerando que para se adequar a este novo modelo é necessário transformar a maneira de atuar, ou seja, diferentes profissionais devem privilegiar a saúde mental,

realizando um trabalho interdisciplinar, assegurando a promoção da saúde, da cidadania e da reinserção social dos sujeitos que buscam o cuidado no CAPS.

A Reforma psiquiátrica brasileira está em curso no Brasil há aproximadamente trinta anos e caracteriza-se por um processo complexo, responsável por um conjunto de transformações teóricas e práticas que têm como objetivo redirecionar a assistência psiquiátrica no país. Tais transformações têm gerado mudanças objetivas e subjetivas no cenário nacional e envolvido, por sua complexidade e abrangência, a sociedade como um todo. Trata-se de um processo heterogêneo, composto de inúmeros planos, atravessamentos e configurações, de modo que poderia ser denominado de “reformas psiquiátricas”, como apontado por Fonseca, Elgelman e Perrone (2007).

Deve-se começar pelo questionamento de voltarmos ao passado e analisar se o hospital psiquiátrico cumpriu a função para o qual foi instituído, ou seja, a reabilitação e a construção de alternativas fora do hospital, a partir da laborterapia, na lógica de uma ocupação na sociedade, exterior ao contexto asilar.

Os profissionais de saúde mental devem considerar a pertinência de entrar em contato com o contexto sociocultural do paciente, de modo a não priorizar as práticas clínicas tradicionais da psicologia como a avaliação psicológica e a psicoterapia, mas outras ações de cuidados construídas a partir da interlocução dos diversos campos de saberes envolvido na situação em que a intervenção ocorre (PAULIN; LUZIO, 2009).

O estudo poderá contribuir como subsídios para novos avanços de conhecimentos científicos na área da saúde mental, assim como para as práticas em saúde mental mediante à possibilidade de alcançar melhor desempenho do trabalho interdisciplinar com perspectivas de aprimorar maior qualidade do atendimento aos usuários. Da mesma forma, pretende trazer contribuições ao ensino na área de extensão: Treinamento para os profissionais da Equipe Multiprofissional através das Secretarias de Saúde/e Prefeituras.

1.6 RELEVÂNCIA

O estudo é atual e inédito em saúde mental, no campo fenomenológico e torna-se relevante em função de que a reforma psiquiátrica tem investido na criação de serviços e qualificação técnica. No entanto, considera-se que a atenção técnica/especializada tem limitações para atender diversas demandas dos usuários e muitas formas de cuidado podem ser produzidas entre os mesmos. É importante considerar que a dinâmica das práticas da equipe está diretamente relacionada ao sucesso ou não do atendimento aos usuários, uma vez que

estudos mostram que o modo de funcionamento e a gestão dos CAPS, bem como a concepção terapêutico-clínica da equipe, tendem a barrar as possibilidades de ajuda mútua entre os usuários, dificultando o empoderamento dos mesmos (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010).

A relevância para as Ciências do Cuidado reside no desenvolvimento do cuidado em saúde pautado na perspectiva fenomenológica, proporcionando repercussões não apenas nas dimensões biológicas e sociais dos indivíduos, mas também nas dimensões psicoemocionais, visto que o cuidado fenomenológico encontra-se consolidado no modo de ser, atuante em todo e qualquer comportamento humano, pois este comportamento é cuidado e tece nossa condição de “ser-no-mundo” (FERNANDES, 2011).

No curso das denúncias, ao final da década de 80 começaram a surgir propostas de mudanças, e dentre elas estavam os primeiros Serviços Substitutivos ao manicômio no país (LANCETTI, 2008), ancorados na comunidade, com o intuito de oferecer outro tipo de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Os Serviços Substitutivos buscavam incluir, finalmente, o saber daquele que sofre e, assim, descentralizar o atendimento do modelo biomédico, compondo um modelo de atenção psicossocial à vida do sujeito, o que fica em evidência na nomeação destes novos serviços, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Apesar de os primeiros CAPS terem sido criados ainda na década de 80, o incentivo à sua difusão e ao seu fortalecimento data de 2001 com a Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), e 2002, com a Portaria 336, chamada Portaria do CAPS (BRASIL, 2002). Com o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorrem transformações do modelo assistencial em Saúde Mental, o que conseqüentemente leva a mudança na maneira de olhar o usuário do serviço de saúde mental que adentra um novo espaço em que são oferecidas diversas alternativas para o atendimento de suas necessidades e desenvolvimento de suas potencialidades, onde ele não é mais visto apenas como uma doença.

Uma nova visão sobre a loucura surge como uma desconstrução dos paradigmas tradicionais, a partir do fracasso da psiquiatria em sua tentativa de “curar a loucura” e sobre a crítica das ciências naturalistas com concepções que subjetivam o processo de doença e loucura (TORRE; AMARANTE, 2001).

Basaglia (1985 apud TORRE; AMARANTE, 2001)¹ coloca a incapacidade da psiquiatria relacionada a uma nova construção do real e da produção de subjetividade, que recoloca em debate a própria ciência e a psiquiatria.

¹ BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

A partir da escandalização do internamento, da revolução médica, no século XX e da evolução da farmacologia, diversas reflexões sobre a loucura, enquanto doença, foram surgindo, fornecendo à atribuição médica um lugar privilegiado nos estudos da loucura e suas formas de tratamento e cura. O sujeito deixou de ser visto apenas como um corpo, mas com potencialidades, dando início a partir de Pinel, a evolução dos tratamentos dados a essas pessoas (CAPONI, 2009). A partir dessa perspectiva da busca de uma cura, surge a “possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico” (VIEIRA, 2007, p. 12). A partir daí, segundo Torre e Amarante (2001), o “louco” começou a ser considerado em sua subjetividade e cidadania, e os processos de tratamento da loucura começaram a se basear na socialização e na busca pela autenticidade do sujeito – valorizando o cuidado pela família e dando início ao processo de desinstitucionalização do louco. Por essas razões, a afirmação de que um Serviço, por ser aberto, não garante sua natureza antimanicomial merece consideração (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004, p. 173). Nessa perspectiva, parece-nos ser importante que os profissionais da saúde mental e a sociedade como um todo estejam comprometidos com o cuidado e cidadania daqueles que sofrem psiquicamente.

No que concerne aos estudos em Saúde Mental e Serviços de Saúde Mental, constituem tema bastante discutido no Brasil e em vários países; entretanto após aproximadamente 33 anos de acirradas discussões e mudanças em várias partes do Brasil e porque não dizer no mundo, a impressão que temos que apesar de mudanças significativas através da criação de vários dispositivos, inclusive os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, em que a atenção em saúde se pauta na valorização das singularidades, inclusão social e superação dos estigmas, entendemos que ainda precisamos avançar em discussões, mudanças de atitude e posturas para compreender a complexidade dessa temática .

Para concluir o estado da arte em relação a esta problemática aludo ao fato de que existe unanimidade entre a grande maioria dos investigadores, concordando que à Reforma Psiquiátrica provocou uma revolução nos paradigmas em Saúde Mental.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ESTADO DA ARTE

A pesquisa foi feita na base de dados do Portal Regional da BVS, onde foram encontrados 116 artigos com os descritores: Reforma Psiquiátrica AND Serviços de Saúde Mental AND Percepção sendo na Base de Dados LILACS (68); BDENF-Enfermagem (15); MEDLINE (4); SEC. EST. Saúde (3); INDEX Psicologia – Periódicos Científicos (2) e BBO-Odontologia (1). Como assunto principal encontrou em Saúde Mental (19); em Serviços de Saúde Mental (12) e Percepção (7), na Base de Dados Internacional (72); Especializados (15) e Nacionais (7). No Portal Periódicos CAPES foram encontrados 49 artigos. Sendo encontrados em Reforma dos Serviços de Saúde (11); Saúde Mental (10); Psiquiatria (6); Desinstitucionalização (2); Mental Health (3), conforme Tabela 1.

TABELA 1 – Apresentação dos estudos encontrados através das bases de dados. Niterói, 2016.

Título, Fonte, Ano	Método	Objetivos	Resultados	Conclusão
1 - Percepção das emoções dos usuários do CAPS II: um relato de experiência / Perception of the emotions from CAPS II users: an experience report. LILACS, 2015	Observação livre	O presente artigo teve como objetivo relatar a experiência de uma estudante de Psicologia com os usuários do CAPS II de uma cidade da Bahia, descrevendo, a partir de um encontro com essas pessoas, as percepções e	Um modo de cuidado fundado no apoio e valorização social aos que vivenciam algum tipo de sofrimento psíquico e procuram o serviço.	Promoção a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer e o fortalecimento dos laços sociais.

		emoções vivenciadas em relação aos serviços prestados pela instituição.		
2 – Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. LILACS, 2013	Entrevistas semiestruturadas	Analisar as produções discursivas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre o processo de atuação em equipe.	Revelam equipes permeadas por conflitos, tensões e possibilidades de construção de suas práticas profissionais. Os trabalhadores entrevistados apresentam relatos que tratam de suas experiências no contexto da saúde mental e das dificuldades relacionadas à prática interdisciplinar.	Conclui-se que os cursos de graduação em saúde, em sua maioria, são marcados por pouco diálogo entre as disciplinas e pela fragmentação de saberes.
3 – The prevalence of medical/clinical technology over psychosocial care actions in outpatient	Entrevistas semi-diretivas e grupos focais	Avaliar de que forma aspectos da política de saúde mental brasileira têm sido construídos e efetivados em	Observou-se alta tecnificação das ações de saúde, centralidade da tecnologia médico-clínica em relação a outras ações	Realização de pesquisa avaliativa participativa com objetivo de unir ações clínicas e de reabilitação psicossocial em

<p>mental health services / Predominância da tecnologia médico-clínica sobre ações de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. LILACS, 2013</p>		<p>serviços extra-hospitalares, como o Ambulatório Regional de Saúde Mental e o Centro de Atenção Psicossocial II.</p>	<p>terapêuticas não médicas, priorização de formas de tratamento com ênfase na patologia e na terapêutica medicamentosa e um processo de precarização das relações de trabalho.</p>	<p>projetos terapêuticos e de criar mecanismos que favoreçam a melhoria da assistência prestada com base no modo de atenção psicossocial.</p>
<p>4 – As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental. LILACS, 2013</p>	<p>Entrevistas semiestruturadas e Análise Documental</p>	<p>Estudar as práticas dos psicólogos, bem como quais os limites e potencialidades da participação desses profissionais nos ambulatórios de saúde mental</p>	<p>Verificou-se a predominância da clínica tradicional com ajustes significativos na postura profissional e no trato com os usuários, além de poucas ações interdisciplinares.</p>	<p>Os principais desafios apontados foram o fortalecimento do trabalho em rede, além da necessidade de responsabilização por parte de outras categorias profissionais pelo cuidado em saúde mental (AU).</p>
<p>5 – Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o</p>	<p>Entrevista semiestruturada</p>	<p>Analisar a visão dos usuários de um serviço de saúde mental</p>	<p>A análise aponta que o serviço é percebido como um local de acolhimento,</p>	<p>O serviço ainda não proporciona plenamente a reinserção social dos usuários.</p>

<p>olhar de usuários de um centro de atenção psicossocial. LILACS, 2013</p>		<p>acerca da reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico</p>	<p>seguro para os usuários; no entanto, os portadores de sofrimento psíquico ainda são vistos com preconceito por frequentarem um local de assistência.</p>	<p>Fica clara a positiva mudança nos modos de tratamento da saúde mental, sendo o CAPS sinônimo de liberdade em seus diversos sentidos.</p>
<p>6 – Pesquisa, intervenção e tecnologias: dispositivos de virtualização de coletivos. SCIELO, 2012</p>	<p>Oficina tecnológica em um serviço da rede pública de atenção à saúde mental</p>	<p>Discutir uma pesquisa que consistiu em uma intervenção, com a utilização de ferramentas tecnológicas, no campo da psicologia social.</p>	<p>A oficina conformou-se como espaço de conversa e produção entre os trabalhadores e pesquisadores, proporcionada pela relação mediada pela realização do website</p>	<p>A operatividade técnica possibilitou condições para a emergência de uma forma de coletivo.</p>
<p>7 – Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. LILACS, 2012</p>	<p>Entrevistas semiestruturadas</p>	<p>Analisar o discurso sobre a prática de profissionais de saúde mental no modo psicossocial.</p>	<p>Verificou-se que os trabalhadores apresentam dificuldades sobre o "que fazer" em saúde mental.</p>	<p>No modo Psicossocial, as profissões precisam estar atentas para as mudanças introduzidas, dia a dia, no contexto dos serviços, na realidade da</p>

				comunidade, nas relações interpessoais e no seu núcleo de saber/fazer.
8 – Concepções e práticas profissionais relativas à doença mental. LILACS, 2012.	Roteiro de entrevista semi-dirigida.	Apreender acerca das concepções sobre a doença mental entre os profissionais da Saúde Mental.	Os novos conceitos sobre a loucura e seu tratamento foram sendo introduzidos, e foi averiguado que certas crenças mais arcaicas permaneceram, embora os discursos de profissionais inseridos nos novos dispositivos se distinguiram dos relatos de outros que atuavam em hospital psiquiátrico.	Verificou-se ser imprescindível a continuidade da apreensão de novas teorias propiciadoras de transformações no sentido do alcance, cada vez mais, de espaços na sociedade para o efetivo exercício da cidadania dos sujeitos com transtornos psíquicos.
9 - "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas	Dispositivo metodológico da Comunidade Ampliada de Pesquisa,	Propõe uma ampliação de diálogo em um duplo sentido. Diálogo entre	Compreender quais são os recursos, meios e normas disponíveis para	Percebemos o quanto os trabalhadores de saúde mental têm que ser

presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental.	colocamos em diálogo os saberes acadêmicos e os saberes da experiência cotidiana dos trabalhadores dos CAPS.	os campos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador e diálogo entre os pesquisadores e os trabalhadores.	o desenvolvimento do trabalho em saúde mental.	engenhosos em suas atividades, sem os recursos e meios para a realização de suas atividades, fragilizando e exaurindo o trabalhador.
---	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria do autor, 2016.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Enfim, não existiam critérios médicos para as internações. Qualquer médico fazia um encaminhamento para o dispositivo e a pessoa era internada e lá permanecia infinitamente, longe da família, da sociedade, sendo medicalizada excessivamente, sendo contida com eletrochoques. Afastado do convívio social e afastada de si mesma. Não existiam atividades a serem realizadas, nem mesmo tinham direito ao sol, a um lugar para repousar seu corpo, alimentação saudável, digna de um ser humano. Eram jogados ao léu, a própria sorte, sem direito a nada, sem direito de ser, sem direito de desejar, de sonhar.

Notava-se a inexistência de voz dos pacientes e a impotência frente ao funcionamento do sistema.

Após a visita, onde Hiram realizou várias entrevistas, escreveu:

Hoje nós começamos a percorrer o ‘Centro Psiquiátrico’ de Barbacena, como o governo insiste em rotular. Os primeiros de seus dezesseis pavilhões. Suas enfermarias, seus pátios. Não encontramos os loucos terríveis que supúnhamos. Seres humanos como nós. Pessoas que, fora das crises, vivem lúcidas o tempo todo. Sabe quem são e o que fazem ali. O que os espera no fim de mais alguns dias, alguns anos. Pessoas que pedem para ser fotografadas pedem a publicação de seus nomes. Insistem em voltar à sociedade, à família, ao afeto, à liberdade. Nem todas, porém. As alienadas, de tão drogadas, de tantos choques, tanta prisão. Crianças que não conseguem nem se locomover. Mas a maioria insiste em ter esperança de ser tratada como ser humano. Ainda há tempo (ARBEX, 2013, p. 195).

