

Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários¹

Quality of care in two psychosocial care centers from the perspective of users

Andréa Batista de Andrade

Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil.
E-mail: andrea_andrade@hotmail.com

Maria Lúcia Magalhães Bosi

Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina.
Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, CE, Brasil.
E-mail: malubosi@ufc.br

Resumo

Esta investigação objetivou compreender experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), localizados em Fortaleza, Ceará, no que concerne à qualidade do cuidado conferido pelos profissionais. O estudo foi conduzido mediante uma abordagem qualitativa, alinhada à vertente hermenêutico-crítica, tendo empregado como técnicas para a obtenção do material empírico a entrevista não estruturada e a observação sistemática. O processamento e interpretação do material discursivo evidenciaram três dimensões analíticas relativas ao tema Qualidade do Cuidado, categorizadas conforme segue: a) aspectos formais da assistência; b) humanização e acolhimento; e c) integralidade e clínica ampliada. Os usuários percebem o acolhimento, a ambiência, a boa interação entre profissionais e usuários, o monitoramento medicamentoso e a humanização como os principais elementos que conferem o estatuto de atendimento de qualidade em saúde mental. Conclui-se que, não obstante a presença de entraves, os aspectos da assistência apontados pelos usuários dos dispositivos analisados corroboram os ideais da Reforma Psiquiátrica e sinalizam que a reorientação do modelo de atenção em saúde mental já se capilariza no cotidiano das práticas de cuidado.

Palavras-chave: Qualidade do Cuidado; Saúde Mental; Integralidade; Humanização.

Correspondência

Andréa Batista de Andrade
Rua Rio de Contas, 58, Bairro Candeias, Gabinete 22.
Vitória da Conquista, BA, Brasil. CEP 45029-094

¹ Este artigo é produto da dissertação de mestrado em Saúde Pública Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial, de Andréa Batista de Andrade, desenvolvida na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, em 2012.

Abstract

This research aims to understand the experiences of users in two Psychosocial Care Centers located in the city of Fortaleza, State of Ceará, Brazil, regarding the quality of care provided by professionals. The techniques used to obtain the empirical data were unstructured interview and systematic observation, using a qualitative methodology. Data were analyzed and interpreted from the perspective of Gadamer's critical hermeneutics. The results showed three analytical dimensions of the theme Quality of Care: a) formal aspects of care; b) humanization and welcoming; and c) comprehensive and extended clinic. According to users, the welcoming process, the ambience, a good interaction between professionals and users, the monitoring of medicines and humanization are the main aspects related to the quality of mental health care. We conclude that, despite some obstacles, the aspects of care pointed by users of the two Psychosocial Care Centers corroborate the ideals of the Psychiatric Reform and show that the reorientation of the mental health care model is already present in the daily care practices.

Keywords: Quality of Care; Mental Health; Comprehensiveness; Humanization.

Introdução

O presente artigo versa sobre a qualidade do cuidado em saúde mental no âmbito de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados no Município de Fortaleza, capital do Ceará, região Nordeste do Brasil, tendo como objetivo compreender significados que os usuários atribuem às suas experiências nesses serviços e a maneira como interpretam as práticas assistenciais, de modo a identificar elementos que favoreçam uma assistência de qualidade. Toma-se por base a perspectiva dos próprios usuários, uma vez que eles são os atores centrais no processo de avaliação de serviços e programas e dos efeitos destes em sua saúde e em outras esferas de suas vidas.

O termo *qualidade* é polissêmico e apresenta caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco, compreendendo dimensões objetivas e subjetivas (Uchimura; Bosi, 2002). Nos modelos avaliativos tradicionais, preponderam dimensões passíveis de quantificação, não raro, excluindo os aspectos intersubjetivos do cuidado em saúde e as relações que se processam e produzem impactos diretamente nas práticas. Nesta pesquisa, cujo objeto se volta para o universo simbólico dos atores sociais envolvidos, sobretudo dos usuários a que se destinam as ações de saúde mental, impõe-se ultrapassar a tradição positivista ainda hegemônica nas práticas avaliativas, e incorporar à avaliação da qualidade seus elementos intersubjetivos.

Configura-se, portanto, uma aproximação com o escopo da *avaliação qualitativa da qualidade*, nos termos demarcados pelas autoras Bosi e Uchimura (2007). Não obstante a opção, entendemos que as diferentes dimensões e opções metodológicas correlatas - qualitativa e quantitativa - não são antagônicas ou alternativas, mas complementares (Bosi; Uchimura, 2007), uma vez que ambos os planos, objetivo e subjetivo, correspondem a dimensões inerentes à qualidade do cuidado em saúde mental.

Ressalta-se que os novos serviços de saúde mental visam a suplantam o modelo de atenção asilar mediante a implantação do modelo psicossocial, cuja finalidade é possibilitar a integração dos processos de trabalho, com nítida centralidade no usuário, considerando-se o contexto sociocultural. O cená-

rio das práticas, portanto, deixa de ser o hospital psiquiátrico e passa a ser o conjunto amplo de serviços territoriais abertos, dentre eles o CAPS, onde o organograma e o relacionamento com a clientela são horizontais. Abre-se espaço para a superação de práticas excludentes e desumanizadoras em saúde mental e para a produção do cuidado com diferentes efeitos terapêuticos, incluindo a participação social dos usuários nas práticas de cuidado (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003). Nesse sentido, a incorporação do olhar dos usuários dos dispositivos de saúde mental nos processos avaliativos enseja um passo importante na consolidação de um novo estatuto para a loucura.

A expansão do número de CAPS, principal estratégia da Reforma Psiquiátrica no Brasil, expressa o conjunto de mudanças paradigmáticas nas políticas e na organização dos serviços de saúde mental, marcadas por tensões, avanços e retrocessos. Em Fortaleza, mais especificamente, o número de CAPS expressou ampliação significativa, passando de três unidades, em 2004, para 14 unidades, em 2012. Atualmente, o conjunto dos CAPS instalados na cidade atende a mais de 14 mil pessoas por mês. Com a ampliação do atendimento, o número de profissionais também saltou de 54 para 472 (Fortaleza, 2012). Ante a expressividade dessa expansão, ratificamos a necessidade crescente de avaliações, com a finalidade de conhecer os impactos das ações ofertadas, de modo a indicar caminhos a serem cursados.

