

Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará

Care practices in mental health in the voice of users from a Psychosocial Care Center of the state of Pará

Márcia Roberta de Oliveira Cardoso¹, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira², Pedro Paulo Freire Piani³

RESUMO Este artigo buscou analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do estado do Pará. A metodologia utilizada foi de abordagem qualitativa, de cunho discursivo e etnográfico. Participaram do estudo 14 usuários cadastrados no Caps. As entrevistas foram analisadas de acordo com os eixos: Processo Saúde e Doença; Itinerário Terapêutico; Práticas de Cuidado em Saúde Mental; e Usuário e Autonomia. Nos discursos, o Caps foi o local em que os usuários se sentiram mais bem cuidados. Foi observada a coexistência de práticas de cuidado que corroboram os princípios da Reforma Psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde; Saúde mental; Serviços de saúde mental.

ABSTRACT *This paper aimed to analyze how practices of care in mental health are perceived by users of a Psychosocial Care Center (Caps) of the State of Pará. The methodology used was a qualitative approach, discursive and ethnographic. 14 registered users participated in the study in Caps. The interviews were analyzed according to themes: Health and Disease Process; Route Therapeutic; Care Practices in Mental Health; User and Autonomy. In speeches, the Caps was the site where users felt better care. It was observed the coexistence of care practices that corroborate the principles of Psychiatric Reform and others that still reproduce the asylum logic.*

KEYWORDS *Health policy; Mental health; Mental health services.*

¹ Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (Sespa) - Belém (PA), Brasil.
psirob2004@yahoo.com.br

² Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Belém (PA), Brasil.
pttarso@gmail.com

³ Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Belém (PA), Brasil.
pedropiani@yahoo.com.br

Introdução

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS; OPAS, 2001) são observados transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida, assim como entre ricos e pobres, e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. No tocante à assistência à saúde mental, Ribeiro (2003) afirma que até bem pouco tempo se organizava exclusivamente em torno das internações psiquiátricas, muitas vezes por longos períodos de tempo, não raramente por toda a vida, acarretando importantes efeitos secundários no nível da deterioração pessoal.

Ao longo das últimas décadas, entretanto, diversos países têm implementado políticas de atenção em saúde mental baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, objetivando a continuidade do cuidado e a atenção integral (RIBEIRO, 2003). De acordo com Almeida (2002), o chamado campo da atenção psicossocial no Brasil vem, desde a década de 1990, delineando-se como um espaço cuja marca principal é a diversidade de linhas teóricas, propostas terapêuticas e objetivos, com mudanças significativas que a colocam no campo do que se denomina Reforma Psiquiátrica e, com a disputa para transformar o paradigma asilar/hospitalocêntrico do tratamento.

Nesse sentido, para Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo social complexo, que engloba mudanças significativas nas formas de cuidado em saúde mental e no tecido sociocultural, bem como transformações jurídicas no que tange à conquista de direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais. Mudanças ainda em pleno processo.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

(BRASIL, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Caps realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de *crack*, álcool e outras drogas, devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

A literatura em saúde mental tem explicitado o argumento de que a Reforma Psiquiátrica brasileira encontra-se, atualmente, em um impasse: se, de um lado, é claro que houve avanços significativos na construção teórico-clínica da assistência, especialmente no tocante ao modelo de gestão dos Caps e no fortalecimento dos laços entre a equipe de saúde, do outro lado, também é possível perceber que, na dinâmica dos serviços de saúde mental, alguns pontos parecem levar à repetição de antigas práticas que não são mais desejadas. Como questão fundamental emerge a seguinte dúvida: Como criar e ajudar a construir outros projetos de vida, outras possibilidades que não dependam dos serviços? Como evitar a prática de tutela, sem, no entanto, desassistir o cidadão?

Para avançar no novo modelo, o 'Relatório final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental' (PARÁ, 2010) aponta que é preciso reconhecer que alguns Caps estão com pouca efetividade, e que, mesmo com um bom indicador de cobertura, alguns municípios e regiões podem estar com baixo acesso à atenção em saúde mental. Aponta, ainda, que há desafios importantes: a articulação da rede de atenção psicossocial com a rede de urgência e emergência, a ampliação das ações na atenção básica, a qualificação dos serviços, a expansão de Caps III, Capsi, Capsad, e a intersetorialidade nas ações de saúde mental.

Os serviços de saúde mental, em especial

os Caps, precisam promover mais e melhor a participação de todos os atores no cuidado cotidiano, na gestão e na avaliação das práticas dos serviços. Muitos gestores ainda não compreendem e não promovem a participação dos usuários na construção, na implantação e na avaliação das políticas, principalmente a dos usuários e familiares do campo da saúde mental. Os conselhos de saúde locais, municipais e estadual ainda não estão sendo suficientemente potencializados como lugares de exercício da participação política e do controle social (PARÁ, 2010).