Em 1979, o cineasta Helvécio Raton, aluno do curso de Psicologia da PUC, após ter contato com algumas fotos dos internos do hospital Colônia decidiu fazer o documentário “Em nome da razão”, filmado no interior do referido hospital.

O objetivo do filme seria trazer à baila novamente à ausência do cuidado humanizado dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

É uma sentença de morte em vida — comentou um expectador, na primeira sessão do curta, realizada em Belo Horizonte. O psiquiatra Franco Basaglia e o jornalista Hiram Firmino também estavam na plateia. Mesmo tendo acabado de chegar de Barbacena, a crueza das cenas impactou o italiano. Ratton havia optado por não usar trilha sonora. Queria que os sons do desespero, captados no interior da unidade, ajudassem a contar a história (ARBEX, 2013, p. 199).

No ano de 1986, em pleno clima de transformação social que o professor Paulo Delgado, então Deputado Federal com votação expressiva, ao chegar em Brasília entendeu que deveria lutar por uma causa e decidiu aceitando sugestão de seu irmão Pedro Gabriel, que se transformasse no deputado “dos doentes mentais”. Delgado a partir da influência de Franco Basaglia sempre teve interesse na Reforma Psiquiátrica e tendo o apoio de Pedro, que se tornou coordenador nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde, Paulo Delgado apresentou, em 1989, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 3.657, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Até aquele momento, ainda prevalecia no país o Decreto Presidencial 24.559, baixado por Getúlio Vargas, em 1934. A resolução previa o recolhimento de pacientes a hospitais psiquiátricos “mediante simples atestado médico”, que poderia ser solicitado por qualquer pessoa que tivesse interesse em internar alguém.

Neste contexto, entende-se a necessidade da implementação de uma lei que desse um novo rumo para a saúde mental e que considerasse a reforma psiquiátrica como um dos parâmetros para essa transformação social que se fazia mais que necessária e urgente.

Notou-se resistência entre a classe médica, familiares dos internos e parlamentares, contudo Paulo Delgado teve seu projeto aprovado, em 1990, na Câmara dos Deputados, por meio do acordo de lideranças, constituindo-se na primeira lei de desospitalização discutida no parlamento latino-americano. No mesmo ano, Paulo foi representante do país na conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. A convite da Organização Mundial da Saúde, o delegado brasileiro viajou para Caracas, na Venezuela, para integrar as discussões sobre novos modelos de atendimento. Em seu retorno, as resistências de parte da classe médica persistiram.

A medicina brasileira tem tradição de cárcere. Por isso, a lógica da internação faria com que os recursos médicos sejam predominantemente hospitalares, subtraindo recursos do tratamento ambulatorial, comunitário, aberto, conforme defendia Delgado.

No ano de 2001, após doze anos de tramitação e de muitas manobras políticas, e manifestações da sociedade, a Lei Federal 10.216 que trata acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi sancionada (BRASIL, 2001).

A Reforma psiquiátrica foi instituída, mas ainda há um longo caminho a percorrer para que ela se estabeleça dentro dos moldes e das necessidades reais daquelas que necessitam do novo modelo de assistência à saúde mental dos usuários em sofrimento mental. Parecem que faltaram regras claras quanto aos mecanismos que atendem a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, ocasionando a desinstitucionalização massiva dos egressos desses hospitais, sem a existência de uma rede extra-hospitalar para atender essa demanda de pacientes crônicos pelo sistema anterior. Entretanto, percebe-se que a transformação social tece seu início. Um grande passo foi dado para que novos tempos possam surgir, renascendo a esperança de um futuro onde esse passado possa ser completamente esquecido.

2.3 A SAÚDE MENTAL

Com o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorrem transformações do modelo assistencial em Saúde Mental, o que conseqüentemente leva a mudança na maneira de olhar o usuário do serviço de saúde mental que adentra um novo espaço em que são oferecidas diversas alternativas para o atendimento de suas necessidades e desenvolvimento de suas potencialidades, onde ele não é mais visto apenas como uma doença.

E em nossas discussões temos que dar também especial atenção ao conceito de doença mental. Surge, então, como a grande referência para a saúde mental, a definição da Organização Mundial de Saúde, que não só nos diz que saúde mental é o estado completo de bem-estar físico e mental, e não apenas a ausência de doença, como também faz referência aos distúrbios mentais, mostrando que é uma gama de problemas com diferentes sintomas, geralmente caracterizados por uma combinação anormal de pensamentos, emoções, comportamentos e relações com os outros, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão. Para além da OMS, usufruímos também do auxílio do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, O DSM-V, nas suas várias edições, sendo basicamente a classificação categórica que divide os transtornos mentais em tipos, baseando-se em categorias definidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS é uma instituição municipal criada pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde e integra o Sistema Único de Saúde com o valor estratégico de substituir os hospitais psiquiátricos para a Reforma

Psiquiátrica Brasileira. É sua função oferecer acolhimento e acompanhamento clínico em regime de atenção diária a pessoas com transtornos mentais persistentes, procurando promover a reinserção social das mesmas pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis e fortalecimento de laços sociais (BRASIL, 2002).

Existem diferentes tipos de CAPS, implantados de acordo as necessidades e características de cada município. São do tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPS IA).

Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte forma (BRASIL, 2002):

- Municípios até 20 mil habitantes - rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios entre 20 a 70 mil habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 70 a 200 mil habitantes - CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental;
- Municípios com mais de 200 mil habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS IA, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Os CAPS enquanto um dispositivo de Serviços em Saúde Mental tem papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e, em 1989 foram criados, em Santos, os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), com atenção 24 horas, posteriormente denominados de CAPS III.

Nos anos que se seguiram, os CAPS foram implementados em vários Municípios do País e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2001).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios.

O papel do técnico é reinsserir a complexidade dos problemas com os quais lida, abrindo mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental - e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo (...). Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades, sujeitos ativos, espaços de sociabilidade (TORRE, 2004, p. 59).

Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. De acordo com a Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde, poderá compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, as seguintes estratégias (BRASIL, 2012a):

- Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
- Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
- Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.
- Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que

façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

- Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento.
- Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
- Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.
- Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.
- Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de moradia da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.
- Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária familiares, os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com a vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.
- Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a

participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

- Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.
- Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada intersetorialmente.
- Ações de redução de danos: conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde, de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.
- Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos

serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.

A Unidade de Acolhimento (UA), instituída pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012, oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas e em ambiente residencial; objetiva oferecer acolhimento voluntário a usuários de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, acompanhadas nos CAPS, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O período de permanência pode ser de até seis meses, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular que está sendo desenvolvido e discutido com o CAPS de referência. Há duas modalidades de UA: adulto ou infanto-juvenil (entre 10 e 18 anos incompletos) (BRASIL, 2012).

O acolhimento na UA será definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência que será responsável pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. As UAs funcionam de forma articulada com os serviços comunitários de saúde.

As UAs funcionam de forma articulada com a Atenção Básica, que apoia o cuidado clínico geral dos usuários, e os CAPS responsáveis pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento, pelo planejamento da saída (em parceria com a UA), e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2012).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), formulado no âmbito do CAPS, com a participação da Unidade de Acolhimento, deve observar as seguintes orientações:

- acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e à socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;
- desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental,
- desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas;
- acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família;
- atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular;

- atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros;
- oficinas terapêuticas;
- atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias;
- promoção de atividades de reinserção social;
- articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, a educação, a justiça e os direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída;
- articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e de renda; e
- saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda (BRASIL, 2012).

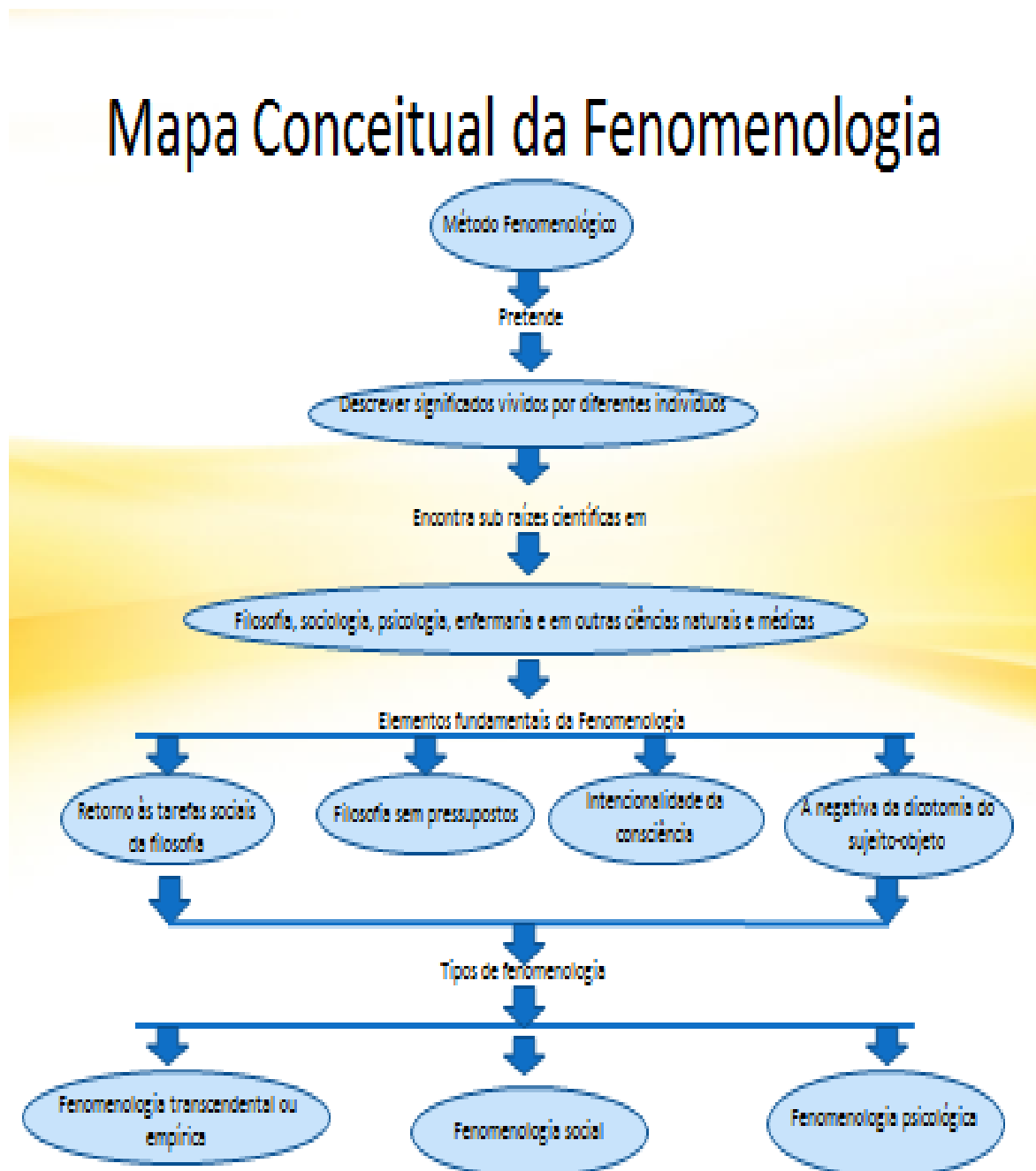
A UA constitui um recurso dos PTS, de acordo com as necessidades dos usuários em seus contextos sociorrelacionais, considerando, em particular, o “habitar” como um dos eixos centrais nos processos de reabilitação psicossocial que visam à promoção de autonomia, de participação nas trocas sociais, e de ampliação do poder de contratualidade social e de acesso e exercício de direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas (SARACENO, 1999, p. 20).

O CAPS como organizador dos sistemas de atenção em saúde mental tem a responsabilidade social, atendendo ao que propõe o SUS, não somente substituir a atenção manicomial, mas também criar novas estratégias e programas de promoção a saúde, em articulação com a comunidade, objetivando participação efetiva na escolha de prioridades, na tomada de decisões, elaboração e implementação dessas estratégias visando obter um nível melhor de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO DE MERLEAU-PONTY

Com a utilização do suporte teórico-fenomenológico, busca-se a compreensão da percepção de profissionais de saúde mental acerca da desinstitucionalização e das práticas cotidianas no cuidado com o usuário de saúde mental a partir do conhecimento de suas vivências e experiências do mundo vivido no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

FIGURA 1 – Mapa conceitual da Fenomenologia. Niterói, 2018.



Fonte: Elaboração própria do autor, 2018.

Portanto, o presente estudo se dará com o respaldo teórico-filosófico fenomenológico de Maurice Merleau-Ponty. Johann Lambert (filósofo e matemático alemão) foi quem inicialmente utilizou o termo fenomenologia no séc. XVIII, a fim de caracterizar a “ciência das aparências” e utilizado por Hegel em “ciência da experiência da consciência” inspirando Husserl (MARCONDES, 2004, p. 261).

A descrição etimológica da palavra fenomenologia corrobora que seu sentido ultrapassa a tese naturalista de que o mundo e as coisas são em si mesmas. Diferentemente das descrições, biologia como o estudo da vida, zoologia como o estudo dos animais, a fenomenologia não constitui o estudo do fenômeno considerando fenômeno como aquilo que se mostra a partir de si mesmo, preocupa-se com a compreensão do vivido tal como ele é, o que ocorre por meio da suspensão de teses, crenças, pressupostos ou teorias acerca do fenômeno, bem como pelo retorno ao mundo da vida, anterior ao mundo objetivo. O mundo percebido em Fenomenologia da Percepção, Merleau-Ponty reforça a teoria da percepção fundada na experiência do sujeito encarnado, do sujeito que olha, sente e, nessa experiência do corpo fenomenal, reconhece o espaço como expressivo e simbólico.

A teoria da percepção em Merleau-Ponty (1994) também se refere ao campo da subjetividade e da historicidade, ao mundo dos objetos culturais, das relações sociais, do diálogo, das tensões, das contradições e do amor como amálgama das experiências afetivas. Sob o sujeito encarnado, correlacionamos o corpo, o tempo, o outro, a afetividade, o mundo da cultura e das relações sociais.

A experiência perceptiva é uma experiência corporal. De acordo com Merleau-Ponty (1994) o movimento e o sentir são os elementos chaves da percepção.

Em “O Visível e o Invisível” (MERLEAU-PONTY, 1992), obra inacabada encontrou a concepção de percepção compreendida como ação do corpo. “Antes da ciência do corpo – que implica a relação com outrem – a experiência de minha carne como ganga de minha percepção ensinou-me que a percepção não nasce em qualquer outro lugar, mas emerge no recesso de um corpo” (MERLEAU-PONTY, 1992, p. 21).

Então, “pode-se dizer que a fenomenologia é o estudo das essências, e de todos os problemas, e resumem-se em definir essências, a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo” (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 1).

A abordagem fenomenológica de Edmund Husserl e Maurice Merleau-Ponty na produção do conhecimento; apresentam a concepção de conhecimento como resultado de um processo intencional que se desenvolve na experiência intersubjetiva.

O conhecimento sobre o cuidado nasce de um confronto entre reflexão e a sensibilidade, ou seja, entre o que transcendemos por meio da linguagem e os sentimentos, antes imanentes. Pode-se dizer, ainda que a intersubjetividade auxilia na troca de experiências, bem como as vivências do outro em uma relação de empatia. Se todo conhecimento procede da relação, a vivência do cuidar de uma pessoa em sofrimento mental constitui uma opção fantástica para a ocorrência e a produção do saber.

Para Merleau-Ponty (1992), a percepção é uma porta aberta a vários horizontes; porém, é uma porta giratória, de modo que, quando uma face se mostra, a outra se torna invisível. Cada sentido se exerce em nome das demais possibilidades. Sob o meu olhar atual surgem às significações. Mas, o que garante a relação entre o que vejo e o significado, entre o dado e o evocado? Essa relação é arbitrária, depende das intenções do momento, de dados culturais, de experiências anteriores e do movimento.