Com efeito, a análise dos relatos dos usuários participantes desta pesquisa revelou desafios e potencialidades nos atendimentos prestados nos CAPS estudados, gerando subsídios para contribuir no processo de gestão e possibilitar o aprimoramento dos profissionais e dos serviços prestados. Entendemos ainda que este estudo representa mais um espaço de reflexão sobre as práticas terapêuticas, visando à construção de novas possibilidades no processo de desinstitucionalização e inclusão social no campo da saúde mental.

Metodologia

A escolha da abordagem qualitativa está relacionada à natureza do objeto focalizado, qual seja: os processos simbólicos nas práticas do cuidado em

saúde mental. Cabe ainda assinalar aproximações deste estudo com o âmbito da avaliação qualitativa de serviços e programas de saúde.

O campo desta pesquisa se conformou em dois CAPS Gerais do tipo II, localizados em regionais distintas, selecionados em razão de suas expressividades no cenário de saúde mental em Fortaleza. O CAPS da regional III foi escolhido considerando sua experiência de serviço baseada em contínua reflexão decorrente da parceria estabelecida com uma universidade da região. O CAPS da regional V, por sua vez, foi selecionado por conta do desenvolvimento de suas práticas inovadoras em saúde mental, conforme relatado na literatura (Bosi et al., 2012). Dentre elas está o trabalho em cogestão com um movimento social: o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ).

Destaca-se que essa pesquisa está inserida no macroprojeto intitulado “Qualidade do cuidado e desinstitucionalização em saúde mental: avaliando práticas inovadoras sob a ótica da integralidade e humanização na perspectiva dos atores implicados”, o qual foi analisado e autorizado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) sob o parecer nº 60/09. Salienta-se também que outras publicações ligadas a esse projeto já circulam nas bases bibliográficas (Bosi et al., 2012; Carvalho, Ximenes, Bosi, 2012; Bosi et al., 2011).

As pesquisadoras responsáveis por esse estudo tinham, portanto, vinculação anterior com as instituições incluídas, haja vista terem desenvolvido outras pesquisas no cenário de saúde mental de Fortaleza. Não obstante, houve uma preparação para a inserção no campo da pesquisa em que as pesquisadoras apresentaram a proposta do estudo para gestores, profissionais e usuários.

Ressalta-se que o fato de as pesquisadoras permanecerem constantemente nas instituições, observando e participando das atividades de grupos, favoreceu uma relação de proximidade e confiança com os usuários, facilitando o engajamento dos participantes nas entrevistas. Vale destacar que, ao final da pesquisa, houve um momento de *feedback* dos resultados para os atores envolvidos no estudo, gerando benefícios diretos para as instituições pesquisadas, conforme verbalizado quando da devolução e discussão dos achados.

Para obtenção do material empírico, conjugamos a observação com as entrevistas, dado que o uso exclusivo de entrevistas torna acessíveis as percepções sobre as ações em saúde mental, mas não as próprias práticas em suas circunstâncias naturais, na materialidade em que se processam (Flick, 2009). Elegemos, portanto, a entrevista do tipo não estruturado, cuja flexibilidade facilitou o surgimento de respostas espontâneas.

Ressaltamos que os participantes foram escolhidos não pela sua representatividade estatística, mas pelo acúmulo subjetivo, ou seja, pelas vivências nos serviços que permitissem responder à questão da pesquisa. Foram realizadas 20 entrevistas com usuários do CAPS da regional III e 20 entrevistas com usuários do CAPS da regional V.

Devido ao procedimento de fechamento amostral por saturação, foram utilizadas 31 entrevistas no total. Assim, o número de participantes foi delimitado pelo processo de saturação teórica, segundo o qual, à medida que os dados eram obtidos e/ou analisados, as estruturas de relevância se aprofundavam, respondendo progressivamente aos objetivos delineados apontando certa recorrência e consistência ante as questões em estudo (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

A análise do material empírico orientou-se pela vertente hermenêutico-crítica consoante às propostas de Gadamer, que assume a intersubjetividade na interconexão com a materialidade a que se vincula de maneira dialética. Conforme assinalado por Demo (1995), a hermenêutica gadameriana refere-se à arte de interpretar textos e, sobretudo, à comunicação humana, incluindo os sentidos ocultos e as contradições que emergem dos sujeitos e de seus contextos.

De modo a facilitar a exibição dos resultados, as instituições pesquisadas e os usuários aparecem em termos de códigos. O CAPS da regional III passa a denominar-se CAPS3 e o CAPS da regional V passa a designar-se CAPS5. Os usuários do CAPS3 são chamados, respectivamente, por 3A, 3B e assim por diante. Já os usuários do CAPS5 são nomeados, respectivamente, por 5A, 5B e assim por diante. Tal procedimento visa a preservar o anonimato dos informantes, esclarecendo, entretanto, sua vinculação institucional aos espaços estudados. O macrotema “Qualidade do Cuidado” evidenciou três dimensões de análise: a) aspectos formais da assistência; b)

humanização e acolhimento; e c) integralidade e clínica ampliada.

Resultados e discussão

Aspectos formais da assistência

Os aspectos formais da atenção em saúde mental emergiram de modo expressivo nos relatos, referindo-se, por exemplo, a medicamentos, estrutura física e quantidade de profissionais para suprir as demandas dos CAPS. A prescrição do medicamento adequado foi lembrada diversas vezes por usuários dos distintos CAPS como uma questão importante para a qualidade do cuidado, uma vez que os efeitos colaterais dos psicofármacos os afetavam cotidianamente de modo significativo.