Para Mângia e Muramoto (2006), as novas estratégias de cuidado em saúde mental, no contexto da política pública de saúde mental, adotam uma nova forma de compreender e tratar os transtornos mentais, que depende da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade, entendida aqui não apenas em referência à apreensão integral dos sujeitos, mas também aos novos valores e dispositivos técnicos.

Para Ferla *et al.* (2010), a prática de saúde mental ao longo da história traz consigo inúmeras ponderações e questionamentos acerca da integralidade. A partir da introdução da reflexão sobre integralidade, tem-se intensificado as discussões quanto à pertinência das práticas tradicionalmente abordadas em saúde mental. Neste sentido, o autor afirma que o conceito de integralidade nos serviços de saúde mental é inovador. As práticas não giram mais em torno da patologia, mas sim em torno da necessidade do sujeito.

Este artigo tem como objetivo analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do estado do Pará, procurando conhecer seus itinerários terapêuticos. Além disso, verificou-se como o discurso dos usuários é incorporado ao processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do Caps estudado.

Método

O caminho metodológico escolhido está inserido no campo das abordagens qualitativas, de base discursiva e etnográfica. A pesquisa de campo foi realizada em um Caps sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (Sespa). Participaram deste estudo 14 usuários do Caps, que estavam oficialmente cadastrados, no mínimo, havia três meses, e utilizando regularmente os serviços. Na coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: observação participante, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas. A partir da transcrição das entrevistas, foram confeccionados, para a análise dos discursos, os mapas dialógicos, que, de acordo com Spink (2010), se constituem como um dos passos iniciais da análise e podem auxiliar pesquisadores em uma aproximação com os repertórios, na organização dos discursos e no norteamento da discussão. As entrevistas foram analisadas a partir da perspectiva construcionista, que compreende a linguagem como prática social e ação discursiva. Neste sentido, ainda segundo Spink (2010), as práticas discursivas e a produção de sentidos são estudadas por meio dos posicionamentos dos participantes em seu cotidiano e pela linguagem em ação. As categorias de análise que emergiram a partir dos discursos e das produções de sentidos dos entrevistados foram: Processo Saúde e Doença; Itinerário Terapêutico; Práticas de Cuidado em Saúde Mental; e Usuário e Autonomia. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi realizada por meio de financiamento próprio e teve sua aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará, sob o parecer nº 208.045/2013, cumprindo-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determinado pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Resultados e discussão

Processo Saúde e Doença

De acordo com Dalmolin (2006), a saúde e a doença devem ser compreendidas como um processo, pois estão vinculadas a situações singulares e complexas da existência humana, que, por sua vez, tem um caráter dinâmico, contraditório, de poucas certezas. Este entendimento remete a biografias, culturas, histórias, enfim, a sujeitos concretos, com suas trajetórias e mundos subjetivos, que são muito mais do que sintomas, mais do que resultados obtidos em escalas padronizáveis, mais, talvez, do que possa dar conta uma ou outra concepção teórica.

No eixo Processo Saúde e Doença, explicitou-se, por meio dos repertórios linguísticos dos usuários, como estes perceberam seus processos de adoecimento, que os levaram a procurar ajuda e cuidado no Caps.

Os discursos dos usuários que representam a questão do processo saúde e doença no estudo em questão foram captados através das seguintes perguntas: 1) Qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento no Caps?; e 2) Quando e como começou o seu problema de saúde? Os usuários discorreram livremente sobre a experiência do adoecer e sobre o início do processo de adoecimento que os levou a procurar ajuda, fosse através da rede de serviços de saúde, fosse através de outros recursos.

Nesse eixo, foi possível observar que a maioria dos usuários percebeu que estava com problemas de saúde a partir de sintomas orgânicos localizados em alguma parte do corpo, principalmente na cabeça. Alguns notaram que começaram a adoecer também porque estavam passando por momentos de grande sofrimento, decorrentes de situações conflituosas em diversos campos da vida, fosse em suas relações com a família, com o cônjuge, com o trabalho ou mesmo por terem sofrido perdas de entes queridos.

Além disso, evidenciaram, também, sintomas de desequilíbrio psíquico, caracterizado por eles mesmos como algo fora do normal. Escutar vozes, por exemplo, era um fato que lhes causava desconforto. Outros sintomas relatados foram crises de raiva e aborrecimento, que os levaram a se comportar de maneira agressiva perante as pessoas de seu convívio, prejudicando seus relacionamentos cotidianos.

Para Dalmolin (2006), compreender saúde e doença como um processo significa dizer que, por um lado, o sofrimento envolve uma experiência que ocorre na existência da vida, não ficando circunscrito apenas ao corpo ou ao psiquismo, nem ao momento da fase aguda, quando a manifestação de uma série de sintomas se faz presente. O sofrimento está envolvido com os demais aspectos da vida, os sistemas simbólicos, a significação para o sujeito que o vive e no contexto onde vive; com a sua relação com o trabalho, os direitos de cidadão, a inclusão e a exclusão.