Merleau-Ponty refere-se à exigência científica cultural do ocidente ao considerar nossos corpos como uma estrutura viva e experiencial que se comunica. Especialmente nos estudos da percepção apresentados por Merleau-Ponty, há uma aproximação com a pesquisa científica atual da cognição, no sentido de que a experiência humana é, culturalmente, incorporada.

A mente não é uma entidade des-situada, desencarnada ou um computador; a mente também não está em alguma parte do corpo, ela é o próprio corpo. Essa unidade implica que as tradicionais concepções representacionistas enganam-se ao colocar a mente como uma entidade interior. O pensamento é insuficiente e a estrutura mental é inseparável da estrutura do corpo. Para além do tempo natural, do tempo afetivo e do tempo histórico. O sentido das nossas escolhas contribui para a subjetividade. Os gostos pessoais, as preferências, as rejeições, os desejos, vão sendo configurados por meio dessa estrutura subjetiva na qual correlacionamos o tempo, o corpo, o mundo, as coisas e os outros. O campo da subjetividade encontra-se recortado pela historicidade, pelos objetos da cultura, pelas relações sociais, tensões, contradições, paradoxos, afetos. Dessa maneira, a apreciação de uma obra de arte, o discurso de um determinado político, paixão por alguém, todas essas experiências mobilizam sentidos que foram construídos nesse campo subjetivo como um processo de aprendizagem e apresenta-se como maneiras de subjetivação específica da cultura contemporânea e da educação como um processo de aprendizagem dessa mesma cultura (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 1996).

A dimensão expressiva do corpo é enfatizada. O mundo fenomenológico é o mundo dos sentidos e a filosofia coloca-se como realização não da verdade, mas de possibilidades de verdades. Nesse sentido, a filosofia da percepção anunciada por Merleau-Ponty desdobra diante de nós a tarefa de compreender o corpo como sensível exemplar na construção de saberes e na produção de subjetividades.

Ao pensar o cuidado no seu sentido fenomenológico, precisamos nos ater a essência e ao sentido do cuidar; por isso, ao tecermos pensamentos, estes se tornam desafiados a se afixar a um fenômeno e se assumimos o propósito de, mediante o pensamento, ir às coisas mesmas, o ato de pensar se torna investigação (FERNANDES, 2011).

Ao nos ater a essência fenomenológica para desenvolver o cuidado, estamos nos dedicando a essência existencial, o que, para Merleau-Ponty (2011), permite a compreensão do homem e do mundo a partir da “facticidade”. Para o filósofo, reconhecer a “facticidade” do mundo é reconhecer que a percepção é um surgir imotivado do mundo, que não pode ser explicado de modo racional, visto que as buscas por razões supõem a fé perceptiva, sem a esclarecer.

O filósofo também assinala que o “cogito” está presente na facticidade, formulando a existência de uma natureza pensante, dando precedência real ao “mundo”. Portanto, a facticidade está aberta para a razão, no sentido de que ela é a base de toda a criação de razão de sentido (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty (2011) aponta que buscar a essência do mundo é buscar o que ele é em ideia, ou seja, é buscar o que ele é para nós; o significado que nos é dado. Assim, ao buscarmos o cuidado em sua essência, precisamos realizar a redução eidética, visto que ela permite que o mundo se mostre tal como ele é antes de retornar sobre o ser que enxerga o mundo para que este realize suas interpretações e dê seu significado.

O desenvolvimento de um cuidado pautado na fenomenologia permite que se entreveja o espaço, o tempo e o “mundo-vivido” através da investigação. “Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 03).

A fenomenologia do cuidar é aquela em que existir significa “cuidar de ser”, “cuidar de ser-si-mesmo” e “cuidar de ser-com-outros”, fazendo com que a existência se faça presente na coexistência através do modo como o ser preocupa-se com os outros (FERREIRA; LIMA, 2012).

4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo fenomenológico, sendo que a fenomenologia descritiva se baseia em descrever a experiência humana. Para Merleau-Ponty (1994, p. 3) a fenomenologia “preocupa-se com a descrição, não da explicação nem da análise”, descrevendo, portanto, a experiência humana direta.

A escolha por tal abordagem justifica-se uma vez que o objeto da pesquisa envolve a compreensão de um fenômeno que não se reduz a aspectos objetivos passíveis de quantificação. Nesse sentido, os elementos centrais da pesquisa são o conjunto de saberes e práticas dos trabalhadores de saúde mental, inseridos numa equipe, no que se refere a construção e condução dos processos terapêuticos dos usuários de um CAPS.

De acordo com Minayo (1996), concebe-se que a pesquisa de abordagem qualitativa permite um entendimento mais amplo e aprofundado do processo pesquisado, visto que esse é permeado por um conjunto de significados e concepções dos sujeitos. Assim, a opção em realizar uma pesquisa qualitativa justifica-se, pois o objeto de investigação, a percepção dos profissionais de saúde mental no cuidado em saúde mental, é resultante das concepções, experiências e práticas dos profissionais da saúde mental, inseridos num contexto atravessado por questões oriundas dos movimentos da Reforma Psiquiátrica.

Desta forma, torna-se imprescindível compreender de que forma as transformações epistemológicas, teóricas, metodológicas e paradigmáticas deflagradas por tais movimentos compõem e orientam as práticas dos profissionais que atuam em CAPS no momento em que constroem e conduzem os processos terapêuticos dos usuários de um serviço de Atenção Psicossocial.

Como Técnica de Coleta de Dados, optou-se pela entrevista fenomenológica. A entrevista fenomenológica envolve as experiências vividas de pessoas, permitindo a narração das mesmas (RANIERI, 2010).

Será utilizado como instrumento de coleta, um roteiro de entrevistas com as perguntas norteadoras abertas buscando-se aprofundamento do discurso dos participantes. A entrevista se inicia a partir de uma questão norteadora, que serve como guia no processo de coleta de dados e que possibilita uma abertura na resposta; como instrumento, então, tem-se um roteiro de entrevista desenvolvido a partir da referida questão norteadora.

4.2 CAMPO DA PESQUISA

Como campo da pesquisa, optou-se por duas unidades de CAPS localizadas na Região dos Lagos, Rio de Janeiro, sendo uma no município de Armação dos Búzios, e outra no município de Cabo Frio. A escolha deve-se ao fato da pesquisadora residir nesta região na qual está inserida profissionalmente.

A Região dos Lagos é considerada um lindo recanto turístico, localizado na zona tropical do subcontinente sul-americano, banhado pelas águas do Oceano Atlântico, ensolarada em grande parte do ano e habitado por gente aprazível de todos os recantos do planeta que desfrutam de suas praias, com vegetação variada, formatos, temperatura da água e características únicas, algumas como verdadeiras piscinas naturais, outras com ondas radicais, ideais para a prática esportiva. Suas atividades econômicas são Turismo e Pesca.

O CAPS de Armação dos Búzios, foi inaugurado em 26 de novembro de 2012, a unidade funciona de segunda a sexta feira de 8 as 17 horas, prestando atendimento individual em Psiquiatria, Psicologia e Terapia Ocupacional, e também através da Terapia de Grupo para usuários de álcool e outras drogas, realizando Oficinas Terapêuticas, Visitas Domiciliares, Assembleia de Usuários, Familiares e Técnicos, Mesmo antes da existência deste espaço a equipe que hoje atua no CAPS já prestava atendimento a usuários com transtornos graves, fazendo o acompanhamento de casos nos Módulos de Saúde da Família e na Policlínica Municipal, realizando visitas domiciliares, para conhecer de perto os problemas, cadastrando os usuários e dando atendimento às famílias antes da inauguração do novo espaço.

O CAPS de Cabo Frio foi inaugurado em 11 de junho de 2011, funciona também de segunda a sexta feira de 8 às 17 horas, e possui uma equipe multiprofissional efetiva, tendo atendimento de Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, e Terapia Ocupacional com oficina de música, artesanato, dentre outros.

Assim, pretende-se compreender a percepção acerca da desinstitucionalização e a vivência de suas práticas no contexto dos trabalhadores de saúde mental inseridos nos referidos CAPS, por se entender que os elementos que surgirão através do processo investigativo podem encontrar ressonância em outros estudos que apontam os desafios de uma práxis em consonância com os pressupostos e diretrizes da Saúde Mental.

O serviço foi visitado, inicialmente, com o objetivo de apresentar a pesquisadora e o projeto de pesquisa ao corpo técnico da instituição. O projeto foi recebido de forma satisfatória pela maioria dos profissionais e o Gestor do dispositivo disponibilizará uma sala para que as entrevistas sejam realizadas. O momento de realização das entrevistas será

negociado individualmente com cada profissional, de forma que não interfira na rotina da instituição.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM DO ESTUDO

A população de trabalhadores de saúde mental consta de 28 funcionários com potencial de participação no estudo. A Equipe Multiprofissional do CAPS de Armação dos Búzios é composta por 1 (um) Coordenador, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico, 4 (quatro) psicólogos, 1 (um) terapeuta ocupacional, 1 (um) musicoterapeuta, 2 (dois) técnicos de enfermagem, 2 (dois) auxiliares de enfermagem, 1 (um) Oficial Artesão e 1 (um) assistente social, perfazendo um total de 15 (quinze) funcionários.

Em Cabo Frio, a equipe do CAPS é composta por 1 (um) Coordenador, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico, 3 (três) psicólogos, 1 (um) terapeuta ocupacional, 2 (dois) técnicos de enfermagem, 2 (dois) auxiliares de enfermagem, 1 (dois) Oficiais Artesãos e 1 (um) assistente social, totalizando 13 funcionários potenciais para participação na pesquisa.

A amostragem do estudo atendeu os critérios de inclusão os que atuam diretamente com os usuários, com pelo menos 1 ano de atuação na Instituição e de exclusão os que estavam em férias ou de licença. Foram entrevistados total de 12 (doze) profissionais de saúde mental dos CAPS, sendo 7 (sete) de Cabo Frio e 5 (cinco) de Armação dos Búzios.

4.3.1 Abordagem dos participantes

As entrevistas foram individuais realizadas no CAPS de Armação dos Búzios e no CAPS de Cabo Frio, em uma sala confortável a portas fechadas para manutenção do sigilo e segurança das informações disponibilizadas pelo participante. Cada entrevista teve aproximadamente a duração de 45 (quarenta e cinco) a 60 (sessenta) minutos.

As entrevistas foram gravadas com a aquiescência dos participantes. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2017, assim que o projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa.

A pesquisa fenomenológica considera a singularidade de cada narrativa, buscando-se a concordância entre o que descrevemos e o que é experimentado e narrado pelo sujeito, garantindo a credibilidade da pesquisa (LOUREIRO, 2006). Desse modo é no transcorrer das entrevistas que se pode analisar a correspondência dos dados com a realidade vivida.

Os profissionais foram convidados para participarem da pesquisa e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critério de encerramento da pesquisa, foi utilizada a saturação das informações obtidas através dos dados coletados.

4.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao analisar os dados, a primeira questão que se coloca é aquilo que realmente estamos buscando nas descrições. “Estamos em busca do invariante, o que permanece, aquilo que aponta para o que o fenômeno realmente é” (POLIT; BECK, 2011, p. 378).

As entrevistas fenomenológicas realizadas foram analisadas pelo método de pesquisa fenomenológica de Clark Moustakas, por tratar-se de uma pesquisa em ciência humana utilizando metodologia qualitativa. São definidas seis etapas segundo preconiza Moustakas (1994, p. 123): 1. Relacionar cada declaração ao seu significado na experiência e registrar cada declaração. 2. Organizar dados fenomenológicos, começando com o exame de dados da entrevista para horizontalizar os dados e dar a cada declaração relevante um valor igual ao listar cada declaração não repetitiva e não sobreposta para definir um conjunto de horizontes invariantes ou unidades de significado da experiência. 3. Relacionar e agrupar as unidades de significado invariantes, e incluir exemplos verbais. 5. Construir uma descrição das estruturas da experiência através da variação imaginativa e reflexão sobre a descrição textural. E, finalmente 6. Construir uma descrição textural-estrutural dos significados e essências da experiência.

Na fase da análise todas as entrevistas foram lidas com o objetivo de ter uma ideia do todo, em seguida passamos a fase de organização dos dados fenomenológicos a partir das respostas das entrevistas feitas com os participantes em relação às suas práticas cotidianas no cuidado aos usuários que frequentam o CAPS, no próximo passo buscamos relacionar e agrupar as unidades de significado invariantes, e incluir exemplos verbais para a construção de uma descrição das estruturas da experiência através da variação imaginativa e reflexão sobre a descrição textural e finalizando a análise construímos uma descrição textural-estrutural dos significados e essências da experiência para que nos apresentem uma declaração consistente, relacionada às experiências dos participantes da pesquisa.

Como critério de encerramento da pesquisa, foi utilizada a saturação das informações obtidas através dos dados coletados. Não obstante se tratar de uma pesquisa qualitativa em que não obriga definir a quantidade de participantes previamente, o estudo alcançou o número de 12 (doze) participantes entendendo a possibilidade de captura mais completa de dados.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo seguiu os preceitos ético-legais determinados pela Resolução 466/2012. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa visto que envolve seres humanos, tendo sido aprovado de acordo com o CAAE: 68433315.30000.5243.

Os sujeitos elegíveis foram informados sobre objetivos, métodos, benefícios previstos, garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados e, somente após todos os esclarecimentos e estando de acordo, foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Está informado no TCLE o caráter confidencial de todas as informações relacionadas a privacidade da pessoa pela qual o pesquisador é responsável e que todos os resultados serão apresentados com pseudônimos a serem definidos.

O termo contém os contatos do pesquisador responsável para caso o participante do estudo precise sejam agendados encontros para respostas ou esclarecimentos de qualquer dúvida acerca dos procedimentos relacionados à pesquisa.

O TCLE foi elaborado segundo os aspectos relativos à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que através das suas competências legais, estabelece as diretrizes e as normas que regulamentam pesquisas desse gênero. O TCLE também deixa claro que os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ ou revistas científicas e que a retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos.

A pesquisa prevê possíveis riscos mínimos éticos no sentido de que o participante poderá sentir-se desconfortável em relatar a sua percepção acerca do próprio trabalho, no entanto serão assegurados o acolhimento e sigilo, além do direito de interromper a pesquisa em qualquer momento que desejar. Além disso, a entrevista pretende não interferir na dinâmica do atendimento no serviço, por meio de agendamento prévio e respeitando-se a rotina do trabalho no setor.

Os benefícios da pesquisa são os relacionados à possibilidade de alcançar melhor desempenho do trabalho interdisciplinar com perspectivas de aprimorar maior qualidade do cuidado aos usuários que transitam nos espaços do CAPS, inclusive extensivo a seus familiares e satisfação profissional e pessoal dos funcionários que atuam nessa frente de trabalho desafiador, instigante, contudo gratificante.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Para a caracterização da amostra e análise dos fatores, foi utilizado questionário para avaliação das características sociodemográficas que foi elaborado com base em dados relevantes indicados na literatura.

Nesta pesquisa foram estudadas as seguintes variáveis de caracterização sociodemográfica: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, renda familiar, ocupação e estado civil.

Os dados referentes às variáveis de caracterização sociodemográfica foram interpretados por meio de análise estatística descritiva e apresentados sob a forma de tabela. Os dados categóricos observados foram expressos pela frequência (n) e percentual (%), e os numéricos pela média e desvio padrão.

TABELA 2 - Análise das variáveis sociodemográficas dos participantes. Niterói, 2018.