Como grande parte das medicações alotrópicas, os psicofármacos têm efeitos diversos no organismo. Do mesmo modo que amenizam os sintomas e previnem novas crises, desencadeiam reações adversas, tais como: dor de cabeça, tonturas, náuseas, queimação no estômago, aumento de peso, inibição sexual, sonolência, dentre tantos outros. Os efeitos variam de acordo com a composição química da medicação e das reações do organismo de cada usuário. Tais efeitos tendem a ser mais acentuados no início do tratamento, atenuando-se ou desaparecendo no decorrer do tempo (Lotufo Neto et al., 1995).

Um usuário do CAPS5 relata sua experiência no hospital psiquiátrico em que precisou tomar um psicofármaco durante o período de dois anos, o que lhe causava vários desconfortos:

Eu tomei um remédio durante dois anos no hospital psiquiátrico, e o remédio nada de me fazer bem, era dor de cabeça, dor de barriga, isso era frequente todo dia. Aí, quando eu ia falar com o médico de lá pra mudar o remédio, ele dizia: “Olha, futuramente você vai ficar tomando só esse mesmo”. Aí, que ânimo eu ia ter de viver? No atendimento de qualidade, tem que passar o remédio adequado, que nem o doutor daqui do CAPS faz. (5H)

O discurso de 5H evidencia que o esquema prescrito não foi revisto pelo psiquiatra para a devida adequação ou detecção de problemas, não levando em consideração a resposta do usuário à terapêutica uti-

lizada. Ressalta-se que o ato prescritivo deve ocorrer mediante uma comunicação aberta e flexível entre a equipe multiprofissional, os usuários e seus familiares cuidadores, de modo a escutá-los e orientá-los quanto aos objetivos da terapêutica, efeitos esperados, reações adversas e cuidados na administração do medicamento (Coren-SP; Rebraen-SP, 2011).

Faz-se necessário superar os limites da clínica tradicional em busca de uma prática que valorize as relações intersubjetivas na produção do cuidado, visto que tal processo deve sempre pressupor uma relação entre sujeitos (Carvalho; Cunha, 2006) mediante a qual o projeto terapêutico deve ser negociado, rompendo a clássica relação médico-paciente.

A utilização do medicamento adequado foi comentada, igualmente, por usuários dos diferentes CAPS. A entrevistada 3B evidencia que um atendimento de qualidade está relacionado à assertividade da sua psiquiatra quanto à indicação correta do psicofármaco:

A Dra. Y [psiquiatra] demorou um pouco pra encontrar o medicamento correto. Foi difícil demais, porque tudo de medicamento que ela tentava me dava muito sono, perdia um pouco minha memória, mas aí ela foi diminuindo as dosagens e perguntando como eu tava, e encontrou o medicamento certo. Muito boa ela, por que acertou meu medicamento, né? (3B)

O depoimento de 3B indica que, mesmo sentindo o incômodo referente aos efeitos colaterais do psicofármaco, a usuária não desistiu de aderir ao tratamento medicamentoso, visto que o monitoramento contínuo e a comunicação aberta entre ela e a psiquiatra facilitaram a prescrição mais adequada do remédio e das dosagens.

Um estudo realizado sobre o uso de psicofármacos em pacientes diagnosticados com esquizofrenia em um serviço ambulatorial pertencente a um hospital geral, os resultados apontaram que apenas 35,7% aderem ao tratamento medicamentoso e 64,3% não aderem ao uso da medicação, sendo 35,7% não aderentes por comportamento intencional (Nicolino et al., 2011). A referida pesquisa evidenciou haver muitos pacientes que abandonam o tratamento por vivenciarem os efeitos colaterais dos medicamentos, já que avaliaram os aspectos negativos como mais

significativos do que a melhora sintomatológica do transtorno. O estudo retrocitado ainda apontou que, dentre os obstáculos percebidos pelos pacientes para o prosseguimento da terapêutica medicamentosa, destaca-se a sua falta de iniciativa em questionar os profissionais a esse respeito. Tal constatação reflete um traço central no modelo biomédico de atenção à saúde, no qual a supremacia profissional instituiu uma relação verticalizada com seus pacientes, não havendo lugar para questionamentos e coparticipação dos usuários na definição da proposta terapêutica (Nicolino et al., 2011).

No que se refere aos aspectos estruturais, diversos usuários do CAPS5 demonstraram descontentamento ante a falta de medicação, recursos humanos e salas de atendimento:

Aqui tem umas dificuldades, porque falta remédio, falta médico, até mesmo falta sala, porque, às vezes, eles atendiam do lado de fora, porque não tem sala suficiente. Estou com pena do meu bolso, por que os três medicamentos que eu tomo são 50 reais e quando não têm no CAPS, tenho que comprar, né? (5J)

Percebe-se que a carência de profissionais e de salas para atendimento expressa um entrave no acesso aos serviços de saúde mental no CAPS5 e diminui a qualidade da assistência prestada, sobretudo, se considerarmos a sinergia entre estrutura e processo. A falta de fornecimento de medicação pode ainda afetar o orçamento financeiro do usuário e de sua família, visto que os medicamentos antipsicóticos e antidepressivos têm custos elevados (Kantorski et al., 2011a).

Quanto à organização dos serviços, depoimentos pontuais de uma usuária do CAPS5 e de um usuário do CAPS3 ilustram o fato de o atendimento de qualidade estar associado à presteza na espera por atendimento individual e à assiduidade do profissional:

O atendimento de qualidade é quando a gente é atendida num instante. Assim que eu chego, ainda demora um pedacinho pra me atenderem, porque tem muita gente. (5M)

O atendimento de qualidade é você chegar no lugar e ser logo atendido. O profissional que não falta também é importante, por que, às vezes, a gente vem de tão longe e o médico falta. (3M)

Os relatos dos usuários refletem o sistema de entrega de senhas por ordem de chegada que, somado ao grande número de pacientes que buscam atendimento, gera um tempo de espera na sala de recepção. Tal sistema acontece nos dois dispositivos de cuidado. Na tentativa de acolher os usuários, minimizar o ócio da espera e melhorar a organização dos serviços, o CAPS5 realiza a “Acolhida CAPS”, onde os usuários e familiares são recebidos e, em seguida, são direcionados para suas respectivas modalidades de atendimento. No CAPS3, existe o serviço de “Sala de Espera”, que tem basicamente os mesmos objetivos. Neste espaço, há também a divulgação de eventos e ações comunitárias do território para usuários e familiares.