Interessante notar que, de uma forma geral, os usuários demarcaram o início do seu processo de adoecimento a partir da descrição de fatos e sentimentos que os levaram a vivenciar intenso sofrimento psíquico, expondo as dificuldades em lidar com determinadas situações e emoções no decorrer da vida. O processo de adoecimento narrado pelos usuários acabou trazendo à tona o relato de suas próprias histórias de vida, com uma riqueza de detalhes que transcende a questão do processo de adoecimento.

Dalmolin (2006) também afirma que as pessoas têm conceitos próprios sobre o sofrimento psíquico e ressignificam esses conceitos a partir do seu lugar, dos seus sistemas simbólicos, de sua cultura. A experiência dessa situação de vida é constituída de múltiplos sentidos, que, ora são antagônicos, ora complementares, colocando as pessoas diante de várias possibilidades de compreensão, bem como de maneiras distintas de superação do sofrimento.

Foi justamente a manifestação do intenso

sofrimento psíquico presente nos discursos dos usuários que os fez procurar ajuda na tentativa de aliviar a dor, principalmente na experiência da crise, que afeta de forma distinta as pessoas que a atravessam. Nesse contexto, crise se refere a um período de agudização dos sintomas, no qual ocorre uma intensificação da desorganização psíquica do indivíduo, levando ao ‘dilaceramento subjetivo’, conforme fala Lobosque (2001), ao passo que a tolerância social com relação ao indivíduo diminui.

Os momentos de crise vivenciados pelos usuários também são compartilhados com as pessoas mais próximas de seus convívios, uma vez que, quando estão ‘fora de si, agressivos, destruindo as coisas, gritando, se debatendo, com medo, escutando vozes’ (termos utilizados pelos usuários), necessitam de ajuda para superar a crise, e, na maioria das vezes, são os familiares, os amigos, os vizinhos e colegas de trabalho que os socorrem nesses momentos. E, foi a partir da manifestação dessas crises que a maioria dos usuários teve contato com os serviços de saúde mental, em especial, a experiência da internação.

Itinerário Terapêutico

Para efeitos desta pesquisa, entende-se por itinerários terapêuticos as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes – sob a forma de redes sociais formais e informais – e da resolutividade obtida. Destaca-se que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e o papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição

e do papel social na instituição (GERHARDT ET AL., 2009).

No eixo Itinerário Terapêutico foi abordada a questão dos caminhos percorridos e os diversos recursos escolhidos pelos usuários na busca por cuidados, considerando o processo de adoecimento.

Os discursos dos usuários que representam a questão dos itinerários terapêuticos neste estudo foram tratados por meio das seguintes perguntas: 1) O que você fez desde que o problema começou?; 2) Qual o itinerário que você fez até chegar ao Caps? Foi fácil, a partir de sua demanda, ser encaminhado para o Caps?; e 3) Quem você procura quando não está bem?.

Nesse caso, os usuários puderam descrever os caminhos pelos quais passaram até chegarem a ser atendidos no Caps, fosse através da rede de serviços de saúde (pública e privada), fosse através de outros recursos que porventura tenham escolhido para amenizar os sofrimentos ocasionados pelo adoecimento, como ajuda espiritual e religiosa, por exemplo.

Os usuários, enquanto narravam as suas trajetórias pela busca de cuidado e solução para seus problemas de saúde, descreveram as facilidades e as dificuldades que enfrentaram ao longo do caminho. Relataram, inclusive, como se sentiram e como reagiram diante dos desafios encontrados.

Para alguns, o caminho foi mais longo e penoso do que para outros, que obtiveram a resolução para seus problemas de forma mais rápida e efetiva. Para isso, contaram com a ajuda de pessoas de seu convívio mais próximo, como familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos e os próprios profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, essas próprias pessoas do convívio, em determinados contextos, também desempenharam papéis negativos nas trajetórias dos usuários, dificultando-lhes o acesso aos serviços de saúde e a outros recursos.

Alguns usuários recorreram aos serviços particulares de saúde, especialmente às

consultas com médico psiquiatra, em um primeiro momento, e depois procuraram os serviços de saúde da rede pública. O contato com a rede pública de saúde se deu, na maioria dos casos, a partir do contato com a internação em hospital com referência em saúde mental que dispunha de emergência psiquiátrica, especialmente nos momentos de crise.

Dos 14 usuários entrevistados, 12 foram internados em hospital público com referência em saúde mental que dispunham de emergência psiquiátrica. Alguns passaram pela emergência desse hospital, sendo internados mais de uma vez; e outros apenas foram atendidos no ambulatório, sendo medicados e encaminhados para os demais serviços da rede, como o próprio Caps.