Identificação		Participantes n=12	%
Faixa de Idade	20 a 30	3	25
	30 a 45	3	25
	50 a 60	6	50
Orientação sexual	heterossexual	12	100
Situação conjugal	solteiro	4	33.3
	Casado	6	50
	união livre	1	8.3
	Viúvo	1	8.3
Grupo Étnico	Branco	8	66.6
	Negro	2	16.6
	Pardo	2	16.6
Formação Acadêmica	superior	12	100
	mestrado	2	16.6
	pós-graduação	6	50
Trabalha na área de Formação	-	12	100
Trabalha no CAPS	Há 1 ano	3	25
	Há 5 anos	4	33.3
	Há 7 anos	1	8.3
	Há 10 anos	4	33.3
Trabalha na área de saúde mental	Há 1 ano	3	25
	Há 5 anos	6	50
	Há 20 anos	3	25

GRÁFICO 1 - Distribuição sociodemográfica segundo a faixa etária. Niterói, 2018.

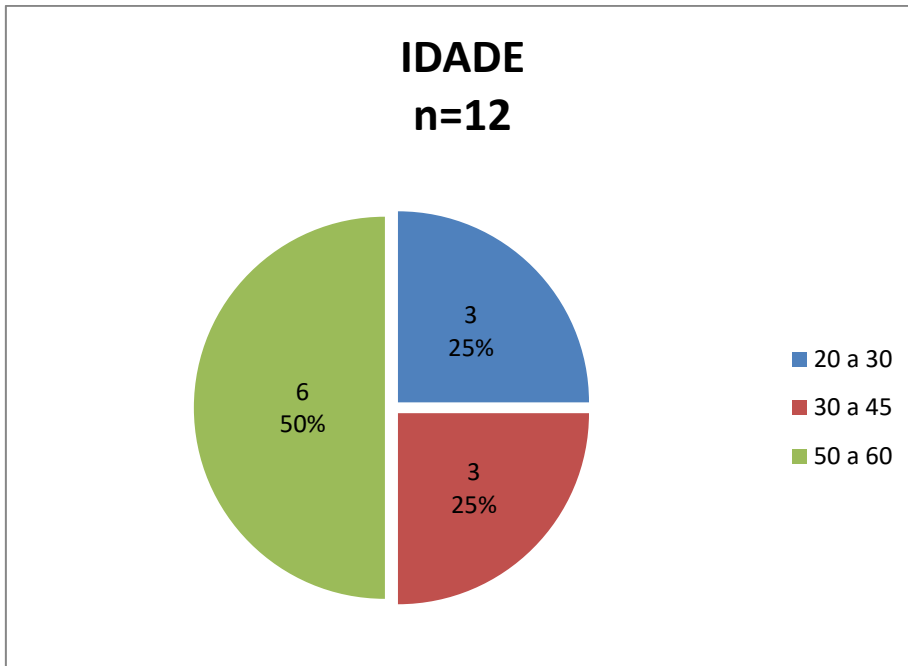


GRÁFICO 2 - Distribuição sociodemográfica segundo a orientação sexual. Niterói, 2018.

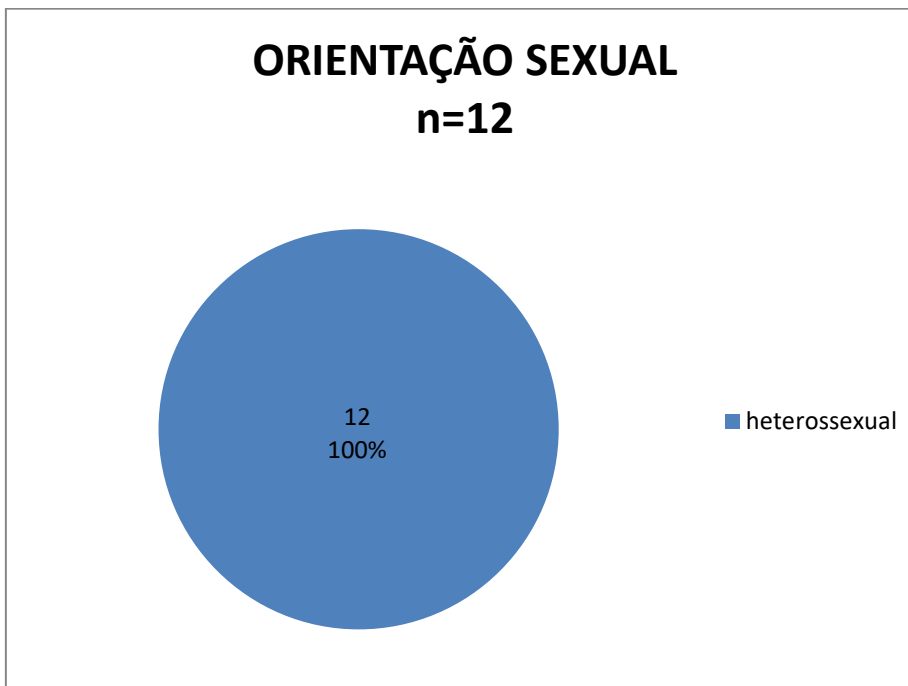


GRÁFICO 3 - Distribuição sociodemográfica segundo a situação conjugal. Niterói, 2018.

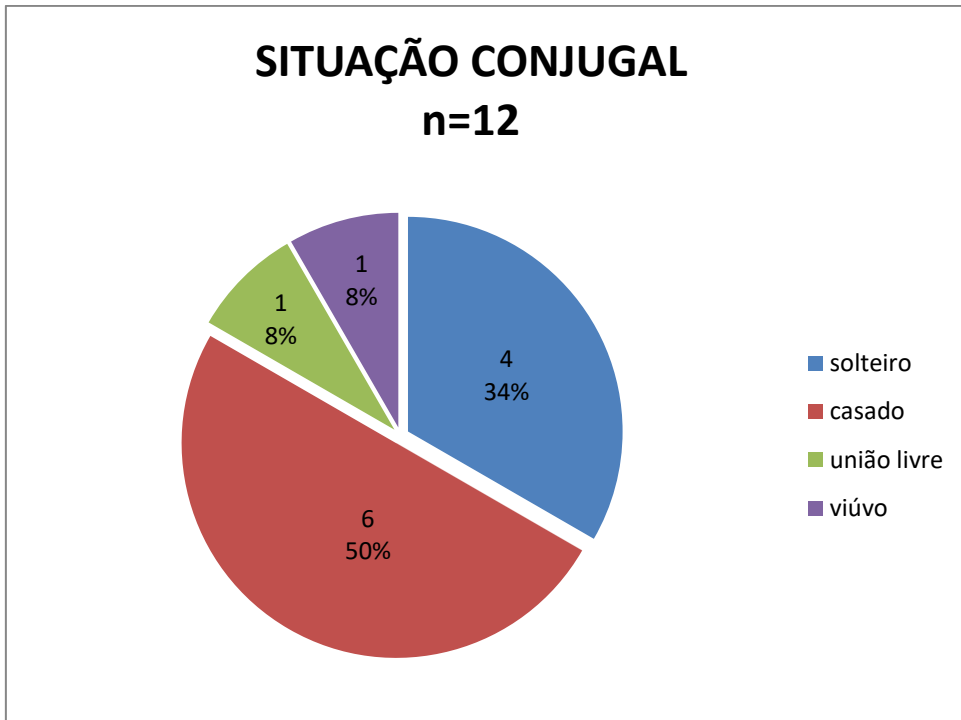


GRÁFICO 4 - Distribuição sociodemográfica segundo a orientação sexual. Niterói, 2018.

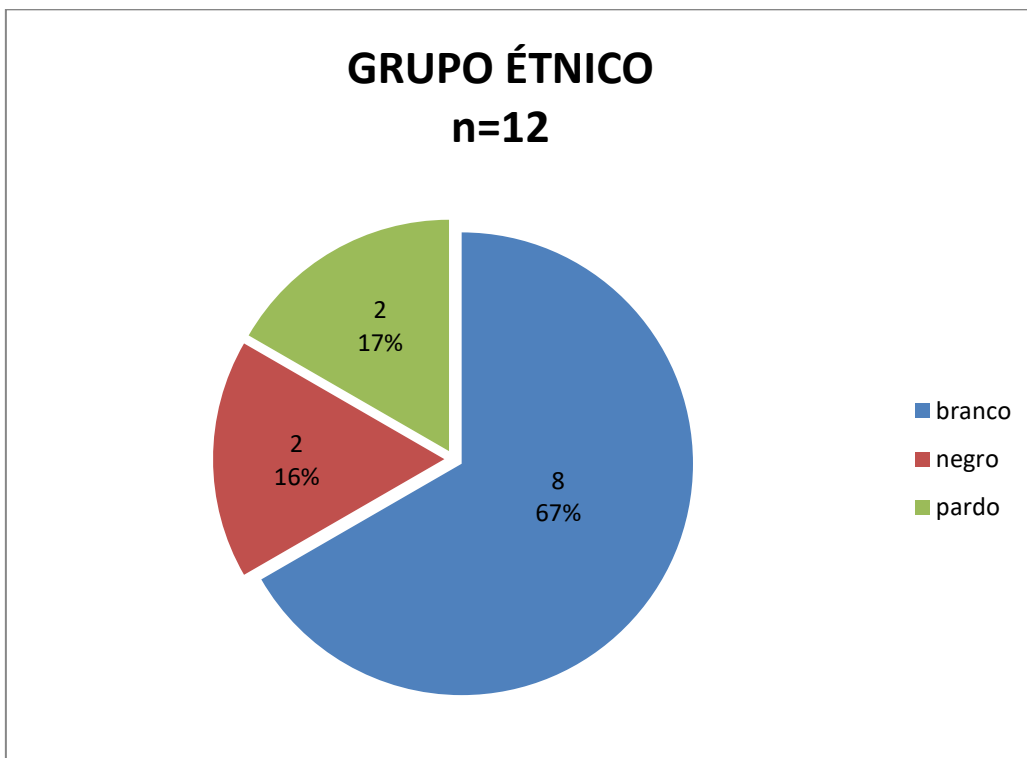


GRÁFICO 5 - Distribuição sociodemográfica segundo a Formação Acadêmica. Niterói, 2018.

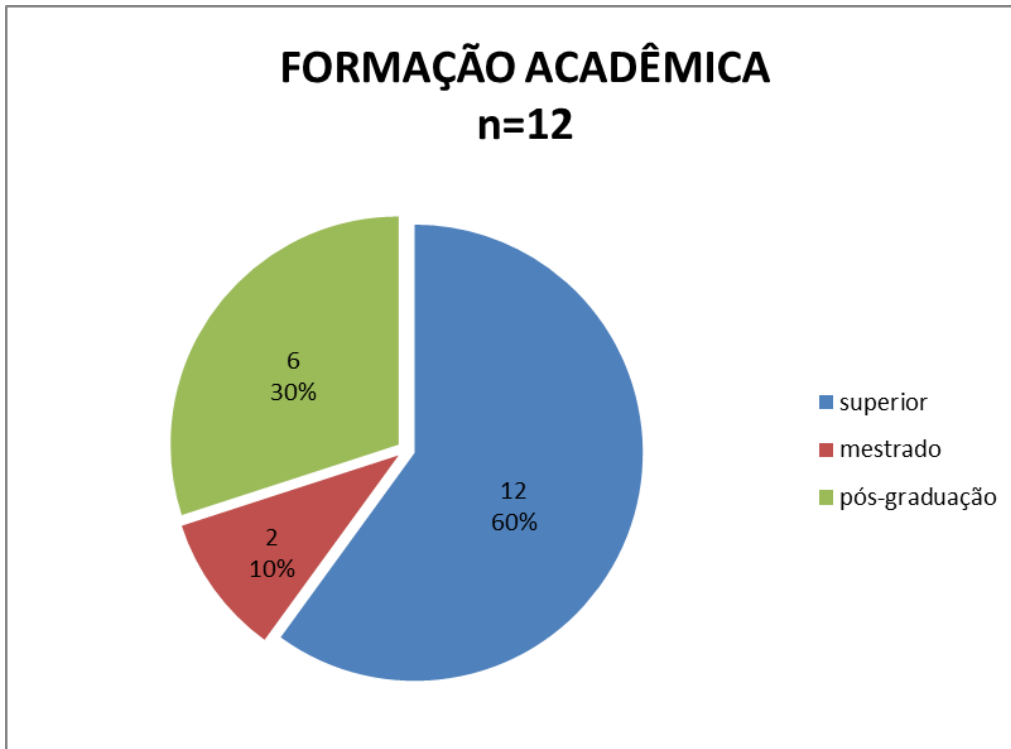


GRÁFICO 6 - Distribuição sociodemográfica segundo a de formação. Niterói, 2018.

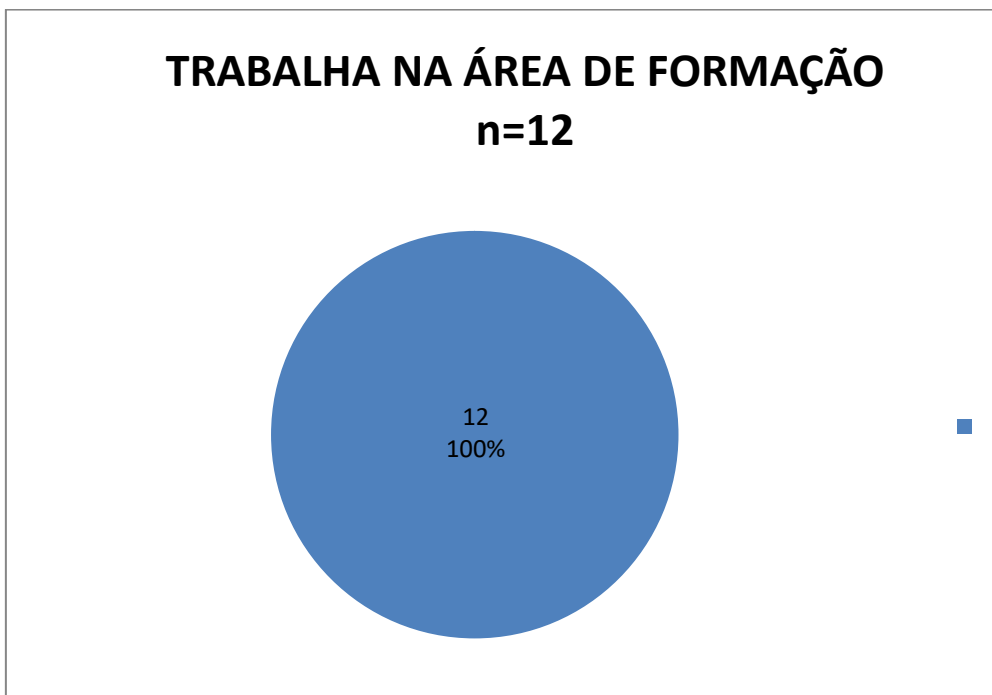


GRÁFICO 7 - Distribuição sociodemográfica conforme o Tempo de Trabalho. Niterói, 2018.