No tocante à ambiência presente na estrutura do local, os usuários do CAPS5 e do CAPS3 descreveram, de maneira evocativa, que o ambiente é bem cuidado, gerando bem-estar e humanização nos frequentadores. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), todo CAPS deve constituir-se de um ambiente terapêutico, onde a estrutura física das instalações possa ajudar no tratamento dos usuários. Observamos, em campo, que os usuários buscam manter o ambiente limpo e organizado, evitando sujar as paredes ou degradar os recursos materiais utilizados nas atividades das distintas instituições. Isto se dá devido ao sentimento de pertença que é estimulado pelos profissionais da instituição.

Sobre a ambiência, 5M acentua que se sente bem no CAPS5 em razão do contato direto com as plantas que ficam no interior do local. Já 3N relata que o CAPS3 é limpo e acrescenta que as paredes pintadas, os quadros expostos e a oferta de chá tornam o ambiente do CAPS agradável:

Eu acho esse CAPS muito florido, cheio de planta, muito verdinho. Acho bom por que eu gosto de planta. Eu me sinto bem aqui. (5M)

O clima do CAPS é agradável, um ambiente limpo, bonito, pintado. Eu acho muito lindo esses quadros, eu gosto muito dessas coisas. Até o chá que eles dão aqui é tão bom que eu to começando a fazer na minha casa também. (3N)

Consoante Kantorski et al. (2011b), a ambiência refere-se à assistência produzida em espaço físico

entendido como um espaço social e de relações interpessoais que proporcione cuidado acolhedor e humanizado. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica e formal dos ambientes, revelando-se como produtora de processos subjetivos importantes no cuidado, destacando-se aspectos como conforto, privacidade e atenção à singularidade dos atores sociais envolvidos. A valorização do ambiente garante assim um maior bem-estar aos usuários e trabalhadores e possibilita construções intersubjetivas potencialmente decisivas no processo do cuidado em saúde mental.

Humanização e acolhimento

Conforme será visto neste tópico, a humanização e o acolhimento foram reverenciados frequentemente pelos usuários quando se trata de suas percepções acerca da qualidade do atendimento. Entende-se por acolhimento um dispositivo tecnológico que acontece na micropolítica das relações nos diferentes momentos do trabalho de um serviço de saúde (Merhy, 2002). A manifestação do acolhimento, como dimensão da humanização, é relatada por usuários do CAPS5 como atitude de respeito, escuta e olhar do profissional que os recebe e atende. Os pacientes do CAPS3 reiteram a importância da humanização como quesito para garantir a qualidade do atendimento:

Na verdade, atendimento de qualidade é aquele que trata a gente bem, que recebe a gente bem, que trata com respeito, ouve o que a gente tem a dizer. (5A)

Pra mim, atendimento de qualidade começa na portaria, na recepção. Qualidade é ser bem recebida como sou, é a atitude de respeito dos profissionais com os pacientes. Isso é o mais importante. Não adianta você ir pra uma consulta só pra pegar a receita e o médico não olhar pra sua cara. Primeiro, é saber ouvir a paciente, né? [...] Eu presto atenção em tudo, até no olhar da pessoa. (3A)

O acolhimento é consolidado mediante atitudes evidenciadas, no caso em tela, nas relações intersubjetivas diariamente estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços. Longe de representar uma abstração, o acolhimento se traduz no cotidiano, mediante gestos simples como a forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam os

usuários pelo nome, orientam sobre procedimentos a serem realizados por meio de uma linguagem acessível, escutam e valorizam os relatos dos usuários, dentre tantas outras atitudes humanizadas, passíveis de serem adotadas, consoante a ética da alteridade (Carvalho; Freire; Bosi, 2009).

Para alguns usuários do CAPS5, a escuta e a atenção incluem o atendimento mais imediato nas situações às quais o usuário confere certa urgência. A entrevistada 5D afirma ter sido recebida em momento de crise e valoriza este acolhimento como aspecto importante da qualidade do serviço:

Eu fui acolhida muito bem aqui. [...] A qualidade maior daqui é porque eles (os profissionais) sabem lidar com a situação, com a crise da gente quando a gente precisa. (5D)

De acordo com Nicácio e Campos (2004), a atenção ao usuário e à família em situação de crise contribui para a desinstitucionalização do circuito psiquiátrico nos níveis prático e discursivo. O Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p. 17) reitera o que afirmam esses autores ao afirmar que “o sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as interações”. A crise, representada por diferentes modos de sofrimento psíquico, exige acesso, intervenções complexas, trabalho territorial e redes de suporte (Nicácio; Campos, 2004).

Consoante Simon (1989), a crise é uma situação inesperada que produz uma ruptura na vida do indivíduo, visto que este precisa acionar seus mecanismos adaptativos para lidar com uma situação por vezes inédita e sempre desafiadora. Ela pode ser desencadeada por perda (doenças incapacitantes, separações) ou por aquisição (a chegada de um filho não desejado, a promoção de um emprego), acometendo, inclusive, pessoas não portadoras de transtornos mentais, uma vez que determinadas circunstâncias levam algumas pessoas aos seus limites de resiliência. Nesse sentido, a utilização de estratégias de intervenção nas situações de crise pode evitar o aparecimento ou a cronificação de transtornos mentais.

A crise também pode ser entendida como uma emergência psiquiátrica. Neste caso, são pessoas

que, geralmente, já possuem histórico de transtornos mentais e, diante de uma determinada situação, passam a expressar a agudez dos sintomas psicopatológicos. Nessas situações, é necessário que o CAPS tenha estrutura para receber o usuário em crise, e que uma equipe interdisciplinar esteja capacitada para realizar os procedimentos adequados. Assim sendo, acreditamos que o CAPS precisa estar instrumentalizado para acolher o usuário nos dois tipos de crise: contextual ou psiquiátrica, atuando de maneira preventiva ou paliativa/medicalizante, dependendo do caso.