Dalmolin (2006) afirma que os hospitais gerais são a ‘porta de entrada’ mais procurada pelos familiares, que lançam mão deste tipo de recurso depois de terem recorrido a vários outros mecanismos informais e comunitários, como conselhos, rezas, bênçãos, chás calmantes e a presença mais sistemática de familiares e vizinhos junto à pessoa que sofre. Somente quando percebem desorganização subjetiva extrema, além de sofrimento psíquico, e quando os mecanismos citados se mostram inviáveis, fazendo-os perder o ‘controle’ sobre a situação, é que iniciam a busca pelo serviço de saúde. No hospital geral, na emergência, o usuário é medicado e, geralmente, referenciado para outra unidade da rede. Então, de forma geral, os sujeitos são ‘batizados’ no mundo psiquiátrico, tendo a internação como a principal – senão a única – alternativa para conter uma situação de crise.

A maioria dos usuários explicitou que teve acesso fácil ao Caps, considerando que todos foram encaminhados por outra unidade da rede, que, após avaliar as condições de saúde dos mesmos, decidiu por direcioná-los ao Caps mais próximo de suas residências. Alguns usuários, porém, expressaram que o acesso aos serviços do Caps não foi tão fácil

quanto esperavam, principalmente porque precisaram passar por vários pontos da rede de saúde até chegarem a ser encaminhados ao centro.

Ferla (2010) ainda ressalta que os usuários chegam até o serviço de saúde de diferentes formas, as portas de entrada acabam se diversificando de acordo com cada situação e cada usuário e sua subjetividade. Suas trajetórias expressam vários itinerários relatados como confusos, apesar de chegarem ao Caps.

Nos discursos dos usuários, foram percebidos, também, conteúdos relacionados à religiosidade, como uma forma de dar sentido ao processo de saúde e doença. Alguns procuraram a religião como primeiro recurso para amenizar seus sofrimentos, mesmo que não frequentassem ou seguissem determinada religião. Além disso, procuraram entender através de explicações religiosas a causa de seu adoecimento, buscando, então, uma forma de obter uma possível cura para a doença.

Cabe ressaltar que os usuários não desvalorizam o tratamento realizado pelo sistema de saúde, porém, encontram, na religiosidade, a possibilidade de uma acolhida singular frente ao sofrimento. A maior parte dos usuários procura a família quando não está se sentindo bem, pois são os integrantes da família que geralmente dão o apoio necessário, principalmente nos momentos de crise, sendo referências para eles na busca por cuidado.

Outros usuários afirmam que não costumam procurar ninguém quando não estão se sentindo bem, pois preferem tentar resolver seus problemas sozinhos, sem o auxílio de outra pessoa ou religião, considerando que se sentem fragilizados e sem autonomia ao perceberem que necessitam de ajuda, embora reconheçam a importância de procurar assistência.

Dalmolin (2006) afirma que a busca de recursos para a situação de sofrimento psíquico é ampla e abrange uma gama de possibilidades, que vão desde o suporte afetivo

no âmbito familiar e de vizinhança até as instituições e entidades de cunho religioso, de proteção aos direitos e de prestação de serviços de saúde específicos para essa população.

Dessa forma, é necessário que todos os atores envolvidos no processo do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ou transtorno mental reconheçam e respeitem as escolhas realizadas pelos usuários no que diz respeito aos seus itinerários terapêuticos, pois as estratégias e recursos adotados pelos mesmos traduzem uma forma de autonomia que deve ser apoiada e motivada nos diversos âmbitos da vida e, em especial, no cotidiano dos serviços de saúde.

Práticas de Cuidado em Saúde Mental

A compreensão de cuidado proposta por Ayres (2004) considera, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante dos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para este fim.

No eixo Práticas de Cuidado em Saúde Mental foram discutidos os sentidos dados pelos usuários às práticas de cuidado vivenciadas durante suas trajetórias pela rede de atenção à saúde, considerando os itinerários terapêuticos percorridos.

Os discursos dos usuários que expressam a questão das práticas de cuidado em saúde mental neste estudo foram captados através das seguintes perguntas: 1) Em que local você acha que foi mais bem acolhido, e por quê?; 2) Em que local você acha que foi mais mal acolhido, e por quê?; 3) Que tipo de diagnóstico e tratamento você recebeu no Caps?; 4) Como é o seu dia a dia no Caps?; 5) Como você se sente ao ser atendido no Caps?; e 6)

O que você acha dos profissionais que lhe atendem no Caps?.

Os usuários levaram em consideração, para avaliar o tipo de acolhimento, aspectos referentes à forma de atendimento dos profissionais, o acesso aos serviços de saúde, a resolutividade para seu problema de saúde, o tipo de tratamento recebido, o tempo de espera para ser atendido e as condições de estrutura física da unidade de saúde, entre outros aspectos.