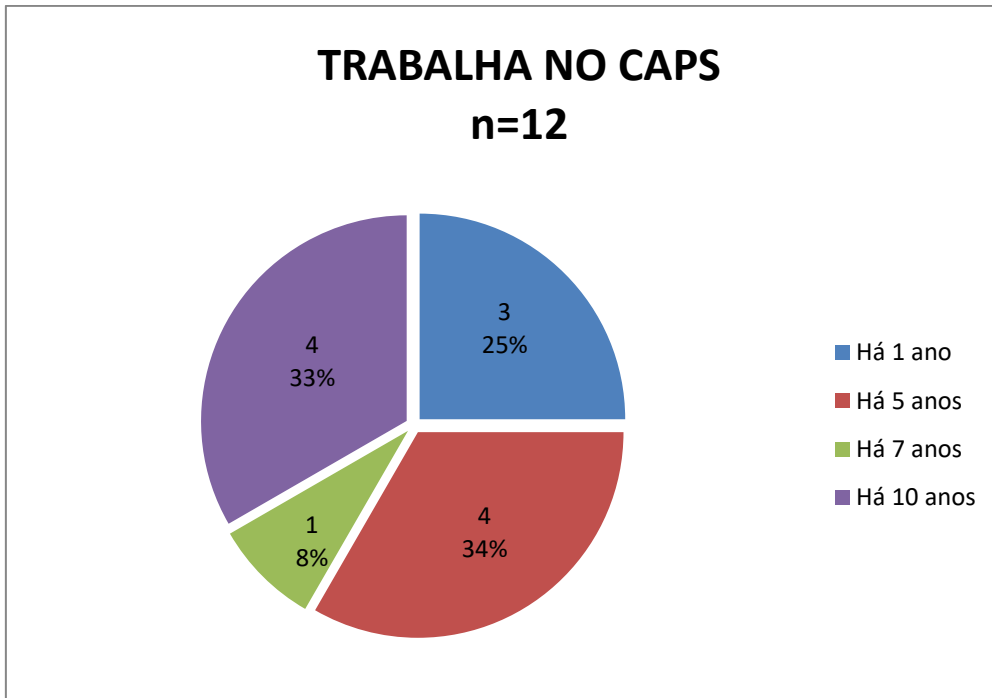
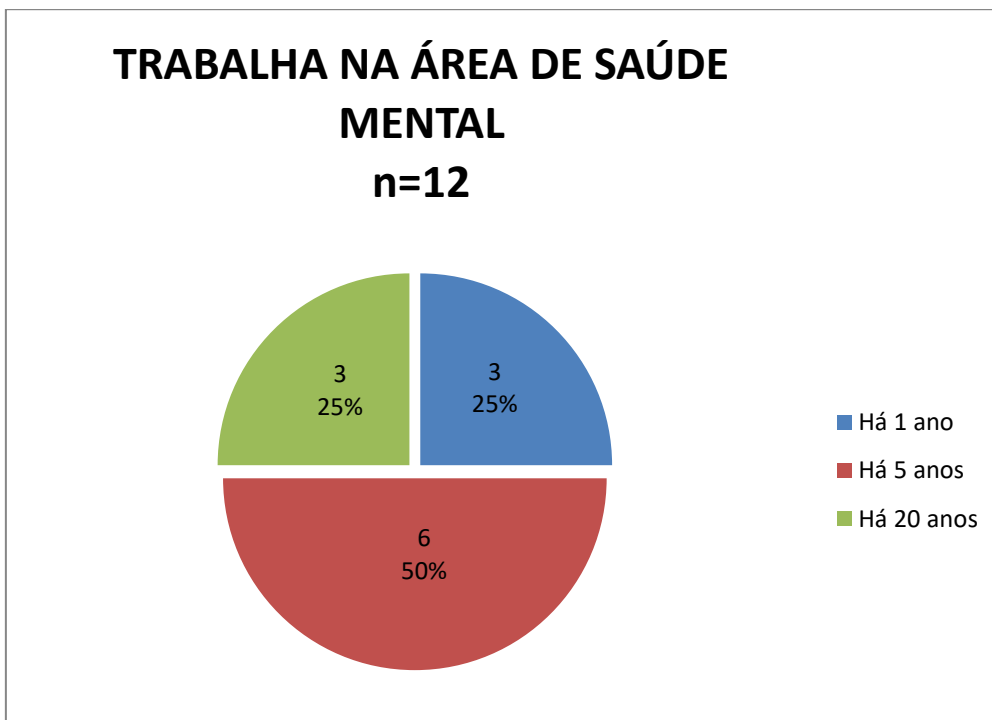


GRÁFICO 8 - Distribuição sociodemográfica segundo na área de Formação em Saúde Mental. Niterói, 2018.



5.2 CATEGORIAS ENCONTRADAS

A partir da análise fenomenológica dos depoimentos dos participantes, emergiram-se quatro categorias que serão descritas nos próximos capítulos subsequentes:

A primeira das categorias encontradas foi assim intitulada: OS SENTIDOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS que indica como os profissionais de saúde mental do CAPS percebem e definem a desinstitucionalização. As subcategorias que despontaram foram: A Desinstitucionalização como um Processo; Uma ponte de integração com a família e sociedade e Um tratamento mais humanitário;

A Segunda Categoria: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA HUMANA DO PACIENTE com as seguintes subcategorias: Aprendendo a Con-viver: não mais enclausurados; Fortalecendo laços e vínculos e O preconceito e o estigma do paciente psiquiátrico.

A Terceira Categoria: DESAFIOS DA PRÁTICA DO CUIDADO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL com as subcategorias: O Projeto Terapêutico Singular e a Interdisciplinaridade; Oficina Terapêutica percebendo a singularidade do usuário e O Desafiador Trabalho no Resgate da Cidadania

6 PRIMEIRA CATEGORIA: OS SENTIDOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DO CAPS

“O CAPS oferece através de cada profissional, olho no olho de quem chega e dificilmente você encontra isso lá fora”
Nathália Gomes Pacheco

“A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate [...] com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas. [...] Acharmos que a vida de qualquer ser vivo, mesmo que seja uma ameba, não reconhece as categorias de saúde e doença a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula.”
Canguilhem, 2009, p. 149

Alguns entrevistados relataram com revolta suas impressões em relação a desinstitucionalização e aos horrores com que os usuários eram cuidados nos manicômios e hospitais psiquiátricos em que a lógica era ancorada no isolamento, segregação, ou seja, a desumanização dos pacientes.

6.1 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO UM PROCESSO

“Bom desinstitucionalização, a desins, melhor dizendo, é um processo que com o fechamento das clínicas psiquiátricas os pacientes eles foram desinstitucionalizados, foram distribuídos pras redes, eu entendo que seja isso.”(E2)

“A desinstitucionalização é aquele processo em que o paciente se encontra internado, encarcerado, pra que ele venha sair daquela instituição e venha se integrar a sociedade.” (E3)

“É, desinstitucionalização pra mim, é um processo que se dá nessa... não só a questão física da retirada dos pacientes, que já estão num processo já de anos dentro de um hospital institucionalizado, ou seja, excluído da sociedade.” (E4)

“Então são pacientes que já sofreram esse processo de desinstitucionalização, já estavam nos hospitais e que vieram para o município morar, residir em RTs, eu vivo isso cotidianamente.” (E5)

“Essas pessoas que estão dentro do complexo penitenciário, eu acho que uma grande porcentagem são pacientes psiquiátricos, que ficaram a revelia por aí. Ou estão em outros hospitais, a gente viu o Hospital Colônia sendo fechado, super lotado, tem outros hospitais ainda no processo de desins, com super lotação também.” (E11)

“É o processo de mudança de paradigmas de uma lógica de cuidados, assim, eu estou pensando um pouco na Reforma Psiquiátrica, a partir da lógica hospitalocêntrica, que muda para uma lógica psicossocial, de uma assistência mais humanizada.” (E12)

O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção da vida, de sentido de sociabilidade, e a utilização das formas dos espaços coletivos de convivência dispersa.

Pode-se pensar na hipótese de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da existência global, complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 26). Se o objeto, em vez de ser “a doença” tornar-se” a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação como corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

Na desinstitucionalização, a palavra de ordem é uma mudança de paradigma: do manicômio lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicação extrema das relações sociais. Se a relação com a “doença” tem sempre como referência um hospital, ambulatório, etc., a relação de desinstitucionalização requer a relação com o território (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30, 36, 47).

Carneiro da Rocha define um delírio parcial (como a monomania), onde há lucidez, clareza de ideias. A monomania é a união do delírio e da razão (p. 400). Para Albuquerque, ela é delírio parcial, mas com “predomínio de uma ideia fixa” (p. 401). Mas não necessariamente há dependência da razão, há a monomania instintiva (MACHADO et al., 1978).

A monomania é difícil de ser detectada e, por isso, o médico decide que é louco e quem não é. O limite é tênue. E então observa-se e diagnostica-se a vida de uma pessoa. “Medicaliza-se não apenas o ato mas a totalidade de uma vida.” (MACHADO et al., 1978, p. 404).

Desta forma, não basta desospitalizar. É preciso desinstitucionalizar, pois o que se encontra em jogo não é apenas um novo endereço, seja um asilo, um internato ou mesmo a família, em que a situação de tutela do sujeito seja mantida, mas a adoção de uma política de inclusão do paciente na vida social (MACHADO et al., 1978).

Mesmo na vida corrente, quando contamos a nossa história, seja a nós mesmos seja aos outros, nosso relato desenrola-se entre um início e um fim que não nos pertencem, pois a história da nossa concepção, do nosso nascimento e da nossa morte depende de ações e de narrações de outros que não nós mesmos; não há, portanto, nem começo nem fim absolutos possíveis nesta narração que nós fazemos de nós mesmos. Ademais, o discurso que temos a respeito do nosso passado é inseparável da dialética entre antecipação e retrospectiva que guia os nossos projetos de existência e a sua retomada rememorativa (GAGNEBIN, 2011, p. 84).

6.2 UMA PONTE DE INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA E SOCIEDADE

As oficinas e atividades desenvolvidas pelos CAPS, segundo a maioria dos entrevistados, estão voltadas para a construção da autonomia para o convívio social e familiar. Algumas declarações sobre este tema em destaque abaixo:

"Então eu vejo que tem muitos ganhos, quando a gente vê que eles saem de lá, começam a frequentar o CAPS, né? O CAPS faz essa ponte com a família, tem a reunião de família que a gente vai ter agora." (E4)

"... olha aqui no CAPS eles são inseridos nos serviços que são oferecidos, ..." (E3)

"Lá funciona de uma maneira integrada com a família. É um modelo que dá assistência, é humano e que tem ali a família que faz parte do todo esse processo ali, né? Ele retorna pra família." (E4)

"A gente acredita que o cuidado no território, próximo da família, o cuidado que a gente tanto lutou na Reforma Psiquiátrica, de retorno a família, sem estar segregado, longe da família, a gente acredita nesse cuidado." (E5)

E quando eu falo de mudança de pensamento, a gente envolve família, a comunidade, até os outros dispositivos de saúde, porque nem todos tem essa noção... existem dispositivos de saúde que não conhecem ainda o trabalho do CAPS..." (E5)

"é o paciente vai sair daquele meio onde ele tá, pra poder ter uma vida normal. Normal dentro das possibilidades dele." (E6)

"Pra que possa dar uma vida pelo menos normal, dentro das possibilidades de integrá-lo junto a sociedade, mas dentro das possibilidades dele paciente. Porque não cabia pessoas que estavam internadas lá, desde de 1975, desde 1980, iam ficando... uns morriam, não tinham famílias e por aí iam." (E6)

"Porque muitas das vezes, tem coisas que... a coisa funciona também com a família. Não adianta... esse é o meu pensamento: não adianta a gente fazer diversos planos terapêuticos aqui e em casa não ter a continuidade. Por mais que você vá nessa residência, faça um acompanhamento, fique em cima, quando você às vezes sai, não é aquilo que a gente desejava. É o mais difícil." (E6)

"A desinstitucionalização é a possibilidade né que uma condição do sujeito de retorno a convivência no território, na família, comunidade, que de fato são características que configuram uma adoção do sujeito né..." (E7)

6.3 UM TRATAMENTO MAIS HUMANITÁRIO

Os entrevistados têm a percepção da transformação das tecnologias utilizadas como premissa para assegurar a humanização, à cidadania e investir na subjetividade e a inclusão social dos usuários atendidos.

"Fazer com que o tratamento daquele paciente seja o mais humanizado possível, tirando ele daquele ambiente que ele tinha, que é um ambiente obscuro (entre as aspas), né?" (E2)

"É uma questão que vai para uma questão humanitária." (E4)

Alguns profissionais correlacionam a desinstitucionalização com o trabalho desenvolvido de modo empático, com amor e carinho, como mostram os seguintes depoimentos:

“a gente trabalha com pessoas, então assim, a gente tem que conhecer, a gente tem que entender, entrar naquela pessoa, naquela história, pra ver como é que a gente vai trabalhando.” (E1)

“A gente procura sempre dar o melhor para eles. Eles chegam aqui na maior felicidade... a gente procura dar pra ele o carinho e o amor que faltou pra ele, muitas vezes, em casa.” (E6)

Pode-se destacar o sentido apreendido de desinstitucionalização como um modo de oferecer um tratamento mais humanizado, um olhar diferente para o outro conforme o recorte:

“Dar um tratamento mais humanizado, ter um olhar diferente para os pacientes.” (E2)

Compreender os conceitos que usamos é captar o papel que desempenham em nossas vidas no mundo: assim, por exemplo, captar fenomenologicamente a “essência” da percepção é compreender como a percepção efetivamente funciona em nossas relações com o mundo circundante e com as outras pessoas. Nesse sentido “essência” não pode ser separada da existência, a compreensão de conceitos separada da compreensão do mundo a que eles se referem (MATTHEWS, 2010, p. 29).

A reforma psiquiátrica brasileira, através da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural. Os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental. [...] existem princípios orientadores gerais, mas que, em última análise, estão subordinados aos settings específicos onde ocorrem as práticas (HIRDES, 2009, p. 304).

7 SEGUNDA CATEGORIA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA HUMANA DO PACIENTE

A palavra fenomenologia corrobora que seu sentido ultrapassa a tese naturalista de que o mundo e as coisas são em si mesmas. Diferentemente das descrições, biologia como o estudo da vida, zoologia como o estudo dos animais, a fenomenologia não constitui o estudo do fenômeno considerando fenômeno como aquilo que se mostra a partir de si mesmo, preocupa-se com a compreensão do vivido tal como ele é, o que ocorre por meio da suspensão de teses, crenças, pressupostos ou teorias acerca do fenômeno, bem como pelo retorno ao mundo da vida, anterior ao mundo objetivo.

7.1 APRENDENDO A CON-VIVER: NÃO MAIS ENCLAUSURADOS

O estudo mostra que a nova experiência do paciente desinstitucionalizado e inserido no novo modelo, requer reaprender a viver em grupo, a conviver, uma vez que a existência do sujeito ainda está institucionalizada, mostrando a dimensão expressiva do corpo que ainda vive o modelo “encarcerado”, como se nota enfatizada nos depoimentos:

“é tirar da instituição física, mas também tirar da instituição que a gente coloca a pessoa em si, a existência dessa pessoa a gente meio que institucionaliza também.” (E1)

“ver pacientes que eles chegaram com algumas manias de repente, que eles tinham devido a convivência” (E2)

“então quando a gente vê esses que ficaram tantos anos lá, criaram um monte de manias, porque o hospital lá, tanto tempo asilado, cria um monte de manias, né? Eles voltam estranhos, desde pequenos num hospital... aí a gente vê né? O resultado do trabalho em si.” (E4)

“...a gente ali, a gente foi se chegando, a enfermagem aqui era um pouco diferente, a gente mantém sempre essa porta aberta, eles entram na nossa sala que eles antes não entravam, a dá essa possibilidade pra eles e teve um dia que eu achei tão bonitinho, eu sempre chegava,... bom dia “José”, bom dia.. e ele não respondia. Ai teve um dia que eu fui pra cozinha tomar café, estava sentada tomando café, e a porta da cozinha estava aberta, aí eu passei por ele e não falei, naquele dia eu tava desligada, ele veio, rodou por traz da cozinha, botou a cara e assim ‘ba dia”, pra mim isso foi lindo, porque pra mim foi uma forma dele né se achegar a gente e também uma forma da desins, de se relacionar com a gente, pra mim essa questão do paciente estar se relacionando com as pessoas, viver em sociedade. Pra mim é isso.” (E2)

“Então, saem com hábitos assim muito ... muitas vezes hábitos assim... esqueci até a palavra, aquela...aquela forma assim... como é que falar? Eu não quero falar esquisita. Tem um nome próprio... Mas eles saem com uns hábitos muito grotescos, muito bizarros, era isso que eu queria dizer. Falando em hábitos bizarros, teve uma paciente que a gente soube que estava comendo ração. Porque eu acho que lá dentro, né? Quer dizer... eles criam hábitos lá dentro.” (E4)

“aquele processo em que o paciente se encontra internado, encarcerado, pra que ele venha sair daquela instituição e venha se integrar a sociedade.” (E3)

“Muita melhora deles quando saem dessa, desse modelo, quando sem dessa condição ... e já saem de uma maneira já bem debilitada, né? Porque são anos de... de... enclausurados, né? Então, saem com hábitos.” (E4)

Para além do tempo natural, do tempo afetivo e do tempo histórico, o sentido das nossas escolhas contribui para a subjetividade. Os gostos pessoais, as preferências, as rejeições, os desejos, vão sendo configurados por meio dessa estrutura subjetiva na qual correlacionamos o tempo, o corpo, o mundo, as coisas e os outros. O campo da subjetividade encontra-se recortado pela historicidade, pelos objetos da cultura, pelas relações sociais, tensões, contradições, paradoxos, afetos. Dessa maneira, a leitura de um livro, a apreciação de uma obra de arte, o discurso de um determinado político, filósofo ou cientista, a paixão por alguém, todas essas experiências mobilizam sentidos que foram construídos nesse campo subjetivo e apresentam-se como maneiras de subjetivação específicas da cultura contemporânea e da educação como um processo de aprendizagem dessa mesma cultura (NÓBREGA, 2010).