Com vistas a realizar atendimentos em situações de crises contextuais e minimizar as filas de espera, o CAPS5 conta com o Plantão Psicossocial. Para usufruir deste serviço, não é necessário marcar consulta, bastando apenas recorrer ao CAPS5 no seu horário de funcionamento, onde profissionais de saúde se revezam para realizar atendimentos de plantão. Conforme observado em campo, os usuários já cadastrados no CAPS5, e que recorrem à instituição em situação de crise psiquiátrica, têm a equipe articulada para recebê-lo. São realizadas algumas medidas de rotina, como o atendimento ao acompanhante, a aplicação de medicação de urgência no usuário e diálogo posterior ao período de crise. Se o usuário não apresentar melhora, o SAMU é acionado para direcioná-lo para internação em hospital psiquiátrico.

No caso do CAPS3, não há o Plantão Psicossocial, mas a instituição segue uma filosofia de acolhimento por meio da qual todas as pessoas que recorrem ao CAPS sejam acolhidas pelo profissional que estiver disponível no local. De acordo com o Relatório Quantitativo do CAPS3, 6.746 pessoas foram acolhidas na instituição e 231 usuários passaram por uma avaliação multidisciplinar para adentrar os serviços do CAPS3 no ano de 2011. Quando a crise psiquiátrica acontece no CAPS3, o usuário é acolhido e medicado no leito do consultório da Enfermagem, sendo, em último caso, solicitada uma ambulância do SAMU para direcionar o usuário ao hospital psiquiátrico.

Conforme relatado por usuários do CAPS5 e do CAPS3, a humanização também se apresenta na necessidade de ter maior tempo com o profissional de saúde, visto que a atenção e o diálogo pressupõem disponibilidade tempo:

O atendimento de qualidade é quando o médico dá atenção, quando tem um tempo maior pra escutar o paciente. Eu entendo que, às vezes, não é má vontade do médico, por que tem muita gente pra atender e ele acaba fazendo um atendimento curto, mas eu prefiro quando tem mais tempo. (5N)

A minha consulta com o médico é muito rápida. E eu preciso de tempo pra conversar, porque eu tenho muitos problemas. (3J)

Sobre o tempo, vale ressaltar que sua vivência é ôntica e ontológica (Heidegger, 2006), ou seja, o usuário experimenta um tempo cronológico, situado no espaço, em que é possível precisar a quantidade de minutos que permanece com o profissional na sala de atendimento; entretanto, existe o tempo demarcado pela experiência vivida e compartilhada entre profissional e usuário que permite a implicação e a construção de sentidos na relação, de modo singular. Isso significa que, além do aspecto quantitativo, existe uma dimensão qualitativa do tempo, em que o usuário pode se sentir contemplado nas suas necessidades em pouco tempo de atendimento, e insuficientemente compreendido, mesmo dispondo de largo tempo cronometrado.

No campo da saúde e, em especial no âmbito da saúde mental, o tempo disponibilizado, em seus aspectos quantitativos e qualitativos, é necessário para que o processo terapêutico permita *insights*, ressignificação e elaboração de sentidos no cuidado. O relato de 5P corrobora este entendimento, ao afirmar que necessita de um tempo maior para identificar as causas de seu sofrimento psíquico:

Eu acho que os profissionais só deveriam ter mais tempo com a gente. Hoje, no CAPS, a gente não tem muito tempo pra falar o que pensa. E a gente precisa de tempo pra falar, pra tirar as dúvidas, pra descobrir a raiz da doença, o que é que tá causando, por que a cada dia eu vou descobrindo o motivo de eu estar assim, entendeu? (5P)

No que se refere ao tempo ôntico/cronológico, é importante destacar alguns desafios que impedem o profissional de dedicar mais tempo de atendimento a cada usuário no atual sistema público de saúde. A ênfase na produtividade e a sobrecarga de trabalho, por exemplo, desmotivam e impossibilitam, por vezes,

um atendimento duradouro e interativo, tornando desumanas as próprias condições de trabalho do profissional cuidador (Lacaz; Sato, 2006).

Sabe-se que o cuidado em saúde mental tem como característica inerente do seu processo o desenvolvimento de práticas singulares, baseadas na construção do vínculo com a família do usuário e sua comunidade, criando estratégias interventivas no território. Nesse sentido, a insuficiência de profissionais associada ao produtivismo nos dispositivos CAPS, mais que um entrave pode ser um impeditivo do próprio processo de territorialização e articulações intersetoriais. O investimento adequado em recursos materiais e, principalmente, em recursos humanos, é dimensão estrutural fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

No CAPS3, há uma demanda muito elevada pelo fato de este ser o primeiro CAPS de Fortaleza, onde muitos usuários de outras regionais e até de outros municípios adjacentes continuam sendo atendidos. Ante tal realidade, alguns profissionais do CAPS3 estão realizando nítidos esforços de matriciamento na sua área de abrangência, identificando os usuários de outras regionais e encaminhando-os para outros CAPS de modo responsável, considerando suas resistências e os vínculos estabelecidos. Esse processo começou a acontecer em 2006, uma vez que o CAPS3 passou a se organizar e a se estruturar melhor, após a ampliação deste serviço no município de Fortaleza.