A maioria dos usuários explicitou que o local em que foram mais bem acolhidos foi o próprio Caps. Destacaram que se sentiram bem acolhidos, principalmente devido ao bom atendimento por parte dos profissionais, bem como pela disponibilidade de alguns medicamentos necessários ao tratamento, além de pela comodidade de receberem alimentação no próprio Caps nos dias em que frequentaram o referido serviço. Isso não significa dizer que suas necessidades foram plenamente atendidas, ainda que, em comparação com outros serviços da rede de saúde, o Caps tenha sido a unidade que mais atendeu as expectativas dos usuários.

A principal queixa dos usuários em relação ao hospital de referência em saúde mental diz respeito ao fato de que o ambiente de urgência e emergência do próprio hospital causou-lhes mal-estar, pois, além do sofrimento psíquico intenso vivido em momentos de crise, ainda tiveram que conviver com o sofrimento e com as agressões de outros pacientes internados. Além disso, justamente porque chegaram a ser atendidos em momentos de crise, alguns usuários passaram pela experiência de serem contidos e amarrados, sendo que a administração da medicação por meio de injeções também lhes proporcionou sensações de extremo desconforto e violência. Outra situação apontada foi a falta de leitos para os pacientes internados no hospital, motivo pelo qual tiveram que passar por longas esperas no corredor, acomodados em cadeiras improvisadas, sem o menor conforto e cuidado. Ainda enfatizaram que a falta

de atenção e o tratamento desrespeitoso por parte de alguns profissionais do hospital lhes causaram ainda mais sofrimento e angústia.

Quanto ao diagnóstico e ao tratamento recebidos no Caps, os usuários explicitaram os diversos tipos de classificações nosológicas que receberam, ou seja, os nomes de suas enfermidades, conforme suas compreensões, sendo que alguns até se arriscam a utilizar a nomenclatura da Classificação Internacional de Doenças (CID), assumindo a identidade, a etiqueta, o rótulo de suas respectivas doenças.

Em relação aos procedimentos, todos os usuários enfatizaram a questão do tratamento medicamentoso como um dos principais recursos utilizados na terapêutica, citando os demais recursos como atividades secundárias, porém necessárias à evolução do seu estado de saúde.

Lima (2012) aponta que há indícios de que o poder psiquiátrico vem se adaptando e continua operando nas novas estruturas sob os ‘velhos preconceitos’ estritamente biologizantes, que lhe garantem todo saber-poder e que implicam em uma série de relações de forças perpetuadas no dia a dia dos serviços e nas relações médico-paciente. Por outro lado, iniciativas têm surgido na tentativa de colocar em prática novas possibilidades de relação e meios de lidar com o ‘louco e as loucuras sociais de nosso tempo’, respeitando os pressupostos de modo de atenção psicossocial.

No âmbito do Caps, é oferecido aos usuários um leque de atividades que, de acordo com as necessidades individuais, os mesmos participam de forma contínua e rotineira das atividades indicadas nos respectivos projetos terapêuticos. As oficinas e os grupos terapêuticos são algumas das principais atividades desenvolvidas no Caps.

Alguns usuários fazem psicoterapia individual ou em grupo. A maioria também participa de práticas de grupo e oficinas, que são realizadas diariamente com diversos objetivos terapêuticos, tais como: desenvolver

habilidades; melhorar a autoestima; promover a autonomia; exercer a cidadania, o autoconhecimento, a reinserção social, o lazer, a educação em saúde; discutir questões relacionadas à medicação e à integração dos familiares ao tratamento etc. Além disso, participam também de reuniões e eventos em datas comemorativas, bem como de fóruns de discussão e decisão, como as Assembleias Gerais e o Conselho Gestor. É importante ressaltar que, apesar de os usuários participarem de diversas atividades terapêuticas, isso não significa dizer que os efeitos destas também sejam terapêuticos.

Em relação aos profissionais de saúde da equipe do Caps, os usuários realizaram uma avaliação positiva, pois ressaltaram que os profissionais ‘atendem bem, são maravilhosos, legais, bons, educados, preparados, ótimos, olham no olho’, e que ‘se não fazem mais é porque não têm condições, por falta de recursos, não é por má vontade’.

Os usuários não citaram apenas aspectos positivos em relação ao cuidado desenvolvido pelos profissionais do Caps, principalmente no que diz respeito à atuação do profissional médico. Além disso, trouxeram, em seus discursos, as experiências vividas nos outros locais em que foram atendidos, denotando o quanto o atendimento na área da saúde mental ainda é dominada por práticas inundadas pelo modelo médico hegemônico.

Seis usuários expressaram de forma clara seu descontentamento em relação às práticas de cuidado de alguns profissionais médicos, afirmando que não receberam a devida atenção, nem mesmo um olhar direcionado, um acolhimento caloroso, pelo contrário, sentiram-se desrespeitados pela forma que foram tratados, ou melhor, pela forma com que foram destratados, ou tratados com ‘ignorância, frieza, rigidez, aos gritos, sem ao menos o profissional perguntar se eles estavam se sentindo bem; atendendo de forma rápida, às vezes, só para copiar a mesma receita da consulta anterior’.