7.2 FORTALECENDO LAÇOS E VÍNCULOS

Uma observação constante durante o contato direto com os usuários e os profissionais dos CAPS está relacionada ao estímulo ao acolhimento, à afetividade e ao vínculo, esta por sua vez, esteve presente em todos os momentos em que a equipe responsável pela pesquisa esteve nos CAPS. Observa-se que existe um vínculo permanente entre os profissionais, os usuários e os familiares que frequentam os CAPS, o que parece ser uma das estratégias de atuação dos profissionais, com a premissa de que o vínculo afetivo contribui para o melhor acompanhamento dos usuários. Esta percepção aparece em diversos momentos durante as entrevistas. Algumas declarações abaixo:

“a gente corre muito atrás, mesmo sem recurso a gente dá o jeito. A gente cata familiar... eu recebo mais mensagens de familiar no meu celular do que de amigo. A gente realmente se doa nisso.” (E1)

“eu vejo aqui que os pacientes são muito bem tratados no sentido de acolhimento, vejo uma equipe comprometida com os pacientes em acolher, receber, em procurar fazer o melhor pra que o paciente se desenvolva...” (E2)

“Essa é a aproximação, tentar fazer esse vínculo... eu falei pra ela, o que ela precisar eu estou à disposição, eu olhei o prontuário dela, todos os profissionais olharam, tinha psicólogo, assistente social, um estagiário e técnica de enfermagem.” (E3)

“A gente promove muitas festas todo mês, então a gente começa com esse... a família também a gente convida... e aí isso vai acontecendo, desenvolvendo a afetividade, isso vai acontecendo o amor mesmo. Então acaba virando uma família.” (E4)

“pensando naquele paciente, que está com os vínculos formados e o tratamento dele está andando por causa daquilo. Está andando por causa daquela relação que ele fez, de confiança, com a pessoa, com a equipe...” (E4)

“então a gente precisa de apresentar pra esse paciente, pegar um vínculo, porque tudo em saúde mental é vínculo. A gente tem que primeiro reforçar esse vínculo com o paciente...” (E5)

“Aqui eles são acolhidos, eles têm uma escuta... que muitas das vezes o paciente que só isso aqui, escuta, falar, ter um pouquinho de carinho e de atenção.” (E6)

“Que a gente possa trabalhar de uma forma mais humana, sem o complexo do ... “ ah, você não pode abraçar paciente”, “ah você tem que ter a neutralidade”, comigo isso não funciona, eu abraço os pacientes, eu danço com os pacientes, porque eu acho que isso é a retomada da dignidade que o paciente tem, ele não tem isso na casa dele, né? Então, eu acho que quando a mãe vê, eu fazendo isso, eu possibilito que ela possa fazer com ele também.” (E11)

As relações familiares e redes de apoio devem ser valorizadas quando pensamos e exercemos o cuidado, deste modo, devemos fortalecer nas redes de apoio necessárias à assistência (CESTARI, 2013). Acolher e escutar as famílias na lógica da atenção psicossocial é tarefa complexa, mas que, quando executada, demonstra sua importância e seus resultados positivos no modo de andar a vida do núcleo familiar. O acolhimento é uma prática de saúde cujo retorno é visível, pois as famílias criam vínculos e laços afetivos importantes com as equipes dos serviços, tendo-os como referência para o cuidado (MIELKE, 2010).

A teoria da percepção em Merleau-Ponty (1945/1994) também se refere ao campo da subjetividade e da historicidade, ao mundo dos objetos culturais, das relações sociais, do diálogo, das tensões, das contradições e do amor como amálgama das experiências afetivas. Sob o sujeito encarnado, correlacionamos o corpo, o tempo, o outro, a afetividade, o mundo da cultura e das relações sociais.

7.3 O PRECONCEITO E O ESTIGMA DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Do total de entrevistados praticamente, todos revelam que o maior obstáculo no desenvolvimento da autonomia e do aprender a conviver é o preconceito da sociedade, da própria família e frequentemente dos profissionais da Saúde e da Educação, que desconhecem os CAPS e suas atribuições. Todavia, além do obstáculo do preconceito, existe a falta de profissionais, falta de infraestrutura e falta de priorização por parte município para investimentos. Algumas declarações sobre este tema em destaque abaixo:

“Olha, aqui no CAPS eles são inseridos nos serviços que são oferecidos, mas se você for ver aí fora ainda existe muito preconceito. Isso dentro da minha visão, então as pessoas têm muito preconceito, não querem chegar perto, né... Fica com receio, fala que é um paciente psiquiátrico, acha que já vai bater, que vai agredir, e não é dessa forma.” (E3)

“Eu acho que o trabalho de desins, não é só esse trabalho de resgate de paciente que foi e que está institucionalizado. É principalmente mudar essa lógica que perpassa na sociedade. (...) E quando eu falo de mudança de pensamento, a gente envolve família, a comunidade, até os outros dispositivos de saúde, porque nem todos tem essa noção... existem dispositivos de saúde que não conhecem ainda o trabalho do CAPS...” (E5)

“O objetivo é a inclusão social, né? Todo o trabalho é importante ser feito pra que ele volte às atividades, no mercado de trabalho, dentro da limitação que ele tenha, né? E aí a gente vai esbarrar no preconceito, que isso tudo o CAPS também tem atividades focadas nisso.” (E4)

“se você for pensar em loucura, é... tudo que fugia a regra da sociedade antigamente, era colocado em manicômio. Não só pessoas que sofrem transtorno mental, todos os desajustados da sociedade eram enclausurados e segregados antigamente e essa noção, infelizmente até os dias de hoje, ainda está viva na cabeça de algumas pessoas.” (E5)

“A minha filha é coordenadora de uma RT em Araruama, ela é psicóloga, então, ela foi no Conselho de Saúde, existiam pessoas que achavam o fim da picada, no centro da cidade, uma casa que só tinha um monte de maluco, que tinham que ser colocados numa fazenda ou num sítio distante. Eles não podiam estar ali agregados, junto a sociedade, entendeu?” (E6)

“Eu acho que é justamente essa, porque que mudar essa ideologia daquilo que historicamente, já vem que o lugar do maluco é no hospício. A gente encontra ainda nesses lugares pessoas que pensam dessa forma... ‘Ele não tem que estar aqui’, ‘Aqui não tem pessoas capacitadas para atender ele’, ‘Então eles tem que estar num hospital adequado’. Eu acho que o grande desafio é esse, a mudança da mentalidade da sociedade.” (E5)

De acordo com Mello e Fuguerato (2008, p. 458): Não basta modificar os locais de atendimento se não forem modificadas as representações associadas à doença mental, fazendo um movimento que dissocie a loucura da violência, da improdutividade e da incapacidade de articulação social.

Para Merleau-Ponty (1964/1992), a percepção é uma porta aberta a vários horizontes; porém, é uma porta giratória, de modo que, quando uma face se mostra, a outra se torna invisível. Cada sentido se exerce em nome das demais possibilidades. Sob o meu olhar atual surgem as significações. Mas, o que garante a relação entre o que vejo e o significado, entre o dado e o evocado? Essa relação é arbitrária, depende das intenções do momento, de dados culturais, de experiências anteriores e do movimento.

8 TERCEIRA CATEGORIA: DESAFIOS DA PRÁTICA DO CUIDADO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL

Nesse capítulo, podem-se conceber os desafios da prática do profissional considerando o cuidado na perspectiva singular do paciente, destacando a potencialização da proposta do Projeto Terapêutico construída na dinâmica interdisciplinar percebida no âmbito exercício da prática ainda em desinstitucionalização.

A tradição cartesiana habituou-nos a desprender-nos do objeto: a atitude reflexiva purifica simultaneamente a noção comum do corpo e da alma, definindo o corpo como uma soma de partes sem interior, e a alma como um ser inteiramente presente a si mesmo, sem distância. Essas definições correlativas estabelecem a clareza em nós e fora de nós: transparência de um objeto sem dobras, transparência de um sujeito que é apenas aquilo que pensa ser (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 268).

8.1 O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E A INTERDISCIPLINARIDADE

A apreensão da percepção fenomenológica dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico aponta para uma dimensão voltada para a singularidade humana do usuário e suas potencialidades, comprometendo um cuidado personalizado que envolve também suas relações no seu mundo da vida, como se pode notar nos recortes a seguir:

“Projeto Terapêutico Singular, um pouquinho eu falei, mais ou menos de algumas necessidades específicas de alguém.” (E4)

“O Projeto Terapêutico Singular é singular justamente por causa disso. Cada pessoa tem a sua subjetividade, as suas potencialidades, quando a gente acolhe uma paciente, quando a gente enxerga aquele paciente do CAPS, o projeto pra ele a gente vai pensar de acordo com o que é possível fazer com ele, na medida das possibilidades daquilo que ele pode fazer.” (E5)

“O PTS é aquilo que propõe o planejamento de um cuidado em saúde com o usuário e sua família e no meu entendimento é algo que tem que ser feito de forma coletiva né de forma democrática né em contato com o paciente, com a família respeitando né suas vontades, sua percepção sobre o cuidado em saúde é isso não é uma coisa estática que você vai traçar ali seu tratamento é esse vai ser isso também é algo que está sempre em constante mudança porque o usuário não é estático vive em constante transformação é algo dinâmico que vai sempre se adequando a realidade que ele vai apresentando.” (E7)

O desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular é destacado nos depoimentos indicando apreensão de uma realidade para além de algo estático, mas dinâmico, e sempre em transformação, adequando-se à realidade apresentada pelo paciente, porém, considerando a subjetividade do mesmo.

A complexidade dessas necessidades de saúde aponta para a necessidade de fortalecer as mudanças na dinâmica da produção dos serviços de saúde com vistas ao fortalecimento do

trabalho colaborativo nos diversos cenários, aperfeiçoando o efetivo trabalho em equipe e melhorando a qualidade da atenção à saúde das populações (CRISP; CHEN, 2014).

Nesse sentido, é importante ponderar que:

[...] uma clínica que pretenda produzir vida não depende de conhecimentos estabelecidos, estes não devem definir previamente o encontro com o outro mas estar disponíveis como ferramenta para o acontecimento clínico vivo, em ato. O saber-fazer, nessa perspectiva, fazer transforma-se em-saber, e o território do não saber mostra sua potencialidade criativa ao abrir-se para o “entredisciplinar” e para “os múltiplos regimes de verdade existentes” (CAPAZZOLO et al., 2013, p. 12).

Convém ressaltar que o cuidado em saúde mental é desenvolvido tendo como base o Projeto Terapêutico Singular, sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica sendo construído pela equipe profissional de maneira inteiramente interdisciplinar, envolvendo o usuário e sua família (BRASIL, 2001).

Pode-se apreender a importância que os participantes conferem à dinâmica das relações da equipe multidisciplinar numa percepção da construção do cuidado de modo personalizado a cada usuário:

“Aqui nós temos toda uma equipe multidisciplinar, nós temos profissionais da enfermagem, nós temos assistentes sociais, psicólogos, aqui a gente faz as oficinas terapêuticas. [...] com tratamento adequado, digno também, onde ele possa estar sendo assistido por profissionais múltiplos, por uma equipe multidisciplinar, atendendo as demandas que eles têm.” (E5)

“E agora a gente já sabe quais os pacientes que tem diabetes e quais não tem, então a gente procura passar pras meninas [psicólogas], “ó fulano é diabético”, “fulano não pode comer isso”, então elas também já sabem, a gente tem esse cuidado... “ó não dá muito doce pra fulano por causa da glicose dele”. As auxiliares de serviços gerais também, a gente anota no prontuário, fazer a evolução dos pacientes, se a gente ver que ele não está bem... e observar o comportamento deles aqui dentro, tanto eles com a gente ou com os outros pacientes.” (E3)

“Como é costumeiro do CAPS 80% do trabalho é grupal. Além disso, temos os atendimentos individuais, com o objetivo de compreender melhor o projeto terapêutico para cada pessoa, apesar de não ter um psicólogo específico para cada paciente, porque num trabalho trans é nesse sentido mesmo, os psicólogos transitam entre os pacientes.” (E9)

“A gente trabalha com uma equipe multidisciplinar, mas que não consegue ser transdisciplinar. E isso é uma coisa difícil, porque multidisciplinar é estarmos aqui, tem psicólogo, tem assistente social, médico... agora, a gente transita entre a gente? Transita. [...] As pessoas têm dificuldade de entender o que é a transdisciplinaridade porque cada um quer ficar no seu quadrado.” (E11)

“Olha aqui, desde o tempo que eu estou trabalhando aqui, eu ainda não recebi nenhum paciente que chegou, todos já estavam. Mas assim, por exemplo, os pacientes da RT, tem uma paciente que veio que foi presa... com uma faca, tentou assaltar a pessoa pra poder comprar remédio, segundo o que a gente soube. Ela foi presa, foi pra Bangu, todo mundo ficou desesperado, porque ela estava viciada em medicação... e assim, ela foi muito bem recebida, quando ela conseguiu voltar, e a gente está

fazendo todo um trabalho, por exemplo, eu na minha parte da enfermagem, antes de acontecer tudo isso com ela, a farmacêutica chegou pra gente e falou: - Olha a medicação da "Maria", ela é uma paciente que a medicação tem que ficar aqui na unidade e dando pra ela conforme vai acabando. Por exemplo, ela pegou pra 30 dias, eu dou pra 10, quando for no nono dia ou no décimo dia mesmo, ela vem aqui já toma e leva para mais 10. E assim vai até terminar e depois ela passar pela médica de novo." (E3)

Pode-se refletir que: "o ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social. Apesar da convivência grupal ser essencial para a vida, percebemos um desencantamento nas relações da denominada equipe de saúde. Isto, leva-me a pensar seriamente nessa situação, tendo em vista que, a base da vida em sociedade está nesse afeto e na satisfação de pertencer ao grupo" (TEIXEIRA, 2005 p. 89-95).

Torna-se necessário existir, na instituição formadora e assistencial, espaços para que se possa discutir e refletir sobre a convivência dos grupos humanos na saúde. Porém, não no sentido de abafar os conflitos e contradições, mas para trabalhar com eles e permitir as expressões dos desejos de vida.