Sobre esse processo de matriciamento e encaminhamentos de usuários para outros dispositivos de saúde, foi observada, durante uma atividade intitulada “Acolhida CAPS”, uma intervenção iatrogênica no CAPS5. A profissional que facilitou esse encontro avisou o grupo que muitos pacientes seriam desligados da instituição, haja vista a carência de psiquiatras e o número grande de pacientes inscritos com transtornos mentais leves, o que se contrapõe à proposta do CAPS de receber apenas pacientes com transtornos graves e persistentes. A fala proferida pela facilitadora, imediatamente, provocou apreensão no grupo de usuários que estava presente, reverberando horas depois na entrevista realizada com 5A:

Eu espero que eu continue recebendo atendimento aqui porque ela (assistente social) disse que ia tirar a gente, que ia colocar pra outro canto quem não

tem transtornos graves. Eu não queria isso e nem quero. Eu tenho síndrome do pânico e espero que eu não seja uma dessas pessoas que vai sair daqui. E eu quero ficar boa, né? (5A)

O relato de 5A assinala a importância de os CAPS realizarem encaminhamentos interinstitucionais de forma cuidadosa para garantir a continuidade e o acesso aos serviços de saúde mental, visto que a humanização é uma interface do acolhimento e do acesso. A humanização está ainda relacionada à adesão ao tratamento proposto. Para Carvalho e Cunha (2006), congregar os aspectos subjetivos dos usuários ao projeto terapêutico aumenta a resolubilidade do serviço, a adesão ao tratamento e gera maiores responsabilidades na produção do cuidado. Tal perspectiva é corroborada pelas usuárias 3A e 5B:

Então, se eu sou mal tratada, eu não vou mais ali naquela unidade! Se você está me vendo aqui é por que eu sou bem tratada. (3A)

Eu fui bem tratada aqui, eu gostei do ambiente, eles [profissionais] falam direito com a gente, não é ignorante. Isso faz com que a gente continue vindo pra cá. (5B)

Ante o exposto, reconhecemos que a humanização em saúde mental está intimamente relacionada à atitude dos profissionais de saúde. A escuta, o olhar, o respeito e o diálogo foram os aspectos mais apontados pelos usuários dos dois dispositivos em questão, e foi observado que eles afetam, inclusive, a adesão e a continuidade do tratamento. O acolhimento, o acesso, o tempo disponibilizado nas consultas individual e grupal e os atendimentos imediatos em situações de crise também foram pontos levantados pelos usuários como quesitos importantes da qualidade da atenção.

Integralidade e clínica ampliada

As expressões da integralidade e da estratégia da clínica ampliada nas práticas de saúde perpassaram alguns dos relatos dos usuários que participaram desta pesquisa, o que pôde ser legitimado nas observações de campo. A percepção de um trabalho interdisciplinar nas atividades grupais constituiu a maior parte dos discursos dos usuários no que concerne a uma atenção integral. Percebemos, por

intermédio de 3B, que o acompanhamento psicológico e as atividades artísticas e laborais, desenvolvidas por profissionais de diferentes áreas, contribuem para um cuidado interdisciplinar no CAPS3:

Eu comecei aqui fazendo terapia psicológica de conversação com a Dra. X (Assistente social) e a Dra. Y (psicóloga), e isso me ajuda a desabafar. Aí fiz relaxamento e depois providenciaram pra mim a terapia musical. [...] Participei também do grupo de artes plásticas, eu adoro fazer desenho e atividades manuais. Então assim, né? São várias atividades com profissionais diferentes que ajudam o tratamento da gente. (3B)

A interdisciplinaridade na saúde não consiste em reduzir os conhecimentos e técnicas a um denominador comum, assolando sua especificidade, nem dissolver conteúdos em práticas esvaziadas que nada explicam ou resolvem. Na verdade, a proposta interdisciplinar deve ser uma intercessora que possibilite a compreensão do sujeito que sofre mediante a cooperação crítica e criativa consensualmente construída entre os profissionais, a fim de alcançar um objetivo comum. No campo da saúde mental, o novo paradigma da atenção psicossocial apresenta a interdisciplinaridade como exigência, ao apoiar seus fundamentos na horizontalização das relações dos profissionais entre si e dos profissionais com os usuários (Tavares, 2005).

Conforme detectamos nas observações de campo, profissionais de diferentes áreas do CAPS5 e do CAPS3 desenvolveram práticas interdisciplinares em dupla para facilitar grupos terapêuticos semanalmente, com exceção da categoria médica, que realizava exclusivamente consultas individuais. Ressaltamos também o fato de que os profissionais dos distintos CAPS se reuniam uma vez por semana para discutir os casos clínicos, metodologias de ação e dificuldades enfrentadas no cotidiano das práticas, promovendo um olhar mais interdisciplinar e ampliado das ações.

Chama-nos atenção o depoimento de 3F, que consegue distinguir as especificidades das ações e dos conhecimentos de diferentes profissionais, reconhecendo igualmente a importância da integração desses profissionais no processo do cuidado:

Eu participei do “Canta CAPS” com a Dra. X, enfermeira. A gente tinha aula de música, tocava instrumento, fazia peça de teatro, muito interessante, muito bom. [...] Tinha outro grupo que a gente fazia uma roda, se alongava e cada um contava o seu depoimento, sua história. Muito interessante porque a gente trocava experiências, isso é importante. O bom é que são profissionais diferentes, que têm aquele cuidado, aquela atenção toda, e cada um tem um modo diferente de trabalhar, um conhecimento diferente. (3F)

O trecho deste relato sugere a manifestação da clínica ampliada no serviço de saúde mental em questão. A clínica ampliada refere-se à utilização de saberes e práticas de saúde contextualizados socioculturalmente e instrumentalizados pela técnica para dar respostas singulares às demandas de saúde, com nítido apelo à intersubjetividade das ações (Favoreto, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde, a clínica ampliada utiliza, como meios de trabalho, a integração da equipe multiprofissional, a formação de vínculo, a elaboração do projeto terapêutico conforme a necessidade que cada caso requeira e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença na tentativa de consolidar o princípio da integralidade (Brasil, 2009).

Neste aspecto, a clínica ampliada busca uma negociação simbólica entre seus diversos atores sociais, na tentativa de garantir a integralidade nas práticas de saúde, além de possibilitar a participação e a autonomia daquele que sofre. No relato de 5L, é possível perceber a oferta diversificada de atividades no CAPS5 e como a usuária acredita que vários profissionais têm entendimento da sua demanda e das suas necessidades:

Participo da horta, do grupo da expressão corporal e eu me sinto muito bem aqui. Gosto muito daqui. Aqui tem muitas coisas boas pra oferecer pros pacientes, participar das atividades, a psicóloga pergunta como é que a gente tá. Aí tudo vai pro prontuário da pessoa e eles [profissionais] sabem do que eu to precisando. O médico pergunta se a gente tá tomando o remédio, se a gente tá se sentindo bem. Aí são vários profissionais, né? (5L)

Outro usuário do CAPS5 confere relevo ao aprendizado constituído com os variados profissionais de saúde, incluindo os benefícios de ordem biológica, psíquica e espiritual advindos das atividades de grupo:

Todos os grupos são importantes, faz parte do aprendizado, do tratamento. Cada dia que passa, a pessoa vai vivendo e aprendendo um pouco com todos os profissionais. No coral, eu aprendo a exercitar a voz. [...] No grupo de expressão corporal, você exercita a mente, é bom pro corpo, é bom pra alma, é bom pra tudo. (5H)

Consoante Tavares (2005), o trabalho em saúde mental evoca a interdisciplinaridade como imperativo inerente ao seu campo de atuação, porquanto os usuários demandam simultaneamente questões atreladas às relações sociais, às expressões emocionais, afetivas e biológicas. Nesse sentido, torna-se necessário que o profissional possa formar vínculos, acolher o sofrimento, constituir uma prática criativa e solidária e saber transitar por uma contingência complexa e multidimensional em prol da reabilitação psicossocial de seus pacientes.

A reabilitação psicossocial é um dispositivo importante no processo da Reforma Psiquiátrica, que visa à reinserção social e à autonomia dos usuários por meio da facilitação de suas potencialidades e do respeito aos limites impostos pelo sofrimento psíquico grave. Trata-se de facilitar espaços e novos sentidos para reaver o protagonismo e a cidadania dos usuários (Pinto; Ferreira, 2010).

Sobre o processo de reabilitação psicossocial, uma usuária do CAPS5 relata sua participação no grupo produtivo, de modo a profissionalizá-la e inseri-la no mercado de trabalho:

Minha irmã procurou esse CAPS pra mim por que eu só vivia internada no hospital psiquiátrico. Eu comecei a fazer aqui artesanato, porque ela [terapeuta ocupacional] ensina a gente, né? A gente marca o paninho com o risco de um copo. Aí costura, e a gente faz tipo uma florzinha, uma bolinha, pra depois emendar. Eu passo o dia fazendo isso, pra ajudar lá em casa, eu também vendo. Eu faço cortina, toalha de mesa. (5M)

Durante as observações de campo, constatamos também que alguns usuários estavam empregados

com carteira assinada em uma empresa parceira do CAPS3. Já no CAPS5 foi observado que pinturas em quadro e artesanato desenvolvidos por usuários com recursos da instituição já foram expostos à venda na Casa de Aprendizagem, em feiras e em alguns eventos promovidos pelo CAPS e pelo MSMCBJ. Os esforços das referidas instituições para a reinserção social coadunam-se com a ideia de que a pessoa é um ser integral e deve ser atendida por um sistema igualmente integrado, reconhecendo a importância de seu retorno ao meio social e laboral.

Tal perspectiva de integralidade, que se contrapõe à objetivação do sujeito, ressoa no discurso dos entrevistados. O relato de 3B assinala que os profissionais são capazes de enxergá-la como ser humano, para além de um objeto de intervenção medicamentosa:

Mesmo sendo profissionais, eles conseguem ver a gente como ser humano, e não apenas um paciente que você vai encher de medicamento. (3B)

A coisificação do sujeito e sua redução a sintomas e à doença, são aspectos que ainda persistem nos cenários de saúde como um dos desafios a serem superados. Portanto, o relato de 3B nos leva a crer que as mudanças no campo da saúde mental já começam a transitar não apenas no plano estrutural, mas também no esteio discursivo e das interações sociais.

Sabemos que, além do reducionismo biológico, a lógica de repetidos encaminhamentos, desprovidos de acolhimento e resolubilidade, fere intensamente o princípio da integralidade, visto que exige a responsabilidade do serviço de garantir o acesso e a continuidade do cuidado na rede. O excerto abaixo evidencia que, no CAPS3, tal realidade não acontece:

Tem profissional que nem liga, que fica passando o paciente pra outro profissional, que encaminha pra outro, depois pra outro e não resolve nada. Aqui no CAPS é diferente. (3J)

A responsabilidade compartilhada entre os profissionais da equipe interdisciplinar e a corresponsabilidade do cuidado com os próprios usuários é um dos principais compromissos do CAPS para a efetivação da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (Brasil, 2004). Assim sendo, a política da integralidade e da humanização do

cuidado em saúde precisa ser uma ferramenta de transferência de um poder centralizado para um poder compartilhado, no qual profissionais, usuários e gestores possam sustentar e integrar a prevenção e a assistência em saúde mental (Reis; Marazina; Gallo, 2004).

No que tange à integralidade nos modos de organizar os serviços de saúde na perspectiva da intersetorialidade e do funcionamento em rede, as observações de campo evidenciam que a cogestão entre o CAPS5 e o movimento comunitário facilita a comunicação interinstitucional entre os profissionais da saúde mental e os trabalhadores do movimento que desenvolvem projetos relacionados à educação, à cultura e à profissionalização, potencializando ações intersetoriais.

Esta realidade permite que usuários do CAPS5 possam participar igualmente das atividades oferecidas pelo movimento, tais como: Telecentro Comunitário do Bom Jardim (atividades de inclusão digital e social por meio do uso das tecnologias da informação e comunicação); Ponto de Cultura Casa AME (espaço de lazer e cultura que proporciona Arte, Música e Espetáculo), dentre outras. Acrescenta-se que os profissionais do movimento são capacitados e treinados para se relacionarem com usuários com transtornos mentais.

Conforme observado, os profissionais do CAPS5 encontram-se mensalmente com trabalhadores de outras instituições da área da Saúde e da Assistência Social. Cada mês, um profissional fica responsável por essa articulação. A intersetorialidade no CAPS3, por sua vez, é percebida em algumas interfaces com a educação, com a Promotora em Defesa da Saúde Pública e da Justiça, com empresas parceiras que contratam usuários e com o setor da assistência social. A COOPCAP, por exemplo, é uma cooperativa de usuários do CAPS3 que receberam formação em cooperativismo pela incubadora da UFC e que funciona na perspectiva de inclusão produtiva. Há também uma fábrica de reciclagem de papel e de garrafas PET que capacita alguns usuários do CAPS3 e os contrata posteriormente.

A expressão da integralidade na relação entre o CAPS e a atenção básica pôde ser percebida mediante o apoio matricial. Conforme observado, existem seis equipes formadas com profissionais

dos CAPS localizados na regional III que dão cobertura mensal às 16 unidades de saúde ali situadas. Trata-se de uma corresponsabilidade sanitária em que profissionais atuam em 100% das unidades de saúde da regional III para dar apoio e suporte em saúde mental. Já no CAPS5 a articulação com a atenção básica na regional V apresenta algumas dificuldades no que concerne ao apoio matricial. A regional V conta atualmente com 20 unidades de saúde, mas apenas a metade se articula com os CAPS. Formaram-se duas equipes oriundas do CAPS5 e do CAPSad da regional V que visitam mensalmente as unidades de saúde.

Ressaltamos que a integração entre CAPS e atenção básica é fundamental para que se registrem o acompanhamento e o agenciamento do usuário e sua família na rede (Bezerra; Dimenstein, 2008). Isso permite o reforço da articulação no modelo integrado, aspecto fundamental para a concretização de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. A garantia da integralidade no nível organizacional em saúde mental inibe o desejo de manicômio presente na sociedade, visto que a crise consegue ser conduzida na rede (Nicácio; Campos, 2004).

Considerações finais

Conforme evidenciado nos discursos dos usuários, as características objetivas e materiais do cuidado estiveram, frequentemente, tangenciadas pelas dimensões simbólicas e interativas da assistência. Concomitantemente, as relações intersubjetivas estabelecidas entre profissionais e usuários revelaram uma articulação necessária com os aspectos formais do cuidado. Esta constatação revela a complexidade do cuidado em saúde mental, cuja operacionalização implica o uso dos três níveis tecnológicos da atenção em saúde, conferindo destaque à valorização do protagonismo dos usuários no processo.

Sobre os aspectos formais do cuidado, a prescrição do medicamento adequado emergiu como um importante critério para um atendimento de qualidade nos dois CAPS, considerando que a competência técnica e a boa comunicação entre profissionais e usuários ajudam a garantir o seu uso responsável. No que se refere ao fornecimento de medicamentos, ao número de salas de atendi-

mentos e à quantidade de psiquiatras contratados, os usuários do CAPS da regional V julgaram estes recursos insuficientes para atender às demandas vigentes; os usuários do CAPS da regional III não mencionaram nada a esse respeito.

No tocante à micropolítica da produção do cuidado, a humanização foi um aspecto reverenciado repetidas vezes pelos usuários como dimensão que se expressa nas práticas dos CAPS, por meio de atitudes pautadas na ética, no diálogo, na escuta, no olhar, na atenção e na empatia. O acesso, a acessibilidade e o acolhimento em crise também foram aspectos intrinsecamente relacionados à humanização do cuidado em saúde mental, de acordo com os usuários. A questão do tempo dispensado pelos profissionais nas consultas individuais e grupais foi algo bastante questionado em seus aspectos ônticos e ontológicos, caminhando na direção contrária da lógica da produtividade ainda hegemônica na atualidade.

As expressões da integralidade e da estratégia da clínica ampliada fizeram-se presentes em diversos depoimentos que puderam ser corroborados por intermédio das observações de campo, em que foi possível perceber o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e intersetoriais nos dispositivos explorados nesta pesquisa. Destaca-se a articulação do CAPS da regional III com a atenção básica do território adstrito, na qual foi possível perceber a mobilização dos profissionais no incremento do apoio matricial. É interessante lembrar também que a cogestão entre o CAPS da regional V e o movimento comunitário potencializou ações intersetoriais.

À guisa de conclusão, consoante o solo hermenêutico que a inspira, esta investigação não pretende se configurar como verdade absoluta acerca das práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPS estudados, mas antes apontar aproximações, reflexões e alguns subsídios relevantes no que tange à qualidade do cuidado em saúde mental. Com efeito, percebemos que, embora haja entraves e desafios assistenciais, as múltiplas facetas do cuidado, apontadas pelos usuários dos distintos CAPS, corroboram os ideais da Reforma Psiquiátrica e sinalizam que a reorientação do modelo de atenção em saúde mental já se capilariza no cotidiano das práticas de cuidado.

Referências

- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 643-651, 2012.
- BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1231-1252, 2011.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 27 maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009.
- CARVALHO, L. B.; FREIRE, J. C.; BOSI, M. L. M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.
- CARVALHO, M.; XIMENES, V. M.; BOSI, M. L. M. Processos de fortalecimento em um Movimento Comunitário de Saúde Mental no Nordeste do Brasil: novos espaços para a loucura. *Aletheia-Revista de Psicologia*, Canoas, v. 37, p. 162-176, abr. 2012.
- CARVALHO, S. R.; CUNHA, C. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.
- COREN-SP - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO; REBRAENSP - REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. *Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção*. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2012.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.
- DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: ATLAS, 1995.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2009.
- FAVORETO, C. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 205-219
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. *Fortaleza passa a ter Centro de Atenção Psicossocial 24 horas*. Fortaleza, 2012.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- KANTORSKI, L. P. et al. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1481-1487, 2011a.
- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011b.
- LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 109-139.

- LOTUFO NETO, F. et al. Diagnóstico e tratamento. In: LOUZÃ NETO, M. R. et al. (Org.). *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NICÁCIO, M. F. S., CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.
- NICOLINO, P. S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-715, 2011.
- PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.
- REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.
- SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU, 1989.
- TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.
- UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

Contribuição dos autores

Andrade e Bosi trabalharam conjuntamente na concepção, delimitação do estudo, análise do material empírico e redação do artigo.

Recebido: 13/03/2014

Reapresentado: 16/07/2014

Aprovado: 15/08/2014