Os usuários em geral afirmaram se

preocupar em não perder as consultas médicas, tendo em vista que ficam reféns destas para pegarem as receitas. Além disso, falaram que o número de profissionais médicos atuando no Caps é baixo para a demanda, o que causa longa espera pela próxima consulta. Isso faz com que fiquem sem a medicação por um período de tempo, prejudicando o tratamento. Neste sentido, parece que a relação entre médico e usuário, em tais casos, se reduz a uma mera prescrição de psicofármacos, configurando uma prática clínica centrada na doença, sem levar em consideração a subjetividade das pessoas.

Dentre os usuários entrevistados, três passaram por atendimento em um hospital psiquiátrico já desativado, e lembrado por reproduzir a lógica da exclusão social da loucura, tais como o descaso com as mínimas condições de cuidado às pessoas com transtorno mental. As cenas de extrema violência relatadas pelos usuários denotam um tipo de tratamento desumano, aos moldes da lógica asilar/manicomial, principalmente quando eles apresentam expressões do tipo 'lá parece o inferno; a comida parece que não era nem pra humanos, parece pra animais; se alguém entrar meio louco, sai louco e meio; era um lugar cheio de grade; lá podia gritar com toda a força, que ninguém atendia a gente; eu cheguei a apanhar lá porque eles, eles não sabem o que estão fazendo lá; fiquei horrorizado, a gente não é cachorro, não é animal'. Tais expressões são bem diferentes daquelas expressões contidas nos discursos referentes aos tratamentos recebidos no Caps, embora nestes algumas práticas ainda sejam remanescentes do modo asilar.

Esses usuários são exemplos vivos de pacientes que vivenciaram o paradigma asilar e agora estão vivenciando a transição para o paradigma psicossocial. Na realidade, são protagonistas dessa história, em que pese terem sofrido intensamente durante esse processo pela busca de cuidado em saúde mental.

Segundo Dalmolin (2006), foram muitas as

tentativas de mudança no campo da saúde mental nos últimos anos, porém, apesar de toda a orientação e legislação vigentes, a realidade psiquiátrica parece ter se alterado pouco. Os elementos, por vezes contraditórios, de conceber e organizar a saúde mental, denotam a complexidade de mudança desse processo social. Se, por um lado, podemos reconhecer que as alterações dos serviços especializados não deram conta de aprofundar e explicitar mudanças mais radicais, por outro, os indivíduos, suas famílias e a própria comunidade buscam, em seu cotidiano social, responder às necessidades dos cidadãos que sofrem com transtorno mental e que precisam de permanentes retoques, de afetos diferenciados e de escuta sensível.

Lima (2012) afirma que a atual conjuntura do campo da saúde mental apresenta-se como um amplo universo social, com suas contradições e embates de verdades e tendências, no qual têm emergido diferentes atores e segmentos, em especial, aqueles que passaram muito tempo trancafiados e amordaçados, fosse pelas camisas de força concretas, pelos muros manicomiais ou pelas amarras simbólicas da exclusão e da negação de direitos básicos. Neste sentido, os instrumentos e recursos legais representam avanços, mas não garantem os direitos conquistados, já que, para tal, são necessárias também mudanças culturais, que demandam tempo e investimento em longo prazo, no sentido de criar condições reais para a convivência com a diversidade humana, assim como disponibilização de meios e recursos para a manutenção e a sustentabilidade da própria vida dos usuários diante do contexto atual de extrema competitividade e individualismo característico de nossa sociedade contemporânea.

Usuário e Autonomia

No eixo Usuário e Autonomia, foram tratadas questões acerca de como a avaliação dos usuários impacta no processo de organização

das práticas, no cotidiano dos serviços do Caps.

Nesse caso, foi perguntado aos usuários se eles teriam sugestões para melhorar os serviços prestados no Caps, considerando todos os aspectos que envolvem a dinâmica de funcionamento do serviço, desde sua organização e estrutura até as práticas de cuidado desenvolvidos no cotidiano do referido centro. Dessa forma, puderam expressar diversas possibilidades e formas de agir, para que pudessem se sentir contemplados em suas necessidades, em que pese todas as dificuldades enfrentadas pela gestão e pelos trabalhadores do Caps.

Pelo menos metade dos usuários entrevistados apontou que, para melhorar os serviços no Caps, seria necessário aumentar o número de profissionais da equipe, principalmente o número de profissionais médicos, considerando que há uma carência destes profissionais em relação à demanda. Foi ressaltado também, enquanto sugestão para a melhoria dos serviços, a disponibilidade de medicação no Caps, uma vez que não há a dispensação de todos os remédios receitados pelos médicos, o que faz com que muitos sejam comprados por conta própria.