É preciso, então, valorizar o sujeito, o desejo e a realização profissional. Apesar dos sujeitos apresentarem essa sensibilidade como voz do instituinte, com o tempo passam a desenvolver mecanismos adaptativos defensivos e incorporam o instituído. Portanto, há necessidade de uma reflexão contínua de nossas atitudes e convivência no grupo de trabalho, tendo em vista que "a ética transdisciplinar recusa toda atitude que se negue ao diálogo e à discussão, qualquer que seja sua origem de ordem ideológica, científica, religiosa, econômica, política, filosófica". Pode-se dizer que existe um apelo por uma ética de vida nesses espaços, onde a saúde tem que ser pública, gratuita e com qualidade. Urge assim, entender a prática de saúde numa perspectiva vitalista, onde a ética da vida seja potencializada (TEIXEIRA, 2005, p. 89-95).

[...] a expectativa de harmonização entre as profissões, essa "convergência de linguagem e saberes", cede lugar à compreensão de que, em ato, o que se pretende é um pluralismo descritivo e o agenciamento de múltiplos encontros seja pela negociação de mundos, seja pela experiência do conflito, mas necessariamente pela perspectiva do "avanço" ziguezagueante para aquém e além das fronteiras profissionais. A experimentação com o comum é um movimento no qual nos sentimos levados a atravessar fronteiras que encontramos nos territórios profissionais, fazendo-os também operar para além de suas próprias referências (HENZ et al., 2013, p. 173).

Pode-se refletir que o mundo fenomenológico é o mundo dos sentidos e a filosofia coloca-se como realização não da verdade, mas de possibilidades de verdades. Nesse sentido, a filosofia da percepção anunciada por Merleau-Ponty desdobra diante de nós a tarefa de compreender o corpo como sensível exemplar na construção de saberes e na produção de subjetividade.

Alguns depoentes ressaltam o cuidado na dimensão humana, e que pode-se dizer de um cuidado existencial, não calcado exclusivamente na doença, mas voltado para a pessoa do usuário. Cuidado esse que implica em inculcar nesse sujeito, também a sua responsabilidade no cuidado de si mesmo, conferindo-lhe a sua humanidade.

“O cuidado, com a desins ele abrangue o ser humano por inteiro. Ele não viu só a doença... ele vê o ser humano. Ele vê a vontade do ser humano, com seus desejos, sonhos, do ser humano e não daquela doença que precisa ser cuidada. Então, se cuidava apenas da doença sem considerar a pessoa.” (E8)

“o cuidado aqui tem um objetivo muito específico que é, na minha opinião, muito coerente com o pensamento do Heidegger porque o Heidegger define o cuidado como existencial, que é eu já sei que sou responsável por mim. E... o nosso cuidado, vem sempre no intuito de lembrar de certa forma, de que eles são responsáveis pelo cuidado de si mesmos, então... algumas traduções do alemão, colocam o cuidado como cura.” (E9)

Neste sentido não se pode pensar em produção de cuidados sem considerar a intersubjetividade que favorece o compartilhamento de experiências e vivências do outro em uma relação empática.

Se todo conhecimento procede da relação, a vivência do cuidar de uma pessoa em sofrimento mental constitui uma oportunidade extraordinária para a ocorrência e a produção do saber. O conhecimento sobre o cuidado nasce de um confronto entre reflexão e a sensibilidade, ou seja, entre o que transcendemos por meio da linguagem e os sentimentos, antes imanentes (SENA, 2008).

O cuidado humano refere-se ao fenômeno proveniente do ato de cuidar e infere para o seu exercício valores e elementos indispensáveis, sendo estes: atitudes éticas, respeito pelo outro, pela natureza, pela vida, compaixão e solidariedade (WALDOW, 1998).

Longe de ser um dado natural, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros. Ela está ligada à atividade vital de um sujeito, àquilo que ele consegue, ou não, mobilizar de sua atividade pessoal no universo das atividades do outro; e, inversamente, àquilo que ele chega, ou não a utilizar das atividades do outro em seu próprio mundo. Portanto, se a saúde encontra sua origem na preservação do que o sujeito se tornou, ela descobre seus recursos naquilo que ele poderia ter sido (CLOT, 2010, p. 111).

Um dos depoentes refere-se ao cuidado articulando-o à perspectiva de Martin Heidegger. Na verdade, pode-se entender que a concepção ontológica-existencialista, atrelada à condição de “ser-no-mundo”, permite evidenciar que a fenomenologia do cuidar é aquela em que existir significa “cuidar de ser”, “cuidar de ser-si-mesmo” e “cuidar de ser-com-outros”, fazendo com que a existência se faça presente na coexistência através do modo como o ser preocupa-se com os outros (FERREIRA; LIMA, 2012).

Dessa forma:

[...] na prática de trabalho nesse novo cenário o principal recurso de intervenção é o trabalhador, amparado por sua formação, seu protagonismo, suas habilidades técnicas e relacionais. [...] a formação profissional, embora ofereça as principais tecnologias disponíveis, não se mostraram suficientes para os desafios. Daí a necessidade, cotidiana, de novos saberes e práticas serem construídos pelos trabalhadores, mediante a invenção e a incorporação de novas formas de lidar com a demanda (SAMPAIO et al., 2011, p. 4689).

E o relato do “mundo vivido” é o que permitirá a compreensão das experiências de vida do modo como são de fato, sem deferência a sua origem, portanto, o “mundo vivido” é descrito de modo que se apreenda a experiência consciente do ser que existe e está inserida no mundo, ou seja, o relato do “mundo vivido” é a “consciência de um ser-no-mundo” (MERLEAU-PONTY, 2011).

8.2 SINGULARIDADE DO USUÁRIO NA OFICINA TERAPÊUTICA

“E ouvia muito isso: ‘o que você mandar a gente fazer a gente faz’. Eu: - gente não é isso, pelo amor de Deus. Não fala isso pra mim... Aí a gente sentava e eu comecei a problematizar isso com eles. Falei: - Poxa! É sempre assim? Vocês vão sempre fazer o que alguém mandar? E vocês? O que vocês tem vontade? Aí eles começaram a falar que eles tinham vontade de fazer uma coisa pra fora daqui.” (E1)

“Fico muito incomodada quando a gente senta, ‘hoje é oficina de não sei o quê... senta aí’ eu já vi isso. Sabe aquele cordão de havaiana? Botar as cores aqui, azul, amarelo, vermelho, não sei o quê, não sei o quê... ‘não, primeiro essa, depois essa daqui’. O que isso está sendo terapêutico?” (E3)

“Quer ver uma coisa que me deixa chateada às vezes? Dezoito de maio, todo mundo faz todos os eventos, ensaia e vai pra mostrar. O que que tem pra além de dezoito de maio? O que que eles fazem pra eles? Eles fazem pra eles? Ou eles fazem pra mostrar pros outros? Entendeu? Pra uma instituição acadêmica? Nossa eu fico muito chateada.” (E3)

“Eu botei no papel assim: comprimido da mudança, comprimido da realização e comprimido do esquecimento. Porque remédio pra eles tem uma coisa enorme. Aí falei assim: - se vocês tivessem um comprimido da mudança, o que vocês mudariam hoje?” (E4)

“Sempre se propõe a estar junto e participar com os pacientes. Só que eu acho que precisaria de mais. Musicoterapia, terapia ocupacional, uma pessoa que desse uma

aula de alguma coisa. Agora tem um rapaz que corta o cabelo. Tem a semana da beleza... a percepção é que podia ter mais atividades, tendo em vista é... podia ter mais. Acho que não se tem mais atividades, porque acho que faltam profissionais. Pessoas capacitadas para desenvolver isso. Professor de educação física podia ter, fazer um plano de aula, mas não tem pedagogo, não tem terapeuta ocupacional, não tem ...” (E6)

“Conhecer um lugar novo... isso pode ser terapêutico para eles.” (E9)

“Aqui você está convivendo com a pessoa o dia inteiro, aqui você encontra ela às vezes, a semana toda, e você não pode estar ali só por estar ali, você tem que estar ali presente com aquela pessoa e com muitas outras pessoas, ... e não só conversando ou interagindo com elas, você tem que tentar compreender o que é o terapêutico naquele momento, mesmo que seja num aniversário, numa roda de conversa, mesmo que seja ouvindo música.” (E9)

Torna-se relevante o cuidado realizado por psicólogos, quando estes se mostram capacitados, comprometidos e implicados com o seu fazer e que são capazes de olhar além do “visível”, considerando a subjetividade dos usuários em todos os aspectos: emocionais, sociais, culturais e espirituais pode trazer uma verdadeira inclusão desse indivíduo na sociedade, através da construção de um projeto coletivo de cuidado, proporcionando melhor qualidade de vida aqueles que buscam os Centros de Atenção Psicossocial para amenizar seu sofrimento psíquico.

8.3 DESAFIADOR TRABALHO NO RESGATE DA CIDADANIA

Frente ao exposto, os cuidados da equipe multiprofissional devem ser pautados nas necessidades individuais e sociais, reconhecendo as demandas assistenciais inerentes ao mundo da vida cotidiana (VIEIRA et al., 2012).

“O objetivo é a inclusão social, né? Todo o trabalho é importante ser feito pra que ele volte às atividades, no mercado de trabalho, dentro da limitação que ele tenha, né?” (E4)

“Não é fácil mesmo, de fato não é. Porque temos que dar sustentação a uma população que durante anos, veio sendo completamente apagada e sem nenhuma cidadania diante da sociedade. Eu acho que o grande desafio nosso, enquanto profissional de saúde, é poder bancar isso, é poder sustentar com eles, essa condição de sujeito de direito.” (E6)

“Então as oficinas são ferramentas que ajudam no processo do sujeito. E quando eu falo do sujeito é esse sujeito de direito mesmo, que tem esse olhar para a cidadania, para o sujeito em ação.” (E12)

“Esse supermercado ofereceu algumas vagas pra trabalhar lá e ofereceu um processo seletivo. Acredito que adaptado, não fui eu que fiquei de frente, mas um processo seletivo, então a gente aqui verificou quais foram aqueles que tinham mais condições, que estavam melhores, que tinham condições de estar participando... eles foram... aí soubemos que teve redução, umas coisas mínimas assim... enfim, isso foi muito bom, muito bom pra auto estima deles, então a gente busca esse resgate.” (E4)

“a gente precisa dar visibilidade a pessoa que tem transtorno mental, justamente para que essa ideologia de que eles somente têm que ficar trancados dentro de casa, tomando remédio, ficando dopados, isso tem que mudar e a nossa função é essa aqui do CAPS também. É dar visibilidade, empoderamento.” (E5)

“Eu acho que o trabalho de desins, não é só esse trabalho de resgate de paciente que foi e que está institucionalizado. É principalmente mudar essa lógica que perpassa na sociedade. Então é um trabalho da gente resgatar a cidadania desse usuário, trazendo de volta para o município, pra ter um tratamento adequado, perto da família, sem estar enjaulado... mas é um trabalho de mudança de pensamento. E quando eu falo de mudança de pensamento, a gente envolve família, a comunidade, até os outros dispositivos de saúde, porque nem todos tem essa noção.” (E5)

O trabalho dinâmico em grupo numa instituição democrática e o cuidado sensível podem contribuir para minimizar o alheamento, através da ampliação da percepção, do contato e da vivência. Com efeito, é preciso emergente criar espaços para produzir o diálogo, a cooperação e a solidariedade, ao invés da hostilidade e da competição destrutiva.

Certamente, a verdadeira mudança ocorre no presente, tempo de possibilidade de relacionamento com o outro, no qual o sujeito está em contato com seu corpo, sentimento e ação. É no aqui e no agora, que a percepção se faz mais aguçada e a atualização do desejo processa-se como transformação (TEIXEIRA, 2005).

Um dos importantes elementos da desinstitucionalização constitui a Residência Terapêutica no resgate da cidadania. Alguns depoimentos mostram o esforço da equipe em readaptação do usuário e reaprendizado a viver o exercício da cidadania:

“Quando vemos os pacientes aqui que já tiveram trinta anos, quarenta anos de internação, vemos eles aqui fazendo atividades, tem uma casa que é a RT – Residência Terapêutica – muitos que saem dos hospitais vão para a Residência Terapêutica, quando não tem mais a família, quando não tem mais condições de estar com a família, aí eles tem essa casa, que é até legal vocês ... A RT é uma casa que abriga eles. Eles moram lá na RT, a de eterno. Esse é um dispositivo pra poder acolher quem saiu do hospital e está sem referência. Então, a gente ver isso acontecer, dar certo, a gente ver a melhora deles, eles vão pra uma casa que é deles, o movimento da casa, é uma casa, não é um hospital, uma sala de atendimento, não... os enfermeiros são roupa normal, não tem nenhum aspecto de um local que seja um hospital...Eles tem responsabilidade na casa. E tem as pessoas, os profissionais que estão sempre nessa casa, ajudando, dando apoio a eles e suporte nas necessidades que eles tem. Então, eles também vem ao CAPS, muitas vezes, porque aqui que tem as atividades, então eles saem da casa, vem ao CAPS, participam das festas... então quando a gente vê esses que ficaram tantos anos lá, criaram um monte de manias, porque o hospital lá, tanto tempo asilado, cria um monte de manias, né? Eles voltam estranhos, desde pequenos num hospital... aí a gente vê né? O resultado do trabalho em si.” (E4)

“Eu vivo isso, além de ser o responsável pela desins eu coordeno as duas RTs do município. Então são pacientes que já sofreram esse processo de desinstitucionalização, já estavam nos hospitais e que vieram para o município morar, residir em RTs, eu vivo isso cotidianamente, é o meu trabalho aqui no CAPS, não é um trabalho muito fácil.” (E5)

“porque mesmo quando os pacientes vão para a residência terapêutica, ainda está neles aquela coisa da institucionalização. É trabalhar neles também, que eles não estão mais num hospital, resgatar essa coisa do desejo, da vontade deles, é acordar e você ter a noção de que aquela cama que você dormiu precisa estar arrumada, que a casa precisa estar limpa, é um trabalho também com a higiene deles, a mudança é geral. A mudança no paciente, a mudança na família, a mudança na comunidade, a mudança nos profissionais..., mas é um trabalho lindo.” (E5)

“Lá na RT eles estão construindo um campo de intimidade deles, a casa, o convívio cotidiano com o grupo, com os técnicos. Já aqui o trabalho é voltado para a interação social, com oficinas e atendimentos individuais. Lá um campo de intimidade e aqui um campo de interação.” (E9)

Urge criar espaços democráticos, buscar agenciamentos no campo social para uma participação conjunta nas ações de saúde. Não quero dizer que se deva invadir territórios dos outros profissionais, mas demonstrar que as relações no campo da saúde precisam ser de respeito e norteadas por uma ética que valorize a vida e o bem-estar no trabalho (TEIXEIRA, 2005).

“Falta o reconhecimento da importância do CAPS. Tudo se torna desafiador no Brasil.” (E6)

“A gente tem também um problema de material no CAPS também corresponde a uma ineficiência da estrutura do CAPS.” (E7)

Vivemos um momento em que a Reforma Psiquiátrica alcançou o estatuto de política de governo, e dispõe de serviços, o que sensibiliza muitos governantes e faz avançar a rede substitutiva. O avanço na criação dos serviços precisa se fazer acompanhar de um enraizamento da discussão sobre o lugar social da loucura, como estratégia de neutralização do talvez inevitável efeito da institucionalização desta experiência.

Se não nos voltarmos mais uma vez para a sociedade, corremos o risco de novamente reafirmar que a loucura é uma questão técnica, simplesmente, [...] Pública, universal, portanto, cidadã, a clínica antimanicomial opera sobre outro ponto de tensão, impossível de ser negligenciado: a ruptura com a ideia da saúde mental e a recusa a objetivação da loucura, pilares fundamentais do asilo moderno (ABOU-YD; SILVA, 2010, p. 94-95).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desta pesquisa foi alcançada com êxito, ou seja, com este estudo compreendemos que as percepções das equipes de saúde mental dos municípios de Armação dos Búzios e de Cabo Frio, a luz da Fenomenologia de Maurice Merleau Ponty, como as categorias apontam demonstram perceber a desinstitucionalização como um processo de mudança de paradigmas de uma lógica de cuidados hospitalocêntrica, ou seja, pacientes com transtorno mentais enclausurados, medicalizados, sem autonomia, sem voz para uma lógica psicossocial, com cuidado humanizado, com liberdade, com direito a voz. As atividades e oficinas desenvolvidas, como estratégias utilizadas atualmente nos CAPS, são voltadas para a construção da autonomia, convívio familiar e na sociedade.

O estudo mostra que a nova experiência do paciente desinstitucionalizados e inserido no novo modelo, precisa reaprender a viver em grupo, a conviver, uma vez que a existência do sujeito ainda está institucionalizada, mostrando a dimensão expressiva do corpo que ainda vive o modelo “encarcerado”. Cabe acrescentar ainda, a clara percepção quanto ao acolhimento, à afetividade e o ao vínculo sempre presente no atendimento da equipe aos usuários e familiares que procuram o CAPS. Outra percepção revelada como um grande obstáculo para o desenvolvimento da autonomia e do aprender a conviver é o preconceito da sociedade, da família e até mesmo de profissionais da saúde e educação que desconhecem os CAPS e suas atribuições. Além da falta de infraestrutura, profissionais e falta de priorização por parte dos municípios para investimentos. A apreensão da percepção dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico Singular aponta para uma dimensão voltada para a singularidade humana do usuário e de suas potencialidades, denotando um cuidado personalizado.

Com esta pesquisa descrevemos que as percepções de uma equipe de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, onde os profissionais possuem uma atuação interdisciplinar, com formações diferentes, saberes e fazeres específicos, onde existe diálogo, apoio e troca de experiências e comprometimento, promove a construção do trabalho dessa equipe no cotidiano, devido a importância da troca de saberes, opiniões e percepções entre os profissionais, enriquecendo a forma de cuidado aos usuários que buscam o CAPS, na tentativa de aliviar seu sofrimento, além de trazer inovação a assistência, bem como favorecer a troca de experiências, conhecimentos e forma de atuação.

Como limitações a serem consideradas neste estudo, podemos apontar que a pesquisa somente foi realizada em dois CAPS, com os enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, apesar de não ser pretensão do estudo contemplar todas as categorias dos profissionais de saúde.

Recomendam-se, no entanto, novos estudos que possam abranger todos os profissionais envolvidos na equipe dos CAPS, e ampliação para outros cenários da saúde mental.

Constatamos a escassez de produção científica em bases nacionais e internacionais acerca da temática na linha da fenomenologia em saúde mental, e portanto o presente estudo amplia o acervo científico para profissionais, pesquisadores e estudantes da área de saúde.

Assim, este estudo poderá fornecer uma contribuição teórica para os profissionais de saúde mental, assim como incentivar novas pesquisas em saúde mental; Estimular a criação de campanhas que diminuam o preconceito da sociedade, em relação aos pacientes com transtorno mental, tendo em vista que este foi um obstáculo importante revelado nesse estudo. Oferecer subsídios para a fomentação de cursos de capacitação e treinamento na área de saúde mental, além de novos estudos que apontem como os serviços estão sendo desenvolvidos nos novos espaços de tratamento dos usuários com transtorno mental a fim de que outros profissionais possam refletir e recriar novas estratégias para o cuidado psicossocial humanizado.

10 REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M. N.; SILVA, R. A. Hospitalidade noturna na saúde mental: a nossa luta é por delicadeza. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (Org.). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, mai./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/21.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil*. Rio de Janeiro: Geração, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental: 1990-2002*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 17 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012. Seção 1. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-121-25--JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 854, de 22 de agosto de 2012. Alteração na Tabela de Procedimentos do CAPS, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 2012a. Seção 1, p. 54. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

CAPONI, S. Michael Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 95-103, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a15v14n1.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

CAPOZZOLO, A. A. et al. Movimentos de constituição do eixo trabalho em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A. CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 69-123.

CESTARI, M. E. W. et al. Necessidades de cuidados de mulheres infectadas pelo papilomavirus humano: uma abordagem compreensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1082-1087, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n5/07.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

CLOT, Y. *Trabalho e poder de agir*. Tradução de Guilherme João Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: FabreFactum, 2010.

CRISP, N.; CHEN, L. Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 370, n. 10, p. 950-957, mar. 2014. Available from: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1111610>>. Access: 14 mar. 2016.

ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção: Marcos Prado e José Padilha. Rio de Janeiro: Zazen Produções, 2007. 1 DVD.

FERNANDES, M. A. Do cuidado da fenomenologia à fenomenologia do cuidado. In: PEIXOTO, A. J.; HOLANDA, A. F. *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2011. p. 17-32.

FERREIRA, A. O. M.; LIMA, D. V. M. Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 6, n. 8, p. 2001-2003, ago. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/7299/6739>>. Acesso em: 30 maio 2016.

FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, mai./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a04.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: Empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, mai./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v22n2/15.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

FONSECA, T. M. G.; ELGELMAN, S.; PERRONE, C. M. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

GAGNEBIN, J. M. *História e narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva, 2011.

GANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

HIRDES, A. A Reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LOUREIRO, L. Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Referência*, Coimbra, n. 2, p. 21-32, jun. 2006. Disponível em: <<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=17976&code=417872286>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

PAULIN, T; LUZIO, C. A. A psicologia na saúde pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 98-109, 2009. Disponível em: <http://observatoriodasauderj.com.br/wp-content/uploads/2017/05/A_Psicologia_na_Saude_Publica_desafios_p.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2016.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARCONDES, D. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

MATTHEWS, E. *Compreender Merleau-Ponty*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MELLO, R.; FUGUERATO, A.R.F. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 457-464, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a10.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. 5. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2015.

_____. *O Visível e o Invisível*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

_____. *Fenomenologia da percepção*. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 12, n. 4, p. 761-765, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm>. Acesso em: 16 jun. 2016.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

MOUSTAKAS, C. *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks Califórnia: Sage, 1994.

NÓBREGA, T. P. *Merleau-Ponty: o filósofo, o corpo e o mundo de toda a gente*. 2010. <<http://www.saosebastiao.sp.gov.br/ef/pages/Corpo/Habilidades/leituras/m2.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, A. B. F.; ANDRADE, M. A inserção do enfermeiro na promoção da saúde aos usuários de Caps. *Informe-se em promoção da saúde*, Niterói, v. 7, n. 1, p. 13-18, 2011. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaoadasaude/usuarios.caps.2011.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

RANIERI, L.P. A entrevista fenomenológica. In: Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, 4., 2010, São Paulo. *Anais...* São Paulo: [s.n.], 2010. p. 8. Disponível em: <<https://arquivo.sepq.org.br/IV-SIPEQ/Anais/artigos/46.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

SARACENO, B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 232-240, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/03.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

TEIXEIRA, E. R. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 89-95, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a12v14n1.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

TORRE, E. H. G. *A reforma psiquiátrica como empresa social: um estudo sobre a reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental*. 2004. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

VARELA, F.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. *Embodied mind: cognitive science and human experience*. Londres: The MIT Press, 1996.

VIEIRA, P. P. Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. *Revista Aulas*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-21, mar. 2007. Disponível em:

<<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1934>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 593-598, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a12.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Dados de Identificação

Título do Projeto: Percepção Fenomenológica dos Profissionais de Saúde Mental sobre as Práticas Cotidianas e a Desinstitucionalização no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Pesquisadora Responsável: Peggy Liz Mendes de Moraes

Telefone para contato: (22) 998170917.

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade Federal Fluminense – UFF.

Nome do voluntário: _____.

Idade: _____ anos **R.G.:** _____.

Responsável legal (se for o caso): _____.

R.G.: _____.

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: “Percepção Fenomenológica dos Profissionais de Saúde Mental sobre a Desinstitucionalização e as Práticas Cotidianas no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS” de responsabilidade da pesquisadora Peggy Liz Mendes de Moraes. Esta pesquisa faz parte de um dos requisitos para obtenção do grau de Mestre e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense.

As investigações científicas podem contribuir para o conhecimento e a prática profissional dos profissionais de saúde que atuam nos CAPS junto aos usuários que transitam neste cenário. A pesquisa tem por objetivo geral: desvelar a percepção dos profissionais de saúde mental acerca da desinstitucionalização e suas experiências vivenciadas nas práticas cotidianas no contexto do CAPS, através da realização de uma entrevista fenomenológica, guiada por um roteiro de entrevista. Esta será gravada com o auxílio de um gravador, mediante autorização e transcrita na íntegra. Está assegurado o anonimato dos participantes, e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos.

Como participante, estou ciente de que a pesquisa prevê riscos mínimos éticos no sentido que posso sentir-me desconfortável em relatar as percepções do meu trabalho, mas tenho garantido como minimização desse risco a garantia de acolhimento e sigilo, além do direito de interromper a pesquisa em qualquer momento que desejar. Ao participar desta pesquisa, de forma voluntária, colaborarei para o aprimoramento do conhecimento sobre saúde.

Serei atendido quanto a esclarecimentos de dúvidas que surgirem, acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa. Estou livre para voltar atrás com meu consentimento a qualquer momento e a recusar a participação na pesquisa, sem que isto me traga prejuízo. Será mantida a confiabilidade das minhas informações. Obterei informações atualizadas durante a pesquisa e concordo com a divulgação e publicação científica dos resultados do estudo.

Coloco-me a inteira disposição para esclarecer dúvidas acerca dessa pesquisa através do contato com a pesquisadora pessoalmente ou pelo telefone: (22) 99817-0917.

Grata,

Pesquisadora responsável: Peggy Liz Mendes de Moraes

Orientadora: Profª Drª Eliane Ramos Pereira

Coorientadora: Profª Drª Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: Email: etica@vm.uff.br e Tel/fax: (21) 2629-9189.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do participante ou
do seu responsável legal

Assinatura do Pesquisador

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE 2**FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Projeto: **PERCEPÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): VIVÊNCIAS E DESAFIOS DA PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL**

Entrevistado: _____.

Data de Nascimento: ____/____/____. Idade: _____ anos.

Sexo: () Masculino () Feminino () Outro. Qual? _____.

Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outro.

Qual? _____.

Situação Conjugal: () Casado(a)/União livre () Solteiro(a) () Separado(a)/Divorciado(a) () Viúvo(a)

Cor da pele: () Branca () Negra () Parda () Indígena

Período atual na Graduação: () 9º () 10º Turno: () Manhã () Noite

Abordagem utilizada em Psicologia: () Psicanálise () Terapia Cognitivo-Comportamental () Gestalt-Terapia () Fenomenologia-Existencial () Psicologia Analítica () Outra. Qual?

_____.

Estágio Curricular que cursa atualmente: () Clínico () Sócio-Institucional () Ambos

Cursa Estágio Extra-Curricular? () Sim () Não.

() Clínico () Sócio-Institucional Remunerado? () Sim () Não

Tipo de instituição: () Escola () Orfanato () Empresa de RH () Outra.

Qual? _____.

Cursou Estágio Extracurricular? () Sim () Não.

() Clínico () Sócio-Institucional Remunerado? () Sim () Não

Tipo de instituição: () Escola () Orfanato () Empresa de RH () Outra.

Qual? _____.

Possui outra formação acadêmica? () Sim. Qual? _____. () Não

Já cursou Pós-Graduação? () Sim. Em quê? _____. () Não

Ocupação: () Apenas estuda () Trabalha e estuda () Estágio extra-curricularmente ()

Aposentado () Outra. Qual? _____.

Trabalha na área da formação acadêmica anterior? () Sim () Não

Renda Familiar: () 1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos () Acima de 6 salários mínimos

Com quem reside: () Família nuclear (pais e irmãos) () Mora com outros familiares ()

Mora sozinho(a) () Família formada (esposo(a) e filhos) Outro. Com quem? _____.

Espiritualidade/Religião/Crença: () Católica () Espírita/Espiritualista: Qual? _____.

() Evangélica () Espiritualizado sem religião () Ateu () Agnóstico () Outra.

Qual?_____. () Crença. Qual? _____.

APÊNDICE 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 – O que é a desinstitucionalização para você?
- 2 – Como você vivencia a desinstitucionalização na prática?
- 3 – Como você percebe a desinstitucionalização no cuidado aos seus pacientes?
- 4 – Quais as aproximações e distanciamento vivenciados na prática profissional no CAPS em relação às propostas da desinstitucionalização?
- 5 – Quais os atendimentos oferecidos para o cuidado do usuário do CAPS?
- 6 – Que atividades são desenvolvidas no CAPS?
- 7 – Qual a sua percepção em relação às atividades desenvolvidas no CAPS?
- 8 – O que é Projeto Terapêutico Singular? Como você vivencia na prática?
- 9 – Quais atividades externas são realizadas pelo CAPS aos usuários?
- 10 – Como você percebe o cuidado realizado no CAPS?
- 11 – Quais as práticas profissionais no CAPS que você percebe como desafiadoras?
- 12 – Como você avalia a atual situação da Saúde Mental no Brasil e a implementação dos CAPS?
- 13 – Em sua opinião quais são os avanços e desafios na implementação das políticas de desinstitucionalização em seu Município?
- 14 – De acordo com as suas experiências e vivências que sugestões você daria para a melhoria do cuidado no CAPS?
- 15 – Você teria algo a acrescentar?

ANEXO 1



CAPS DR. LEONARDO JORGE DOS SANTOS MACHADO

Ilmo. Sra. Ariadne Mara Costa de Oliveira

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada PERCEPÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E AS PRÁTICAS COTIDIANAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS, a ser realizada no Centro de Atenção Psicossocial Dr Leonardo Jorge dos Santos Machado – CAPS, Cabo Frio, RJ, pela Mestranda Peggy Liz Mendes de Moraes, aluna do Mestrado Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde, da Universidade Federal Fluminense, sob a orientação do *Profa. Dra. Eliane Ramos Pereira*, com o objetivo de compreender as percepções da equipe de saúde mental acerca das experiências e vivências da prática do cuidado no contexto do CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 10 de janeiro de 2017

Peggy Liz Mendes de Moraes
 Peggy Liz Mendes de Moraes
 Pesquisadora do Projeto

Ariadne Mara Costa de Oliveira
 Ariadne Mara Costa de Oliveira - Psicóloga
 Centro de Atenção Psicossocial Dr. Leonardo Jorge dos Santos Machado –
 CAPS II

Psicóloga Ariadne Oliveira
 Saúde Mental/Psicomotricista
 Terapeuta Familiar
 Pessoa Com Deficiência
 CRP 05125335

ANEXO 2



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 Coordenação do Programa Municipal de Saúde Mental

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

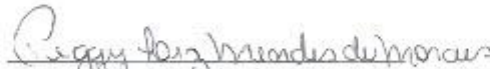
Ilmo. Sr. Eduardo Gomes de Oliveira

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada PERCEPÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E AS PRÁTICAS COTIDIANAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS, a ser realizada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Armação dos Búzios pela Mestranda Peggy Liz Mendes de Moraes, aluna do Mestrado Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde, da Universidade Federal Fluminense, sob a orientação do Profa. Dra. Eliane Ramos Pereira, com o objetivo de compreender as percepções da equipe de saúde mental acerca das experiências e vivências da prática do cuidado no contexto do CAPS. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 10 de janeiro de 2017


 Peggy Liz Mendes de Moraes
 Pesquisadora do Projeto


 Eduardo Gomes de Oliveira
 Coordenador do Programa Municipal de Saúde Mental
 Mat.13399

Eduardo Gomes de Oliveira
 Psicólogo
 CRP 074114/2