Vale destacar que, apesar de os discursos dos usuários estarem impregnados pela racionalidade médica, deve-se contrapor-los à questão da qualidade no atendimento já explicitada por eles. Isto quer dizer que, quando avaliadas as práticas de cuidado dos vários profissionais que compõem a equipe do Caps em questão, o profissional médico foi o mais criticado em relação aos outros profissionais, que receberam avaliações positivas. Desta forma, pode-se visualizar uma valorização dos profissionais não médicos, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, entre outros. Isto se deve à qualidade do acolhimento e do cuidado recebido no âmbito do Caps.

Com esses exemplos, percebe-se o quanto a prática no campo da atenção psicossocial

reproduz a própria ampliação da contradição que emerge a partir da inclusão de mais atores sociais na atenção psicossocial, na qual surgem novos profissionais e uma nova possibilidade para o usuário. São contradições que demarcam avanços da Reforma Psiquiátrica, mas que também apontam os seus entraves, pois ampliar a mobilidade social do sujeito em sofrimento psíquico significa atribuir-lhe condição plena de escolhas e autonomia racional, como afirmam Tavares e Sousa (2009).

Além dessas sugestões, os usuários apontaram outras possibilidades de atividades a serem desenvolvidas no Caps, como, por exemplo, a criação de um espaço interativo e educativo no mesmo. Isto denota que nem todas as atividades e oficinas realizadas no cotidiano dos serviços atendem às necessidades dos usuários, uma vez que se deve levar em conta a singularidade e a subjetividade de cada um. A criatividade deve dar a tônica para o desenvolvimento das diversas atividades e oficinas, possibilitando aos usuários participarem da formulação das ideias, dando sugestões e – por que não dizer? – coordenando algumas dessas atividades.

Um usuário relatou que gostaria de conhecer a atual gestora do Caps, que, à época da entrevista, tinha assumido a gestão havia pouco tempo. Disse ser importante ter contato com a equipe gestora do serviço, pois considerava isso um direito, uma vez que o modelo de gestão deve ser compartilhado através de dispositivos, como as Assembleias Gerais e o Conselho Gestor. Neste sentido, Figueiro e Dimenstein (2010) defendem um modo de funcionamento do serviço que seja mais flexível, mais permissivo à possibilidade de cogestão dos Caps por seus usuários, permitindo, assim, que estes se apropriem desses dispositivos, (re)criando-os e criando condições de funcionamento que atendam, da melhor maneira possível, às suas demandas.

Outros usuários explicitaram que não têm sugestões para melhorar os serviços do Caps

porque, de uma forma geral, se sentem contemplados e satisfeitos com o atendimento recebido. Provavelmente, o parâmetro de comparação para avaliação dos serviços do Caps deveu-se ao fato de não terem sido bem acolhidos em outros serviços da rede de saúde ou de não terem recebido um tratamento melhor do que o do referido Caps.

Quando os usuários indicam sugestões para melhorar os serviços no âmbito do Caps, quando explicitam as alternativas que procuram para lidar com os desafios da vida (os modos de andar a vida), quando participam efetivamente de espaços democráticos de cogestão, é possível escutar as suas 'vozes' ressoando nas salas, nas oficinas, nas consultas, nas conversas com os profissionais e até no desencadeamento das 'crises', ocupando todos os espaços no interior do Caps. O usuário fala até quando está em silêncio, até quando não se manifesta na Assembleia Geral, até quando deixa de frequentar as reuniões do Conselho Gestor. É necessário ter muita sensibilidade para compreender o que os sussurros, os gritos, os silêncios e as ausências têm para nos dizer. Neste sentido, escutar, acolher e cuidar, sem subjugar ou sufocar, sem aniquilar e silenciar a subjetividade desses usuários são as melhores atitudes para fazer valer os direitos de cidadania dos usuários. É preciso, ainda, respeitar seus sistemas particulares de crenças culturais, morais e religiosas, com todos os seus rituais de cura, suporte e cuidado.

Não é possível afirmar que o Caps está escutando plenamente a 'voz' de seus usuários e acolhendo suas demandas, até porque os processos são sempre inconclusos. Mas é possível dizer que esforços coletivos estão sendo feitos com o objetivo de atender, da melhor forma possível, às necessidades desses usuários, em que pese o conflito de forças presentes no interior dos serviços. Logo, trabalhadores, gestores, usuários e familiares devem estar atentos para que o Caps atue a favor da cidadania, da ampliação de conquistas políticas, de mudanças culturais

na sociedade, para que se rompa com a exclusão imposta à loucura, enfim, por uma sociedade e por relações sociais mais justas.

Considerações finais

Considerando os Caps dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil – configurando-se simbólica e numericamente como a grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional –, e considerando a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, Onocko-Campos e Furtado (2006) julgam as investigações especificamente dirigidas aos Caps como potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica brasileira e, ao mesmo tempo, propulsoras de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

No processo saúde e doença, o sentido dado ao adoecimento explicitado por meio do relato das histórias de vida dos usuários acaba por localizar a doença no corpo físico, no órgão. O intenso sofrimento psíquico produz sintomas orgânicos e psíquicos, que acabam desencadeando 'crises'. Foi a partir destas que os usuários estabeleceram o primeiro contato com a rede de serviços em saúde mental, principalmente por meio da internação hospitalar, na qual, de certa forma, o cuidado se reduz às práticas de contenção, centrada na administração de medicamentos. A partir desse 'batizado' no mundo da internação hospitalar, os usuários, em sua maioria, foram encaminhados para outros serviços da rede de atenção à saúde mental, e em especial, para o Caps.

Os itinerários terapêuticos escolhidos pelos usuários levaram em consideração aspectos concernentes ao contexto sociocultural no qual estão inseridos, utilizando-se de recursos e estratégias ligadas ao próprio

acesso aos serviços de saúde da rede formal, bem como aos recursos pertinentes à religiosidade e a aspectos relacionados ao apoio da família e dos amigos. Os percursos realizados pela rede formal de saúde renderam aos usuários experiências positivas e negativas, uma vez que o tipo de acolhimento recebido nos serviços de saúde frequentados foi uma variável considerada determinante para a avaliação do atendimento.

Na avaliação dos usuários, foi unânime a opinião de que o Caps foi o local onde se sentiram mais bem acolhidos, expressando satisfação em relação ao tratamento e ao cuidado recebidos, principalmente em relação a outros serviços das redes pública e privada de saúde. Contudo, foi ressaltada a questão do cuidado na prática médica, que foi bastante criticado, considerando a falta de acolhimento por parte de alguns profissionais médicos. Aliadas a isso, encontram-se, ainda, no cotidiano dos serviços, práticas centradas na excessiva medicalização enquanto principal recurso terapêutico.

Entretanto, cabe fazer uma reflexão em relação a essa prática e à formação do médico, que, na atualidade, vem passando por mudanças significativas, ratificadas, inclusive, pelo Programa Mais Médicos (PMM), criado através da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), que tem como propósito global o ordenamento da formação de médicos, visando também contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde.

Na atuação dos profissionais, foi possível observar um campo fértil de tensões, conflitos e contradições, que contêm elementos de conservação e de transformação, no que se refere à produção de cuidado no cotidiano dos serviços.

Todos os atores envolvidos no processo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico

e/ou transtorno mental, como gestores, trabalhadores, familiares e os próprios usuários, criam condições, estratégias e espaços de participação, possibilitando a discussão e a problematização de todas as questões que envolvem o contexto e o cotidiano implicados no cuidado. Como afirma Spink (2010), suas falas trazem o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto de um modo complexo, mas que, em síntese, falam de suas vidas. Neste sentido, é necessário repensarmos e refletirmos a respeito das práticas de cuidado produzidas no âmbito dos serviços, no sentido de identificarmos qual modelo de atenção predomina nesse processo. No caso do modelo manicomial, o psicossocial.

Apesar de ainda persistirem grandes desafios no sentido de romper de vez com o modelo manicomial/asilar, muitas estratégias estão sendo construídas no cotidiano das práticas de cuidado, produzindo e inventando novos modos de cuidar, novas formas de fazer acontecer, baseadas em relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar de acolhimento para o sofrimento.

Diante dos discursos dos usuários, foi possível observar um redirecionamento do modelo assistencial, com vistas ao resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitando a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da responsabilização. Tais práticas pressupõem, sem dúvida, que cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. É, na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir e pensar já estabelecidos. ■

Referências

- ALMEIDA, P. F. *O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ*. 2002. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- AMARANTE, P. (Org.). *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC: FIOCRUZ: EAD, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.
- _____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2013, seção 1, p. 1. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument>. Acesso em: 4 jan. 2015.
- DALMOLIN, B. M. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- FERLA, A. A. et al. *Incorporação das linhas de cuidado na Saúde Suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados*. Relatório de pesquisa. Porto Alegre, 2010.
- FIGUEIRO, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, ago. 2010.
- GERHARDT, T. E. et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 287-298.
- LIMA, M. et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 41, p. 423-434, abr./jun. 2012.
- LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./dez. 2006.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Púb.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PARÁ. Conferência estadual de saúde mental-intersectorial, 4. *Relatório final da Conferência*, 2010.

RIBEIRO, J. M. *A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas*. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

SPINK, M. J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: SciELO Books, 2010.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito?. *Rev. Psic. Saude*, Campo Grande, v. 1, n. 1, p. 40-49, 2009. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/12>>. Acesso em: 2 jun. 2010.

Recebido para publicação em junho de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve