



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE
JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LILIANE MORCELLE DE ALMEIDA

INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE MENTAL: UMA
CONSTRUÇÃO COLETIVA A PARTIR DOS PROTAGONISTAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RIO DE
JANEIRO 2024

LILIANE MORCELLE DE ALMEIDA

**INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE MENTAL: UMA
CONSTRUÇÃO COLETIVA A PARTIR DOS PROTAGONISTAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina UFRJ em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr^o Tiago Braga do Espírito

Santo Orientadora: Profa. Dr^a Clarissa Terenzi

Seixas

Rio de Janeiro

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

M728i Morcelle de Almeida, Liliane
Indicadores de qualidade em saúde mental: uma construção coletiva a partir dos protagonistas do Sistema Único de Saúde / Liliane Morcelle de Almeida. -- Rio de Janeiro, 2024.
217 f.

Orientadora: Tiago Braga do Espírito Santo.
Coorientadora: Clarissa Terenzi Seixas .
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Enfermagem, Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, 2024.

1. cuidado. 2. indicadores de saúde . 3. indicadores de qualidade em assistência a saúde. 4. serviço de saúde . I. Braga do Espírito Santo, Tiago , orient. II. Terenzi Seixas , Clarissa, coorient. III. Título.

LILIANE MORCELLE DE ALMEIDA

**INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE MENTAL: UMA
CONSTRUÇÃO COLETIVA A PARTIR DOS PROTAGONISTAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina UFRJ em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Orientador: Prof. Drº Tiago Braga do Espírito Santo
Orientadora: Profa. Drª Clarissa Terenzi Seixas

Aprovado em:

Profª. Drª Karla Santa Cruz Coelho

Prof.. Drª Ana Paula da Cunha

Prof. Drª Katerine Moraes dos Santos

Profª. Drª Alda Carla Alves Cardozo

DEDICATÓRIA

DEDICO À NÓS MULHERES, QUE NO COTIDIANO ESTAMOS NOS (RE) EQUILIBRANDO EM DIVERSOS PAPÉIS EM MEIO A UMA SOCIEDADE QUE PERSISTE COM O PATRIARCADO, ATITUDES MACHISTAS, QUE NOS VIOLAM E DIMINUEM NOSSOS DESEJOS. QUE JUNTAS POSSAMOS NOS FORTALECER EM NOSSAS DIFERENÇAS. QUE LUTAMOS PARA SERMOS LIVRES, PARA SERMOS QUEM QUISERMOS SER. A NOSSA CAPACIDADE DE ESTAR SEMPRE EM MOVIMENTO, SOMOS FONTE DE RESILIÊNCIA E RESISTÊNCIA. COMO DIZIA MARIELLE FRANCO: "NÓS ESTAMOS NA ATIVA O TEMPO TODO. NOSSOS CORPOS SÃO POLÍTICOS E TUDO QUE FAZEMOS ATRAVESSA O COLETIVO."

GRATIDÃO A PESSOA MAIS IMPORTANTE DA MINHA VIDA QUE É MEU FILHO DAVI GAMBOA MORCELLE, A MINHA MÃE MARIA DAS GRAÇAS MORCELLE DE ALMEIDA; MINHA IRMÃ VIVIANE MORCELLE DE ALMEIDA; MEU CUNHADO LUCAS MODESTO, EM MEMÓRIA MEU PAI NÁRIO VIEIRA DE ALMEIDA.

AGRADECIMENTOS

Um respiro antes de iniciar. O que se lerá a seguir é uma dissertação que foi escrita com a contribuição de muitos. Os agradecimentos, estes também são muitos, e sempre insuficientes pois até aqui recebi muito apoio para trilhar esse caminho.

Meu primeiro obrigado aos usuários e familiares do serviço de atenção psicossocial que participaram e contribuíram para a construção desta pesquisa, importantes protagonistas de uma história em que a trajetória da saúde mental se faz, por, com e a partir de vocês.

Obrigada aos trabalhadores e trabalhadoras que lutam e resistem todos os dias para traçar caminhos possíveis para o cuidado em saúde mental no SUS.

Agradeço aos bons encontros com as trabalhadoras e trabalhadores do serviço que participaram da pesquisa. A toda vontade, interesse e comprometimento com a proposta de estudo e a participação nos grupos.

Obrigada por quem seguiu ao meu lado nesse caminho, me inspirando, contribuindo, trocando e sustentando comigo os sentimentos que pude experimentar, um misto de desespero e tentando sobreviver, com vocês cheguei até aqui. Aos meus e minhas companheiras de luta, sem vocês seria muito mais difícil: Lilian Oliveira, Ariana David, Patrícia Pimenta, Joyce Brito, Marcela Fontenelle, Mariana Fleury, Sarah Fonseca, Daniela Oliveira, Camila Dutra, Gabriel Freitas, Márcia Meirelles, Nelson Borges, Fabio Rezende e a toda equipe do CAPS Profeta Gentileza.

Gratidão Lidiane Reis, Alda Cardozo, Aldine Marinho, Jéssica Cândido, Marcela Bernardino, Janaína Fernandes, Bruna Fernanda e Katerine Moraes. Nas linhas desta pesquisa tem a partilha do que vocês dividiram comigo do que sabem, sentem, estudam e acreditam. Pelos abraços fortes, sejam eles presenciais ou de longe, pelo cuidado com palavras generosas em todos os momentos e pela paciência.

Agradeço aos meus orientadores que me inspiram e me guiam nesse percurso. Que lançaram muitos desafios, mas auxiliaram e caminharam comigo.

Ao meu orientador Tiago Braga em especial, por me fazer perceber que é preciso caminhar e que nem sempre precisamos estar sozinhos. Muito obrigada por segurar minha mão e caminhar comigo.

Gratidão aos meus familiares, minha irmã Viviane Morcelle e meu cunhado Lucas Modesto, que sempre me impulsionaram e grandes parceiros que me ajudaram a seguir e cuidar de Davi Gamboa Morcelle, meu filho, para que pudesse escrever e minha mãe Maria das Graças Morcelle de Almeida e meu pai (em memória) Nário Vieira de Almeida, por nunca deixarem de acreditar nos meus sonhos e participarem da construção deles.

Por hoje, agradeço e sou grata a mim por não sucumbir, onde desistir nunca foi uma possibilidade. Cansava, respirava e retomava. Como diz Nêgo Bispo: “ Nós somos o começo, o meio e o começo. Existiremos sempre, sorrindo nas tristezas para festejar a vinda das alegrias. Nossas trajetórias nos movem. Nossa ancestralidade nos guia”. Gosto de sonhar alto, desejar e querer muito. Cheguei até aqui por mim e pelo meu filho tão amado Davi Gamboa Morcelle, por tudo que representa em minha vida, por todo amor compartilhado, por entender minhas ausências e assim fazer cada dia de investimento neste trabalho ter valido a pena.

Muito obrigada.

**E aprendi que depende
sempre De tanta, muita, diferente
gente...**

**E é tão bonito quando a gente
entende. Que a gente é tanta gente onde quer que a
gente vá.**

Luiz Gonzaga

RESUMO

Essa dissertação teve como objeto os indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental a partir dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. A pesquisa teve como cenário um Centro de Atenção Psicossocial III na Zona Oeste, na área programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro. Os participantes foram os gestores, os trabalhadores, os usuários e familiares. Tomamos como objetivo geral: analisar a qualidade da gestão do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir da percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial. Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar e analisar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores em um Centro de Atenção psicossocial III na área programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro; discutir qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir de seus protagonistas; propor indicadores de qualidade em saúde mental. Este estudo tem caráter exploratório, empregando abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada a partir de um grupo focal com os protagonistas do SUS. A análise dos dados foi realizada com apoio da análise de conteúdo de Bardin, os resultados e discussões, são apresentados a partir da compreensão sobre a produção do cuidado. Através da pesquisa foi possível proporcionar um espaço de discussão acerca da qualidade do cuidado em saúde mental, onde construímos juntos aos protagonistas do SUS quatro indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental em um centro de atenção psicossocial III na AP 4.0 no município do Rio de Janeiro. A pesquisa nos leva a constatar que a comunicação entre os gestores, trabalhadores; familiares e usuários, pode ser capaz de provocar mudanças que também precisam ser envolvidas como recursos capazes de atuar na produção do cuidado; os indicadores construídos podem auxiliar na tomada de decisão e direcionamento dos processos de trabalho, impactando na melhoria de qualidade dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: cuidado; indicadores de saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde; serviço de saúde mental.

ABSTRACT

This dissertation had as its objective the quality indicators of mental health care from the protagonists of the Unified Health System. The research was set at a Psychosocial Care Center III in the West Zone, in programmatic area 4.0 in the Municipality of Rio de Janeiro. The participants were managers, workers, users and family members. Our general objective is to analyze the quality of mental health care management and the use of indicators based on the perception of managers, workers, users and family members in a Psychosocial Care Center. The following specific objectives were established: identify and analyze the perception of managers, workers, users and family members regarding the quality of mental health care and the use of indicators in a Psychosocial Care Center III in programmatic area 4.0 in the Municipality of Rio de Janeiro ; discuss quality of mental health care and the use of indicators based on its protagonists; propose quality indicators in mental health. This study is exploratory in nature, using a qualitative approach. Data collection was carried out through a focus group with the protagonists of the SUS. Data analysis was carried out with the support of Bardin's content analysis. Data collection was carried out through a focus group with the protagonists of the SUS. Data analysis was carried out with the support of Bardin's content analysis, the results and discussions are presented based on the understanding of the production of care. Through the research, it was possible to provide a space for discussion about the quality of mental health care, where we constructed, together with the SUS protagonists, four quality indicators in mental health in a psychosocial care center III in AP 4.0 in the city of Rio de Janeiro. The research leads us to confirm that communication between managers, workers; family members and users, may be able to bring about changes that also need to be involved as resources capable of acting in the production of care; The indicators constructed can assist in decision-making and directing work processes, impacting the improvement of the quality of health services.

KEYWORDS: care; health indicators; quality indicators in health care; mental health service.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição das Unidades de Saúde no território do CAPS III... 48

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1:** Indicadores do 1º ciclo PMAQ- AB módulo de saúde mental... 45
- QUADRO 2:** Categorias e unidades de saúde no território do CAPS III... 58
- QUADRO 3:** Unidades de registro e repetições da categoria “Modelos e concepções acerca da produção do cuidado”.
59
- QUADRO 4:** Unidades de registro e repetições da categoria “competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares”.
59
- QUADRO 5:** Unidades de registro e repetições da categoria “condições estruturais e relacionais para o trabalho”.
60
- QUADRO 6:** Unidades de registro e repetições da categoria “compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental”.
61
- QUADRO 7:** Categorias e unidades de registro dos grupos focais usuários e familiares...
62
- QUADRO 8:** Unidades de registro e repetições da categoria “modelos e concepções acerca da produção do cuidado”.
63
- QUADRO 9:** Unidades de registro e repetições da categoria “competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares”.
63
- QUADRO 10:** Unidades de registro e repetições da categoria “condições estruturais e relacionais para o trabalho”. 63
- QUADRO 11:** Categorias e unidades de registro dos grupos focais protagonistas. 65
- QUADRO 12:** Unidades de registro e repetições da categoria “alinhamento à clínica da atenção psicossocial”.
65
- QUADRO 13:** Unidades de registro e repetições da categoria “formação e educação permanente”.
66
- QUADRO 14:** Unidades de registro e repetições da categoria “adoção e efetividade dos fluxos de informação clínico-institucional”.
66
- QUADRO 15:** Unidades de registro e repetições da categoria “acesso à medicação”.
66
- QUADRO 16:** Unidades de registro e repetições da categoria “relação do CPAS e a rede intersetorial e intersetorial”.
67

QUADRO 17: Unidades de registro e repetições da categoria “elaboração, atualização e execução do PTS”.
67

QUADRO 18: Unidades de registro e repetições da categoria “alinhamento à uma clínica racionalizada e interseccional”.
67

QUADRO 19: Unidades de registro e repetições da categoria “avaliação dos acolhimentos noturnos...”.
68

QUADRO 20: Indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental no CAPS III...
68

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Termo de Anuência.

216

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AP	Área Programática
ABS	Atenção Básica em saúde
ASG	Agente de Serviço Geral
AT	Acompanhante Terapêutica
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CECCO	Centro de Convivência e cultura
CNAR	Consultório na Rua
DICA	Divisão de Informação, Controle e Avaliação.
ESF	Equipe de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
GT	Grupo de Trabalho
HC	Hospital de Custódia
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
LO	Livro de Ocorrências
MS	Ministério da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos trabalhadores da saúde mental

A
P

Área
Programática

NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção
Básica OMS	Organização mundial de saúde
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PCSM	Prontuário Carioca de Saúde Mental
PE	Prontuário Eletrônico
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do acesso e da idade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de humanização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTSI	Projeto Terapêutico Singular Intensivo
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIPSA	Rede Interagencial de Informações em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

A
P

Área
Programática

SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Ressignificação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. OBJETIVOS	25
2.1. Geral	25
2.2. Específicos	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1. Cuidado em saúde	26
3.2. Cuidado em saúde mental	32
3.3. Qualidade do cuidado	35
3.4. indicadores de qualidade em saúde	39
3.5. Indicadores de qualidade em saúde mental	42
4. METODOLOGIA	47
4.1. Contextualização do cenário do estudo	47
4.2. Ferramentas utilizadas	49
4.3 Análise do corpus documental	54
4.4. Procedimentos éticos	55
5 RESULTADOS	57
5.1 Grupos focais com trabalhadores e gestores	57
5.1.1 Categorias do primeiro e segundo Grupo Focal Gestão e trabalhador	58
5.1.1.1 Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado: 25 URs – 73 repetições	59
5.1.1.2. Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares: 21 URs – 66 repetições	59
5.1.1.3. Condições estruturais e relacionais para o trabalho: 20 URs – 47 repetições	60
5.1.1.4. Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental: 22 URs – 43 repetições	61
5.2 Grupos Focais Usuários e Familiares (U/F)	61
5.2.1 Categorias do primeiro e segundo Grupo Focal Usuários e Familiares	62
5.2.1.1. Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado: 4 URs – 33 repetições	63
5.2.1.2. Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares: 5 URs- 28 repetições	63
5.2.1.3. Condições estruturais e relacionais para o trabalho: 1 URs e 8 repetições	63
5.3 Grupo focal com todos os protagonistas (usuários, familiares, gestores e trabalhadores)	64
5.3.1 Categorias dos primeiro e segundo Grupo Focal Protagonistas	64
5.3.1.1 Alinhamento à Clínica da Atenção Psicossocial - 6 URs- 8 repetições	65
5.3.1.2 Formação e Educação Permanente- 2 URs- 8 repetições	66
5.3.1.3 Adoção e efetividade dos fluxos de informação clínico-institucional: 6 URs-9 repetições	66
5.3.1.4 Acesso à medicação: 3 URs-8 repetições	66

5.3.1.5	Relação do CAPS e a rede intrasetorial e intersetorial- 4 URs- 6 repetições	67
5.3.1.6	Elaboração, atualização e execução do PTS- 3 URs- 6 repetições	67
5.3.1.7	Alinhamento à uma clínica racionalizada e interseccional- 3 URs- 3 repetições	67
5.3.1.8	Avaliação dos acolhimentos noturnos - 1 URs- 2 repetições	68
6.	ANÁLISE	69
7.	ENTRADA AO CAMPO: O CAMINHAR DA PESQUISADORA E DA RELATORA	71
7.1	Desbravando o campo: apresentação da pesquisa aos trabalhadores do CAPS	71
7.1.2	Dia de assembleia de usuários e familiares: o convite para a participação da pesquisa	74
7.2	Traçando os rumos: apresentação dos grupos focais a partir de um diário de campo..	77
7.2.1	A aprendiz e sua companheira no 1º grupo focal com trabalhadoras e gestoras..	77
7.2.2	As apostas no 2º encontro do grupo focal com trabalhadores e gestoras	80
7.2.3	A expectativa e a boa surpresa do 1º grupo focal com usuários e familiares	82
7.2.4.	O 2º encontro no grupo focal com usuários e familiares	85
7.2.5	Primeiro Grupo focal com todos os protagonistas - Dia de bons encontros	88
7.2.6	Segundo grupo focal com todos os protagonistas - Finalização de um ciclo com a minha companheira de pesquisa	89
8.	ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO GRUPO FOCAL COM TRABALHADORES E GESTORAS	91
8.1	Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado	91
8.1.2	Desconstrução do Estigma da loucura	92
8.1.2	Conhecimento da rede sobre o trabalho da Residência Terapêutica (RT)	95
8.1.3	Compreensão da produção do cuidado e saúde mental	100
8.1.4	Modelo manicomial	103
8.1.5	Modelo de atenção psicossocial	105
8.1.6	Desconstrução do CAPS como lugar de internação	108
8.2	Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares	111
8.2.1	Prontuário como instrumento de comunicação-cuidado	112
8.2.2	Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (Escuta e Acolhimento)	115
8.2.3	Articulação de Rede	119
8.2.4	Educação Continuada	123
8.3	Condições estruturais e relacionais para o trabalho	126
8.3.1	Estrutura Física	126
8.3.2	Sobrecarga de trabalho	127
8.4	Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental	131
8.4.1	Dado que permite compreender, propor, direcionar e avaliar uma situação	

(Indicador)

131

9. ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS E FAMILIARES.....	
134	
9.1. Modelos e concepções acerca da produção do cuidado	134
9.1.2. Compreensão da produção do cuidado e saúde mental	135
9.2 Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares	141
9.2.1. Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (acolhimento familiar; convivência)	142
9.2.1.1 Acolhimento familiar	142
9.2.1.3 Convivência	143
9.3 Condições estruturais e relacionais para o trabalho	146
9.3.1 Estrutura Física	146
10. ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO GRUPO FOCAL COM TODOS OS PROTAGONISTAS (USUÁRIOS, FAMILIARES, TRABALHADORES E GESTORES)	
149	
10.1. Alinhamento à Clínica da Atenção Psicossocial	149
10.2 Formação/ Educação Permanente	155
10.2.1 A rede de atenção psicossocial no contexto das políticas públicas de saúde mental: (CAPS, manicômio, internação psiquiátrica e acolhimento noturno)	156
10.2.2 Organização da atenção à saúde, com ênfase no planejamento de base territorial: convivência, Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho em rede e intersectorialidade	158
10.2.3 Desinstitucionalização e o processo de trabalho das equipes: serviço residencial terapêutico (SRT), desinstitucionalização e técnico de referência	159
10.3. Relação do CAPS e da rede intrassetorial e intersectorial	161
10.4 Acesso à medicação	165
11. INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE MENTAL CONSTRUÍDA COM OS PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
169	
11.1 Indicador: Alinhamento à clínica da atenção psicossocial	170
11.2 Indicador: Formação/ Educação permanente	171
11.3 Indicador: Relação do CAPS e da Rede Intrassetorial e Intersetorial	172
11.4 Indicador: Acesso ao medicamento	173
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
13. REFERÊNCIAS	180
APÊNDICE I - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL I	201
APÊNDICE II - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL II	202
APÊNDICE III- ROTEIRO DISPARADOR COM O DIAGNÓSTICO INICIAL DOS INDICADORES APÓS OS GFs (TRABALHADORES E GESTORES) E GFs (USUÁRIOS E FAMILIARES) PARA SER UTILIZADO NOS GFS COM TODOS OS PROTAGONISTAS.	203
APÊNDICE IV – TCLE FAMILIARES	204
APÊNDICE V – TCLE USUÁRIOS	207
APÊNDICE VI – TCLE GESTORES	210

APÊNDICE VII – TCLE TRABALHADORES
ANEXO I - TERMO DE ANUÊNCIA

213
216



1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, que iniciou seu processo de instalação no final da década de 1970, deflagrou a discussão entre profissionais, familiares, usuários e gestores, possibilitando a estruturação de novas formas de organizar e operar o cuidado em saúde mental para além de um modelo biomédico e com restrição dos direitos dos indivíduos. Desta maneira, a reforma psiquiátrica promoveu ideais voltados para um modelo de cuidado de base territorial, mais integral, horizontal, multiprofissional, longitudinal e contextualizado, com a construção de serviços de atenção diária organizados em rede (BRASIL, 2013).

A psiquiatria democrática Italiana contribuiu para a fundamentação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Destacamos Franco Basaglia que questionou a lógica manicomial para além da estrutura física do hospício, e que compreendia o "conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana" (AMARANTE, 2007, p.56).

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica originou uma sucessão de novas discussões onde se destaca a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), organizada num contexto político de transição democrática como resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária. É considerado um marco para a saúde no país por simbolizar um movimento de democratização da saúde e inaugurar um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre as políticas de saúde e ainda, iniciar um processo de superação do modelo manicomial (ROSÁRIO et al, 2020).

Um dos marcos legais trazidos pela Reforma Psiquiátrica foi a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Antimanicomial ou ainda Lei Paulo Delgado, que visa a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Avançamos em outro marco legal, a Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como proposta de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento



ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

A RAPS é formada por uma série de serviços com a proposta de substituição do modelo manicomial, sendo constituída por sete componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Entre os dispositivos da RAPS, destacamos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo de cuidado em saúde mental que visa à reinserção social, promovendo autonomia.

O CAPS visa resgatar as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois os mesmos constituem estratégias de cuidado (BRASIL, 2004). Assim, o serviço de saúde mental busca superar práticas asilares executada prioritariamente nos hospitais psiquiátricos; sendo orientado pela desinstitucionalização como condutora das práticas de saúde.

Além disso, é fundamental a construção do cuidado em saúde em obediência aos princípios do SUS, e destacamos a equidade, onde “ofertar o cuidado é reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade”. (PNAB, 2017).

O cuidado em saúde mental não preconiza a cura, mas se realiza na produção de vidas mais potentes e possíveis, o que contribui para que o sujeito possa construir algo que faça sentido para ele (MACHADO; COLVERO, 2009). Ao refletir sobre o processo de produção de saúde, o cuidado é considerado um importante marcador para observar o desenvolvimento das ações e práticas no cotidiano dos serviços de saúde.

Cuidar prevê envolvimento com o outro, implicação, de forma que proporciona o acolhimento, escuta e respeito pelo sofrimento do sujeito e sua história de vida (VALLA et al., 2006). Pinheiro (2009) discorre sobre o cuidado como o respeito, o acolhimento e o atendimento prestado ao indivíduo em sofrimento, com o



reconhecimento das necessidades de saúde e a oferta de ações para supri-las e que o cuidado seja realizado com qualidade.

Compreende-se, portanto, o cuidado como o resultado do entendimento, das escolhas, das expectativas e levando em consideração os saberes de todos os envolvidos. Considerar a autonomia dos usuários dos serviços de saúde para gerir suas vidas é defender que cada indivíduo também é o produtor do seu cuidado. Segundo Feuerwerker (2016), o cuidado não é exclusividade dos profissionais de saúde; e faz-se necessário e importante a inclusão dos usuários, familiares e de todos os atores participantes ativos desta produção.

A reforma psiquiátrica, além de exigir uma mudança na assistência à saúde mental, vem produzindo uma reorganização dos serviços de saúde, do processo de trabalho e das ações de saúde. Desta forma, a comunicação entre os atores sociais, gestores, trabalhadores e usuários, pode ser capaz de provocar mudanças que também precisam ser envolvidas como recursos capazes de atuar na produção de saúde.

Neste sentido, Figueiredo e Dimenstein (2010) discorrem sobre um modelo de funcionamento do serviço, que proponha flexibilidade e possibilite a cogestão no CAPS, ao permitir também que os usuários possam criar condições para que o dispositivo funcione da melhor forma possível e que atenda suas necessidades de saúde.

É nesta perspectiva que o presente estudo se insere e busca colaborar na discussão que envolve a gestão do CAPS a partir das necessidades dos usuários, considerando o papel estratégico dos trabalhadores e gestores na produção do cuidado.

A inquietação para a realização dessa pesquisa partiu da minha vivência prática enquanto gestora de um CAPS, na qual uma das atribuições é o monitoramento da qualidade do cuidado territorial, que se faz através de indicadores de saúde. Porém, ao observar os indicadores disponíveis, me vi sem parâmetros de referência para a construção do processo de trabalho na gestão em saúde mental, no âmbito do CAPS. A partir dessa inquietação pergunto: para fazer gestão em saúde mental em um CAPS os indicadores disponíveis são suficientes?



Vale contextualizar o papel dos indicadores de saúde, estes que constituem elementos essenciais e importantes, e que auxiliam os gestores e equipes de saúde na tomada de decisão e direcionamento dos processos de trabalho, além de possibilitar a qualificação desses processos impactando na melhoria de qualidade dos serviços de saúde. (FERREIRA, 2020).

De acordo com Minayo (2009, p.84) os indicadores.

[...] assinalam tendências. No entanto, nenhum indicador pode aportar certeza absoluta quanto aos resultados de uma ação ou de um processo, pois sua função é apenas sinalizar: indicadores são instrumentos, não operam por si mesmos, indicam o que devem indicar.

Face ao exposto, de acordo com a busca realizada na bibliografia brasileira, ao analisar as portarias ministeriais, foi encontrado apenas um indicador específico, sendo este: ações de matriciamento sistemático realizado por CAPS com equipes de atenção básica na pactuação interfederativa para avaliar ações em saúde mental.

E quatro indicadores quantitativos em saúde mental, com foco no uso abusivo de substâncias psicoativas no Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Sendo estes: proporção de atendimentos em saúde mental, exceto usuários de álcool e outras drogas; proporção de atendimentos de usuários de álcool; proporção de atendimentos de usuários de drogas; taxa de prevalência de alcoolismo. Tal cenário aponta para uma lacuna na produção de indicadores na área de saúde mental, que além de escassos, focam-se apenas em questões quantitativas.

A partir da problemática apresentada, esta pesquisa buscou contribuir com este debate. Deste modo, elaboramos as seguintes questões norteadoras: Qual a contribuição dos indicadores já existentes na produção de indicadores de qualidade em saúde mental? Quais as concepções de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental? De que forma os indicadores de qualidade poderiam contribuir para a melhoria da qualidade da gestão do cuidado em saúde mental?

A pensar na ampliação de uma rede de Atenção Psicossocial, incorporando possibilidades de articulações intersetoriais e comunitárias para a inserção de novas



propostas de atenção, foi necessário trazer as vozes dos protagonistas do SUS para a construção coletiva de indicadores de qualidade em saúde mental que contribuam para a produção de novos modelos de atenção, com foco na qualidade do cuidado (Costa; Luzio; Yasui, 2003).

Desta maneira, o conteúdo deste trabalho encontra-se em subdivisões dispostas como Parte I (Os conceitos e Contextos), Parte II (Método), Parte III (O Caminhar Cartográfico nos Grupos Focais), Parte IV(A Reflexão sobre as descobertas) e parte V (O Desdobramento e as Proposições), e assim desvelam o caminhar e como estruturou-se este estudo.

No que diz respeito aos resultados, estes referenciais buscaram contribuir para o debate sobre cuidado; qualidade em saúde mental e foi possível construir quatro indicadores de qualidade com os protagonistas do sistema único de saúde. Esta construção se fortaleceu ao inserir como protagonistas para além dos gestores, trabalhadores, os usuários e familiares e com isso, a oportunidade em dar voz a quem, por vezes, é visto no lugar de passividade no que tange o ato do cuidado e suas percepções sobre a qualidade do cuidado.

Nesta direção, considera-se que este estudo contribuirá de forma a nortear caminhos para uma relação horizontal e dialógica entre cada ator do SUS e produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar. Assim como, alinhar os processos de trabalho nos CAPS III, onde poderá impactar na configuração da gestão do trabalho que reverbera numa efetiva organização do serviço e na qualidade da assistência à saúde para com as pessoas em sofrimento psíquico na rede de atenção psicossocial.



2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Analisar a qualidade da gestão do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir da percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial III na área programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro.

2.2. Específicos

- Identificar e analisar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores em um centro de atenção psicossocial III na Área Programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro;
- Discutir qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir de seus protagonistas;
- Propor indicadores de qualidade em saúde mental.



3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está organizado em cinco partes, a saber: cuidado em saúde, cuidado em saúde mental; qualidade do cuidado; indicadores de qualidade em saúde e indicadores de qualidade em saúde mental.

3.1. Cuidado em saúde

Para este projeto, adota-se a compreensão do cuidado como uma reflexão inerente à temática da vida, das maneiras de estar no mundo e da construção de conexões que se relacionam com a disponibilidade de recursos que adquirimos ao longo do tempo para viver da melhor forma possível. Critica-se, portanto, a vinculação da saúde em um modelo, medicalizante e produtor de diagnósticos (Feuerwerker, 2016). O cuidado está em oposição ao descaso, ao descuido, pois "cuidar é mais do que um ato; é uma atitude (...), de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro" (BOFF, 2000, p.73).

Enquanto um 'modo de fazer na vida cotidiana', o cuidado caracteriza-se por atitudes como 'responsabilidade' e 'zelo', que se estabelecem com pessoas, coisas e lugares (Pinheiro, 2009), inserindo-se, assim, tanto na saúde quanto nas reflexões que discorre deste campo, englobando aspectos como solidariedade e apoio.

Merhy (2002, p.96), por sua vez, avança sobre o conceito, definindo-o como um processo inventivo que:

Deve-se afirmar como uma experiência radical de (re) invenção da saúde que considera as apostas dos sujeitos sobre suas existências. O cuidado deve portanto estar a serviço do viver individual e coletivo de tal maneira que a vida de qualquer um possa valer a pena.

Alinhado a este debate, considera-se para este projeto de pesquisa que o caminho invariável para a reflexão sobre o cuidado em saúde passa pela integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui um dos atributos das práticas profissionais no campo da saúde. De acordo com o artigo 3º da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a integralidade busca a construção de práticas integrais no cotidiano dos serviços (PNAB, 2017).

Nesse bojo, Pinheiro (2009, p. 6) aponta que o cuidado em saúde:

É uma dimensão da integralidade que deve permear as práticas de saúde, não podendo restringir apenas às competências e tarefas



técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua construção.

Luz (2006, p.19) refere-se ao cuidado como "o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social". Pinheiro (2009, p.6) discorre que o cuidado está pautado em "uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, sendo isso, [...] o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição".

Segundo Magalhães Júnior e Oliveira (2006) a integralidade também pode ser descrita pela forma como o profissional se implica no cuidado por aquele usuário que o procura, constituindo mais uma postura ética, com criação de vínculo e responsabilização do que um dispositivo técnico com uma resposta clínica. Destarte, é nas práticas cotidianas dos serviços que ocorre a produção da integralidade pautada nos aspectos e na relação construída entre trabalhadores e usuários (MERHY, 2002; PINHEIRO & MATTOS, 2001).

Mattos (2001, p. 52) propõe discorrer sobre a integralidade:

Como uma dimensão das práticas, quando esta assume a forma entre o encontro do profissional com um usuário, caberá ao trabalhador, de acordo com sua postura ética, a realização da integralidade. As práticas instituídas no sistema de saúde podem ajudar ou dificultar a realização da integralidade. Exemplificando, as cobranças de metas/ produção, no caso uma visita domiciliar de um agente de saúde (ACS) ou uma consulta de enfermagem (...) poderá ser um impedimento para prestar uma atenção integral.

É necessário buscar uma assistência integral à saúde que não seja o oposto da doença, nem restrita e localizada no corpo, no cunho biológico, uma atenção voltada a um olhar holístico ao sujeito, logo é importante envolver a valorização do cuidado e o acolhimento.

Desta forma, a construção de práticas da atenção integral à saúde deve estar inserida nos serviços. Cuidar de um indivíduo implica em construir coletivamente projetos de vida, dos quais o usuário deverá participar ativamente do processo. Assim, visando um tratamento respeitoso, onde vínculo e acolhimento estão presentes na relação usuário - trabalhador.

Desse modo, pontuamos a importância na relação entre integralidade e o acolhimento nas práticas de saúde, este pautado na construção da relação de



confiança e responsabilização entre trabalhadores de saúde e os usuários do serviço, assim como a garantia desses atores na decisão sobre o cuidado ofertado e oferecido (PINHEIRO & MATTOS, 2005).

O acolhimento é mencionado também como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), onde não tem um momento ou local específico para acontecer, assim como não é exclusivo de uma única categoria profissional, ele está presente nos encontros entre profissionais-usuários que implica numa escuta qualificada para garantia de acesso às tecnologias de saúde de acordo com suas necessidades.

Segundo Cecílio e Matsumoto (2006) o vínculo é um dos elementos que constituem as necessidades de saúde do usuário, desta forma, através da relação que possa ser construída entre equipe de saúde e usuário é possível produzir, pensar e fazer com que ele seja o protagonista do seu cuidado.

No entanto, o vínculo é uma construção constante que ocorre no cotidiano entre os trabalhadores e usuários, é necessário ampliar o entendimento de que os indivíduos possuem autonomia para condução de sua própria vida e trazem em sua bagagem histórias de vida, saberes, onde muitas vezes são desconsiderados pelos trabalhadores, assim como suas experiências e vivências são ignoradas.

Nessa direção, também é relevante um olhar em relação ao cuidado prestado dentro dos serviços de saúde na relação usuário - trabalhador. Quando o profissional enxerga em si a centralidade do poder e saber, não reproduz ações direcionadas para os interesses do usuário, desta maneira não estará contribuindo para gerar autonomia deste sujeito. Seguindo com uma visão desrespeitosa do modo como o indivíduo tem de realizar o cuidado de si, o profissional toma a frente não permitindo que o protagonista no processo seja o usuário.

Dentre os diferentes sentidos já descritos para o cuidado em saúde, todos os atores sociais: profissionais de saúde, gestores, usuários, familiares e suas redes de apoio são participantes ativos dessa produção de cuidado. O que faz destes encontros momentos de tensão seja esses de interesses individuais ou coletivos. O cuidado é resultado do entendimento das escolhas, das expectativas e levando em consideração os saberes de todos os envolvidos.

Portanto, é no encontro entre trabalhador - usuário que cada profissional atua no seu modo de agir no cotidiano dos serviços, que ocorre a produção do cuidado no campo da micropolítica em ato (FRANCO; MERHY, 2013). O cuidado que acontece



nos encontros desenvolve-se a partir de um processo de subjetividade, a cada interação entre usuário-profissional de saúde, muito além de apenas uma prática tecnoassistencial. Desta forma, uma série de conexões é estabelecida nos encontros, a implicação no cuidado das subjetividades permite "afetar e ser afetado" (FRANCO; MERHY, 2013, p.125).

A subjetividade está presente no ato do cuidado, neste encontro do trabalhador com o usuário que ocorre nos espaços de saúde, permeado pelos valores e maneiras que os indivíduos vêem e seu modo de agir na vida.

Sendo assim, é importante refletir sobre o cuidado que ocorre em interação com o usuário, o olhar além de um modelo biomédico, com predomínio na intervenção científica sobre o corpo, exaltando a prática clínica e da autossuficiência do saber profissional, o qual historicamente tem privilegiado práticas profissionais centradas na operacionalização de tecnologias leves-duras e duras (FRANCO; MERHY, 2013).

Esse modelo propicia um cuidado que restringe a intervenção pautada apenas no adoecimento, distanciando-se do indivíduo, nos privilegiando enquanto profissional, sendo mais fácil cuidar da doença do que olhar outras situações que nos provocam e colocam em outro lugar.

Assim a integralidade aparece em todos os núcleos de competência a qual se estruturam para ofertar cuidados à saúde. Cecílio e Matsumoto (2006, p.112), articulam a integralidade com as necessidades de saúde que:

Vão desde as boas condições de vida, determinam o processo saúde-doença, por ex: condições de moradia, hábitos pessoais, o jeito de viver demarca as diferentes necessidades de saúde; criação de vínculo afetivo entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional, o sujeito em relação, vínculo enquanto referência e confiança que se responsabilize pelo cuidado continuado; autonomia e autocuidado no modo de "caminhar na vida" implicam na reconstrução dos sujeitos dos sentidos de sua vida, podendo incluir a satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível; acesso a todas as tecnologias necessárias, que podem melhorar ou prolongar a vida, a partir de uma necessidade singular, são as tecnologias leves, e duras.

Desta maneira, Merhy (2016) utiliza a imagem de uma caixa de ferramentas na qual o trabalhador de saúde possui seus recursos tecnológicos de cuidado, concebendo o trabalho em saúde além de equipamentos e procedimentos técnicos.

O autor distingue três tecnologias: dura, sendo vinculada à propedêutica e procedimentos diagnósticos e terapêuticos; a leve-dura, relacionada ao olhar do profissional sobre o usuário, como objeto de intervenção, em um processo de seu



mundo e de suas necessidades; leve, produção relacional entre usuário-trabalhador mediante escuta, o interesse, a construção de vínculos de confiança, que permite captar a singularidade (Merhy, 2016, p. 39-40).

A primeira caixa de ferramenta é exemplificada por um usuário que se acidentou durante a participação em uma oficina no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), chega à emergência com uma possível fratura no pé esquerdo e será utilizada a tecnologia dura, pois o paciente precisa de Raio X para a realização do diagnóstico e cuidado clínico. O profissional médico utilizará equipamentos para o procedimento, mas deverá utilizar seu conhecimento técnico- científico para avaliação diagnóstica e isto nos permite dizer que há uma tecnologia até menos dura que as ferramentas utilizadas.

Na segunda caixa de ferramentas, esse mesmo usuário necessitará do auxílio de fisioterapia, e será acionado o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em que o profissional de fisioterapia dentro do seu campo do saber, poderá auxiliá-lo.

Por fim, a terceira tecnologia, quando este indivíduo retorna no caps ao encontro de sua referência e ao dividir o que ocorreu, trazendo a cena itens de subjetividade, diz respeito ao processo de relações entre os sujeitos como o acolhimento descrito pelo autor:

Um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas, com momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e de esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1998, p.106 -107).

As caixas de ferramentas tecnológicas surgem como forma de qualificar o cuidado, quanto mais for diversa, maior possibilidade de atender as demandas de saúde, sendo assim, os modelos de atenção à saúde depende de como ocorre a combinação das três tecnologias.

Verifica-se desta forma, a necessidade de discutir o processo de trabalho em saúde pela perspectiva da micropolítica do trabalho, este aborda dois conceitos fundamentais:

O trabalho vivo no processo produtivo do cuidado, o que é construído "em ato", operando em processo de relações entre os atores sociais. Onde os



trabalhadores, nos cotidianos, durante suas atividades nos serviços, podem contar com a liberdade no processo de trabalho, utilizando a criatividade e inventividade, para lidar com os problemas diários dos usuários (MERHY, 1997, p.98-99). E de "trabalho morto" incorporado a máquinas, resultado de um trabalho humano anterior, em que não há necessidade de uma relação para sua produção no momento de uso (MERHY, 1997, p.77-111).

Identificamos um modelo de saúde que é guiado pela cultura da medicalização e um deslumbrado pela tecnologia, onde as demandas dos usuários relacionam-se principalmente à falta de interesse, desresponsabilização dos serviços e dos profissionais para com as suas necessidades. Os usuários costumam se sentir desamparados, desrespeitados diante de atos dos trabalhadores (Merhy; Franco, 2013).

Como exemplificado a seguir, um atendimento no serviço de saúde durante o acolhimento por demanda espontânea realizada pelo profissional enfermeiro, quando o usuário não restringe a queixa principal que o levou à unidade de saúde naquele momento, este é interrompido, não permitindo abertura para a escuta de outras situações que provocam algum tipo de desconforto ou sofrimento.

E neste processo, a relação com o profissional e o serviço pode se tornar mais adoecedora, num espaço onde as relações deveriam ser horizontais, o indivíduo pode se sentir abandonado e desrespeitado, diante de atos dos trabalhadores sobre eles, é necessário refletir sobre modelos de práticas autoritárias que construímos, pois ao invés de produzir autonomia acabamos reduzindo.

Dentre tantos obstáculos os usuários, por vezes, encontram nos serviços profissionais pouco acolhedores, muitas vezes uma porta de entrada onde não é possível narrar histórias que trazem sofrimento e burocracias instituídas que dificultam uma boa relação entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares.

Mediante os atos dos trabalhadores que incidem sobre os usuários e as ferramentas tecnológicas utilizadas na produção do cuidado, o modo como os serviços operam as práticas assistenciais são condições que refletem sobre o cuidado ofertado, que este, não seja apenas resolutivo, limitado a um processo de desresponsabilização e custoso para quem está recebendo o cuidado.

Será que os usuários entendem que a prática de saúde ofertada é um cuidado ou a produção de um descuidado?



3.2. Cuidado em saúde mental

Os debates fomentados pela Reforma Psiquiátrica, a prestação da assistência às pessoas em sofrimento psíquico podem ampliar o olhar para o coletivo e a abordagem no campo familiar e comunitário (AMARANTE, 1995; SCHECHTMAN e ALVES, 2014). A partir da reforma, conforme estabelece a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) baseada na lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, foi proposto o redirecionamento do cuidado para a lógica territorial, priorizando a formação de vínculos, garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2001).

No processo de reorientação do modelo, dez anos depois da PNSM, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria GM/MS nº 3088, 30 de dezembro de 2011 foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), um marco no campo da saúde mental de base comunitária, com um novo paradigma assistencial buscando a melhoria no acesso e do acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico, como a inclusão do modelo de atenção psicossocial (BRASIL, 2011).

Neste contexto, com a RAPS passa a ser constituída uma rede de serviços de saúde mental com o intuito de acolher de forma integral e articulada às demandas oriundas das pessoas em sofrimento psíquico e aquelas que fazem uso danoso de álcool, crack e outras drogas. A RAPS é formada por sete componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS, atuando no âmbito individual e coletivo, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2017). Tem como estratégia o modelo de Saúde da Família e sua organização ocorre de acordo com os preceitos do SUS, os quais possibilitam o acesso universal aos serviços de saúde.

Espera-se que as ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica

Desenvolvam-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2013, p.19).



Sendo assim, a atenção básica é integrada com alguns pontos de atenção e serviço: unidade básica de saúde (UBS); núcleo de Apoio à saúde da família (NASF); consultório na rua (CNAR), apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório, centros de convivência e cultura (Amarante, 2017, p. 86).

Dentro da atenção básica, destacamos como um serviço essencial e importante para as ações de saúde mental o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O NASF-AB é constituído por equipes multiprofissionais de atenção interdisciplinar com diferentes categorias profissionais que atuam de maneira integrada e dando suporte aos profissionais das equipes de saúde da família, de atenção básica compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes (Brasil, 2017)

De forma a superar a tradicional organização do sistema de saúde, que mais transferem a responsabilidade sobre o problema do usuário do que efetivamente produz resolutividade, a proposta é apoiada no matriciamento, com o intuito de transformar a lógica dos encaminhamentos, referências e contra referências, em “ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais” (Brasil, 2011, p.13).

No matriciamento estão estruturadas duas equipes, a de referência Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a de apoio matricial, sendo esta composta por equipe de saúde mental. O matriciamento rompe com a lógica do encaminhamento para uma prática que fomenta a corresponsabilização do cuidado(Brasil, 2001).

Outro serviço que faz parte da RAPS é o centro de atenção psicossocial (CAPS), que busca atender a pessoa em seu território, um serviço essencial no cuidado em saúde mental, especialmente nos casos graves de sofrimento mental. O caps, regulamentado pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), é dispositivo de base territorial e comunitária, composto por equipe multiprofissional de atenção interdisciplinar, acolhem sujeitos em sofrimento psíquico grave e persistente e aqueles que possuem necessidades decorrentes ao uso de crack, álcool e outras drogas, nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (Brasil, 2011).

Com a possibilidade de promover o cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico o CAPS tem o objetivo de



[...] desenvolvimento de projetos de vida, de produção social, além da promoção da melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Entre algumas de suas missões estão a tecer laços para além dos serviços de saúde e de manter aquecidas suas relações com a cultura local (SOUZA; RIVERA, 2010, p.124).

As ações em saúde mental devem ser pautadas num cuidado produtor de cidadania, autonomia, respeito às diferenças, fortalecimento de vínculos sociais, construção de projetos de vida. A reforma psiquiátrica redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, que vem proporcionando a desmontagem do modelo manicomial de tratamento e a consequente criação de outro modo de operar o cuidado.

Em consequência, foi instituída uma nova lógica de assistência à saúde, a partir da atenção psicossocial, sendo assim, os CAPS são redes de cuidado territorial com espaços de acolhimento e acompanhamento com uma equipe interdisciplinar para usuários em sofrimento psíquico. O que implica ainda o fortalecimento à promoção de uma rede intrassetorial e intersetorial de cuidados e com transversalidade de saberes sobre o sofrimento mental grave e persistente.

Com base nessas considerações, a transversalidade segundo a PNH (2003, p.4) "reconhece que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daqueles que são assistidos. Juntos esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável".

Nessa direção, o usuário é produtor do seu cuidado e este acontece a partir de um processo em que todas as pessoas com que ele constroi relações e os lugares por onde caminham influenciam o modo de viver, e a partir da vivência elaboram significados (Feuerwerker, 2016).

Deste modo trazemos reflexões sobre o cuidar que segundo Pinheiro (2009, p.2) deriva do latim "cogitare" que significa imaginar, pensar, meditar, julgar, supor, tratar, aplicar a atenção, refletir, prevenir e ter-se. Cuidar é o cuidado em ato".

Podemos depreender o cuidado em saúde mental como um campo que não está reduzido apenas em um escopo de atuação técnica, mas em ações voltadas para abrangência da saúde com garantia de direito, cidadania e autonomia. Assim como a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), prioriza a saúde como direito civil de todos - dever do Estado, sendo implementado um conjunto de ações para que esta premissa fosse efetivada e conduz as ações da



saúde mental nos dispositivos de saúde, sejam na atenção básica ou na alta complexidade (PAIM, 2009).

É necessário refletir sobre o cuidado cotidiano aos sujeitos em sofrimento psíquico. São de suma importância a participação de diversos atores sociais, esses, gestores, trabalhadores, usuários e familiares para que ocorra a produção do cuidado.

Desta forma, Pinheiro (2009, p.4) identifica que a demanda por cuidado

Vem exigindo cada vez mais atuação de diferentes sujeitos-cidadãos-profissionais, mulheres e homens, cujo outro demandante, cada vez mais requererá atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com seus desejos, suas aspirações e especificidades, de modo a incluí-lo na tomada de decisão sobre sua vida, ou melhor, dizendo, sobre sua saúde.

Com isso, os sujeitos em sofrimento psíquico necessitam de um cuidado singular, muito além de olhar apenas o sofrimento, a construção é conjunta de cuidados baseados no diálogo ao ouvir o outro, na valorização e no relacionamento com o usuário. Este auxilia na construção de autonomia, garantia de direitos como cidadãos, reinserção social e familiar. O cuidado em saúde mental remete ao respeito às diferenças.

3.3. Qualidade do cuidado

Ao longo dos anos no sistema de saúde, ainda encontramos práticas em saúde sem implicação em acolher as necessidades de vida dos usuários que buscam os serviços. O conceito de humanização busca a melhoria da assistência prestada, a produção do cuidado em saúde e pauta o direito à saúde e a garantia de cidadania. (PNH, 2003).

A Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), descreve que "humanizar o SUS requer estratégias que são construídas entre usuários, trabalhadores e gestores do serviço de saúde" (PNH, 2003, p 03). A comunicação entre esses atores produz mudanças no modo de gerir e cuidar. É importante a inclusão de todos os atores nas tomadas de decisões, como participante nos processos de trabalho e cuidado. Desta forma (PNH, 2003, p.1):

Estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários construindo processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadas que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.



É perceptível na PNH o valor ofertado aos processos organizacionais e aos trabalhadores das instituições, apontando a necessidade da ocupação destes e dos interesses dos usuários por meio do fomento da autonomia e do cuidado de si, agenciando a qualidade do cuidado. Considera-se, portanto, o transbordamento do lugar de paciente para o cidadão. Para tanto, passa-se a considerar o trabalhador a voz no cotidiano do serviço: "Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção da saúde" (PNH, 2003, p.5).

Refletir sobre a qualidade do cuidado está, pois, invariavelmente, ligada à discussão acerca dos processos organizacionais das instituições, uma vez que a produção do cuidado é resultado das expectativas e saberes de todas as partes envolvidas. Entretanto, o que se identifica são contextos nos quais os profissionais de saúde têm pouco ou nenhum momento de discussão e reflexão sobre seu trabalho ou, ainda, sobre como ofertam cuidado. Atribui-se para estas questões a pressão da demanda, a insuficiência de recursos e a obrigação da entrega de produtividade pautada numa lógica gerencial que não considera a produção do cuidado.

Ao discorrer sobre a qualidade do cuidado, é de suma importância refletir como uma instituição oferta cuidado para os usuários, este é muitas vezes o padrão revelador que permeia as relações existentes entre todos os trabalhadores. O cuidar deve vincular ao entendimento das demandas do usuário para que se possa contribuir na melhoria da sua qualidade de vida. Logo, este aprimoramento tem de estar incluído no processo de trabalho em equipe, do profissional de saúde e alinhado nas ações que norteiam o serviço de saúde (Azevedo, Oki, Costa & Valentini, 2001).

"Serviços autoritários operam relações autoritárias em todos os níveis nos quais operam as relações. Serviços democráticos e respeitadores dos portadores de direitos, pacientes, usuários, chamemo-los como quisermos, cuidam bem não só dos pacientes, mas de todos os que interagem no serviço" (Valentini, 2001, p.15).

Sendo assim, o modo como são estabelecidas as relações dentro dos serviços reverbera no cuidado e diz muito sobre a instituição, quando estas são cuidadosas, seja com os usuários ou trabalhadores, são formas potentes de promover mudanças no modo de se relacionar. Ao ser cuidadoso em cada interação dentro do serviço, permite não estigmatizar e não excluir, e respeitando cada encontro que aconteça promovendo o compromisso de um cuidado mútuo, do trabalhador sentir-se



amparado, respeitado e na assistência prestada reagir da mesma forma com o usuário (Valentini, 2001).

O trabalho em saúde mental é alinhado aos marcos legais do campo, está vinculado à lógica do trabalho em equipe interprofissional. Destaca-se que esta lógica não está dissociada da reflexão acerca da gestão administrativa, onde os processos decisórios devem perpassar o cotidiano do serviço existindo a horizontalização de saberes e de decisões. Outro ponto, de extrema relevância para o cuidado em saúde mental, é a discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe interdisciplinar, proporcionando o rompimento com o modelo fragmentado e de valorização ao saber médico. "O modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico teve como uma de suas características principais um sistema terapêutico baseado na hospitalização e na intervenção médica" (AMARANTE, 2017, p.61).

Diante de um paradigma biomédico, em seu contexto histórico com uma lógica de pensamento e atuação em saúde com processos de trabalho num cunho de predomínio da intervenção científica sobre os corpos, soberania do profissional médico e focalizada na prática clínica com o uso de ferramentas tecnológicas duras e leve-duras (MERHY; FRANCO,2013).

Assim, trazemos Ceccim e Merhy (2009, p.532) ao relacionar a qualidade do cuidado às práticas do cuidar no SUS, destaca a possibilidade de captura dos trabalhadores no cotidiano dos serviços pela "ordem profissional ao atuarem somente como meros repetidores, tornando-se reféns de modelos assistenciais, tal como dita a sua categoria profissional ou serviço de saúde".

Os gestores, os serviços e os profissionais de saúde podem incorporar em suas ações, o respeito à autonomia, a singularidade, o modo de vida dos usuários e seus familiares que demandam algum tipo de cuidado. Mesmo sob forte influência na prática de um modelo hegemônico, como descrito anteriormente, o trabalhador tem em suas mãos a decisão de escolher sobre qual tecnologia utilizará no processo micropolítico de trabalho em ato.

Logo, uma possibilidade é que nos espaços de cuidado ocorra uma reflexão sobre qual direção será tomada como referência para a prática de cuidar. Assim, possivelmente estabelecer a partir do processo de trabalho pautado na micropolítica, um lugar de mudança de postura, com relações acolhedoras, com criação de vínculo com os usuários, oferecendo qualidade ao cuidado. Também, a partir de uma visão institucional da responsabilização dos trabalhadores e das equipes por seus atos



cuidadores é que poderemos construir o modo de trabalhar em serviços de saúde, pensar na direção de atos comprometidos de acordo com a necessidade dos usuários.

Assim a qualidade do cuidado também é inerente à gestão, onde um gestor implicado preocupa-se em ouvir o usuário e seus familiares. Desta forma, estabelecendo vínculo e responsabilização a partir das necessidades de saúde que este indivíduo demanda, proporcionando um processo de gestão participativo, respeitando a singularidade e possibilitando que esses momentos sejam espaços de encontro em que os sujeitos possam sentir-se acolhidos e cuidados.

Contudo, a gestão do serviço de saúde também possui relação com a produção do cuidado, assim como corrobora a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003, p.4)

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, os trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.

Sendo assim, em uma de suas diretrizes a política enfatiza o dispositivo de cogestão como um espaço potente de inclusão de novos atores sociais no processo de ampliação da gestão, de acordo com a pactuação de ações e de trocas coletivas. A PNH divide-se em dois grupos de cogestão: um composto a partir de interesses e necessidades de usuários, gestores e trabalhadores que fomentam a organização de um espaço coletivo de gestão e outro em que os usuários e familiares tem a sua participação garantida e ativa no serviço de saúde (PNH, 2003).

A gestão possui um papel essencial de estímulo e apoio aos profissionais, podendo provocar nas equipes modos de cuidar mais participativo, promovendo o fortalecimento de um novo modelo de cuidado em saúde mental, com espaços de discussões, reflexões e construções coletivas para pensar e realizar o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico.

Assim como o gestor também possui uma função administrativa, que está alinhado a competências éticas, técnicas também é essencial que esteja disponível para trabalhar em equipe e estar atento à forma como realizam as articulações com a rede de atenção à saúde faz toda diferença no cuidado, respeitando a singularidade e valorizando o indivíduo em sofrimento psíquico.



É de suma importância que a gestão esteja atenta a sua prática gerencial, para que não ocorram relações de poder, verticalizadas e impostas, sem possibilidade de questionamentos e esta possa interferir no agir profissional.

3.4. indicadores de qualidade em saúde

A definição dos indicadores é iniciada pelo conceito de saúde e são usados múltiplos modelos para estabelecer o tema, sobretudo o termo amplo e que considera o sujeito em sua totalidade. Importante destacar que a saúde não é de responsabilidade somente do setor saúde, incorporando a esse contexto a educação, meio ambiente, saneamento, entre outros, assim como a intersetorialidade para atingir o completo bem-estar e melhoria das condições de saúde da população (OPAS, 2018).

Desta forma, a conceituação sobre a saúde adotada é o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define não se referindo apenas ao bem estar físico do indivíduo. Este termo implica em um estado de bem estar físico, mental e social completo e não em apenas ausência de doença (OPAS, 2018). É notório, através do modelo biomédico, que o corpo sempre se dividiu em partes: fisiológico e psicológico, modelo comprovado pela fragmentação das especialidades (CANTO E SIMÃO, 2009). Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2018, p.14), "indicadores podem ser definidos como estimativas, medidas-síntese de uma dimensão ou característica, buscando descrever e monitorar a situação em saúde de uma população-alvo". Sendo assim, um indicador produz informação após uma interpretação e gera conhecimento que reflete em uma determinada situação.

Nessa perspectiva, é necessário ressaltar que o indicador possui uma importância técnica e política servindo como ferramenta capaz de possibilitar sentidos aos sujeitos e ao cuidado em saúde (MATTA; MORENO, 2014). Desta forma, a utilização de dados de um sistema de informação precisa ser capaz de promover mudanças nas situações de saúde de uma população que é assistida (FELISBERTO, 2004).

que: No que diz respeito aos indicadores de saúde, VILELLA (2020, p. 02) refere

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada como a porta de entrada de uma rede de serviços de acesso universal, os indicadores de saúde conseguem mensurar a qualidade dos serviços e a



efetividade de suas
intervenções, por exemplo. Os
indicadores com enfoque no
desempenho dos



serviços e seu impacto na saúde da comunidade viabilizam o monitoramento, avaliação e reformulação, quando necessário, das ações da APS. A APS a qual tem o poder de fortalecer a universalidade e de organizar os serviços de saúde, e é nesse cenário que os indicadores de saúde ganham tamanha importância quando bem elaborados e monitorados.

Os indicadores possuem atributos de excelência e são definidos de acordo com Martins (2019, p.13).

Confiabilidade: reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. Viabilidade: os dados estão disponíveis ou são fáceis de conseguir. Relevância: Responde às prioridades de saúde. Custo-efetividade: os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.

Para Minayo (2009), existem condições específicas para que um indicador seja considerado bom, tais como:

Que sejam normalizados e que sua produção histórica (sua temporalidade) se atenha sempre à mesma especificação ou forma de medida, permitindo a comparabilidade. [...] regularidade, visando a formação de séries temporais e permitindo visualizar as tendências dos dados no tempo. [...] pactuados por quem os utiliza e quem pretende estabelecer comparabilidade no âmbito nacional e até internacional. [...] disponíveis para um público amplo e de forma acessível, propiciando à opinião pública um formato simples de acompanhamento do desempenho de instituições públicas e de políticas públicas (MINAYO, 2009, p. 84-85).

Convém lembrar que Minayo (2009) faz uma diversificação entre as maneiras de construção de indicadores qualitativos, caracterizando uma a partir de uma lógica quantitativa na sua construção, através de indicadores quantitativos, por meio de escalas, porém relata que esta maneira de construir indicadores de uma forma geral reduz a uma singularidade e individualidade, possibilitando em indicadores que permanecem externos aos sujeitos investigados.

A construção de indicadores qualitativos através de estratégias qualitativas possui a capacidade de possibilitar a expressão da voz, de sentimentos, das práticas desenvolvidas pelos diferentes atores envolvidos.

A partir do exposto acima sobre o conceito de indicadores, convém pontuar o que alguns autores descrevem sobre o conceito de qualidade que está associada a um olhar sistêmico à melhoria contínua e com o intuito de propiciar mudanças. Destaca-se a preocupação, que estas não sejam apenas direcionadas a um olhar de boas práticas, transparência e prestação de contas em saúde, senão teremos meros instrumentos burocráticos e técnicos sem função, distanciando-se da realidade dos serviços.



Pensar na qualidade é possibilitar uma abertura de diálogo e de construção com os atores sociais envolvidos no cuidado, trazendo questões importantes e comuns a todos, visando à contínua qualificação da assistência em saúde e que não seja focada em práticas protocolares e instituídas.

De acordo com Paladini (1995), a qualidade é um conceito dinâmico, ou seja, que muda ao longo do tempo. É um termo de dominação pública, ampla, pois todo intuitivamente tem uma percepção do que seja. A qualidade está relacionada a modos desejáveis de cuidado, que incluem: "efetividade, eficácia, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnica-científica" (Vouril, 1991, p.18).

Para Cerqueira (1994), cada um tem seu próprio modo de percepção sobre a qualidade uma vez que esta se relaciona ao que cada indivíduo acredita que é ou percebe. A qualidade depende, assim, da visão de cada um, em função da cultura, vivência ou do grupo que se considere.

Em virtude dos fatos mencionados, os indicadores de qualidade podem medir diferentes dimensões como: efetividade, acesso, segurança, ou seja, que não são pautados apenas por garantia de cuidado seguro (MARTINS, 2019). De acordo com Donabedian (1980), os indicadores de qualidade têm sido estabelecidos a partir da tríade proposta conforme relata (Martins, 2019.p.33).

Estrutura - atributos dos setores onde os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; processo - conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados; e resultado - às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações.

Nessa direção, a partir de um olhar à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através de seus atributos essenciais - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e derivados, orientação familiar, comunitária e competência cultural (PNAB, 2017) - Ferreira (2020, p. 01), afirma que:

O uso de indicadores relacionados aos atributos essenciais favorece a análise da qualidade dos serviços, da eficiência e efetividade das intervenções, enquanto aqueles relacionados aos atributos derivados permitem observar a qualificação das ações produzidas na APS.

Os indicadores de saúde são capazes de mensurar os diversos estados de saúde inseridos no conceito de saúde que vão desde cobertura de serviços, fatores de risco de proteção para doenças e até os agravos que determinam o estado de saúde da população. Uma vez que, eles são ferramentas importantes que propiciam tomadas de decisão e o planejamento estratégico na área da saúde, desde que sejam



desenvolvidos a partir do estabelecimento de metas claras a serem alcançadas no serviço de saúde (Vilella, 2020).

Portanto, os indicadores de qualidade visam à melhoria da assistência prestada nas organizações e atuam no fortalecimento das políticas de saúde. Desta forma, podemos planejar, organizar, coordenar, direcionar, avaliar e traçar ações específicas para o alcance de resultados dentro dos serviços de saúde.

3.5. Indicadores de qualidade em saúde mental

De acordo com a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS, 2018), os indicadores podem ser utilizados como instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações, permitindo conhecer a realidade de uma população, qualidade de vida, cuidado e serviços de saúde. Os indicadores contribuem no direcionamento para tomada de decisões de gestores e profissionais de saúde, permitem mudanças nos processos de trabalho e geram resultados, assim como, nas políticas para melhoria na situação de saúde da população e redução das desigualdades.

Segundo Oliveira Reis (2016), os indicadores possibilitam às equipes de gestão, dirigentes, políticos e cidadãos entenderem, opinarem e decidirem a respeito dos diversos e complexos arranjos da saúde com perspectiva no gerenciamento da qualidade. Desta forma, os indicadores de saúde retratam um dos principais instrumentos para os processos de avaliação e monitoramento.

No Brasil, tivemos avanços importantes a partir da década de 1980, com modificações na política de saúde mental e conseqüentemente reformulações do sistema da atenção psicossocial, mudanças na assistência à saúde, criação dos CAPS e também de serviços especializados para fornecer atendimento ambulatorial em saúde mental.

Nesta perspectiva, a partir do entendimento que diante da complexidade do sistema de saúde é primordial refletir sobre os indicadores de qualidade em saúde mental, realizamos busca de indicadores em portarias ministeriais.

Na portaria 854/SAS, de 22 de agosto de 2012, que, dentre outras providências, intenciona alterar e criar novos procedimentos para os CAPS, que possuem os Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), este com o objetivo de qualificar as informações sobre as ações que os CAPS devem realizar. Desta forma, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações



desenvolvidas por esse ponto de atenção sobre a complexidade do serviço (BRASIL, 2012). Contudo, não há menção de indicadores de saúde nesta portaria, mas a partir dos procedimentos propostos, podem ser elaborados indicadores qualitativos.

No entanto, no pacto interfederativo dos indicadores, conforme determinação da resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016, dispõe sobre o processo de negociação entre os entes federados (Municípios, Estados e Distrito Federal), que definem indicadores para o período de 2017-2021, onde estão relacionadas às prioridades nacionais em saúde. Desta forma, o único indicador encontrado para avaliação dos serviços especializados de saúde mental no Brasil foi: ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de atenção básica, sendo a meta: um matriciamento realizado por mês para cada CAPS, sendo assim 12 ações de matriciamento por ano, para cada CAPS.

No que tange à relação entre a saúde mental e as rotinas dos serviços da atenção básica e demais integrações com outros níveis de atenção, destaca-se, neste contexto, a temática da qualidade. Está com um forte avanço na atenção básica brasileira com a implantação no ano de 2011, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pela Portaria GM nº1654, de 19 de julho de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d) e atualizado pela Portaria 535, de 3 de abril de 2013 (BRASIL, 2013). Em seu artigo 1º, denota o objetivo principal da implementação do programa, conforme segue:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde (BRASIL, 2011 d).

Contudo, a PMAQ-AB tem como finalidade a melhoria da assistência prestada oferecida aos usuários do SUS nos serviços de saúde, através das equipes de saúde da família (ESF). Desta forma, a PMAQ-AB buscou promover mudanças no cotidiano das unidades de saúde, dos trabalhadores e dos usuários com o envolvimento dos diversos atores (BRASIL, 2011).

Este programa consolidou uma política de qualidade na AB envolvendo as ESF. Logo, é utilizado como uma ferramenta de avaliação de abrangência nacional, com repasses financeiros federais aos municípios. Este, não possui apenas o intuito de possibilitar a melhoria da qualidade, mas de ampliar o acesso à saúde na atenção básica (GIOVANELLA et al.; CHAVES et al., 2018).



O PMAQ-AB, em 2012, era dividido em três módulos: o primeiro, relacionado aos gestores, o segundo, aos profissionais de saúde e o terceiro aos usuários. Sendo assim, encontramos no PMAQ-AB a opinião dos usuários na avaliação, incluindo também a autoavaliação da equipe, com um foco para além da visão somente pautada no gestor. Levando em consideração a importância de quem utiliza o serviço também pode participar e ter voz no processo de avaliação. (BRASIL, 2012).

Lopes (2012) refere que esta é uma meta em processo para ser alcançada, mas que não pode ser excluída, pois é importante a percepção de avaliação dos atores que também fazem parte do processo, e desta forma, é um fomento para produção de mudanças no cotidiano dos serviços de saúde.

Neste sentido, o PMAQ- AB é um instrumento de avaliação e monitoramento das ações da atenção básica que abrange todo país. Este se preocupa em ouvir gestores, trabalhadores e usuários, demonstrando a importância de envolver diferentes componentes, com ampliação do foco, com seus diversos pontos de vista, e desta forma, as equipes são certificadas não apenas por características organizacionais do funcionamento do serviço de saúde, mas também, levando-se em consideração a qualidade dos serviços e ações prestadas (BRASIL, 2011).

Com esta perspectiva também, trata-se de um espaço que convoca os diversos atores sociais ao protagonismo, possibilitando a construção de ambientes de troca, reflexão e de diálogo, onde gestores, trabalhadores e usuários são provocados no envolvimento do comprometimento em objetivos comuns (PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012).

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, é através do conjunto de programas e ações que compõem a nova PNAB, denominado "Saúde Mais Perto de Você", e neste contexto, que se refere ao PMAQ-AB como a principal estratégia capaz de induzir mudanças nas condições e no modo de funcionamento das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo os autores Pinto; Souza; Ferla (2014), o intuito é que seja incutir uma cultura de avaliação, análise e intervenção com a intenção de promover uma habilidade institucional nas equipes e nos sistemas locais, desta forma gerar um movimento de mudança nas práticas dos serviços, em consonância com as características esperadas para a atenção básica.

Ao reconhecer que é no cotidiano dos serviços da atenção básica que ocorre a maior parte da produção da saúde. Destacamos o PMAQ-AB que utiliza indicadores



de monitoramento, que envolvem áreas estratégicas direcionadas a grupos prioritários como a saúde mental e também servem para conhecer o contexto das equipes (GIOVANELLA et al, 2018).

A partir do PMAQ-AB, foram incluídos os seguintes indicadores em saúde mental que permitem mensurar a qualidade da atenção ofertada pelas equipes de AB às pessoas em sofrimento relacionado à saúde mental.

Quadro 1: Indicadores do 1º ciclo PMAQ - AB módulo de Saúde mental

1- Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto usuários de álcool e outras drogas
2- Proporção de atendimentos de usuários de álcool
3- Proporção de atendimentos de usuários de drogas
4- Taxa de prevalência de alcoolismo

Fonte: Ministério da Saúde - PMAQ (Programa de melhoria do acesso e da qualidade. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_inst rutivo_equipes.pdf, 2015. Acesso em: 16. março. 2022

Em virtude dos fatos mencionados, avançamos muito pouco ao encontrarmos apenas um indicador específico sobre ações de matriciamento sistemático realizado por CAPS com equipes de atenção básica na pactuação interfederativa para avaliar ações em saúde mental. Mesmo o matriciamento sendo uma ação necessária para a qualidade da atenção prestada à população e a importância do papel da equipe multidisciplinar na clínica da reforma psiquiátrica.

Contudo, é perceptível um discreto movimento do Ministério da Saúde (MS) na inclusão de indicadores em saúde mental, com foco apenas no uso abusivo de substâncias psicoativas na PMAQ-AB.

Assim como, não encontramos nenhum indicador para o indivíduo em sofrimento em saúde mental relacionado ao NASF-AB, que possui equipes multidisciplinares e tem papel fundamental em apoiar e instrumentalizar os profissionais da atenção básica, devido à complexidade das demandas de saúde mental.

Haja vista, a importância do NASF-AB no processo estratégico de desinstitucionalização, reforçamos sua importância nos serviços de saúde. Segundo Klein D'Oliveira (2017), "o NASF-AB tem a proposta de corresponsabilização e o compartilhamento das decisões e condutas a serem adotadas e aumentar o grau de resolubilidade da atenção básica".



De acordo com um estudo realizado por Pôrto (2012), é possível identificar que as funções dos indicadores encontrados são de monitoramento pelo PMAQ- AB, porém, demonstra-se que estes são muito limitados e tímidos, para indicar elementos para refletir uma realidade assistencial, diante da complexidade das práticas em saúde mental e com parâmetros apenas quantitativos. É importante pensarmos em como construir indicadores qualitativos que afirmem a política de saúde mental brasileira como modificadora e produtora de vida.

Desta forma, os indicadores qualitativos em saúde mental são possibilidades de refletir sobre novos caminhos possíveis para garantia de um melhor cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, permitindo a tomada de decisões e práticas em saúde de acordo com as necessidades do sujeito.



4. METODOLOGIA

O presente estudo toma como caminho metodológico o desenho qualitativo exploratório. A abordagem qualitativa preocupa-se, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, fundamentando-se teoricamente e permitindo:

desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (Minayo, 2009, p.57).

Na perspectiva de Denzin e Lincoln (2006, p.16), a palavra qualitativa:

implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos que não podem ser examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência (Denzin e Lincoln, 2006, p.16).

O caráter exploratório visa identificar uma realidade ainda pouco conhecida a partir da visão dos atores envolvidos. Estes estudos buscam proporcionar maior familiaridade com um determinado problema ou fenômeno, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses e buscando proporcionar maior familiaridade com um determinado problema ou fenômeno, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

À luz desta abordagem metodológica e com o objetivo de compreender a produção do cuidado, o estudo se propõe a construir, junto aos protagonistas do SUS, indicadores de qualidade em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) na Área Programática (AP) 4.0 no município do Rio de Janeiro.

4.1. Contextualização do cenário do estudo

O cenário do estudo é um CAPS III adulto na zona oeste no Município do Rio de Janeiro localizado na Área Programática 4.0. Esta AP é composta por 19 bairros com uma população segundo o IBGE de 909.368 mil habitantes.

Sendo a Atenção Básica da AP 4.0 constituída por 94 equipes de saúde da família (ESF), 31 equipes de saúde bucal (ESB), com 35,66 % de cobertura de ESF, formada por 22 unidades básicas de saúde. Além disso, possui 2 CAPS III adulto, 1



CAPSI, 1 CAPS AD/ UAA, com 1 UPA Municipal, 1 UPA Estadual, 1 CER, 9 Hospitais Públicos.

A escolha da unidade de saúde foi motivada pelo fato de se tratar de um espaço de cuidado em saúde mental 24 horas do SUS, sendo metodologicamente adequado para representar uma célula da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esse cenário foi selecionado para permitir a construção, junto aos protagonistas escolhidos, de indicadores de qualidade em saúde mental.

O CAPS III, cenário deste estudo, tem funcionamento 24h durante os sete dias da semana e possui 10 vagas no serviço com camas para o acolhimento noturno à crise. Inaugurado em 2016, como um CAPS II, tornou-se, em março de 2019, um CAPS III. A equipe do CAPS possui 53 trabalhadores, responsável pelo acompanhamento de 688 usuários em um território com 13 unidades de atenção básica à saúde e uma população de 277.169 mil habitantes.

Por fim, destaca-se a responsabilidade por 21 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), com um quadro de 263 trabalhadores, 4 coordenadoras de SRT e 9 acompanhantes terapêuticos (AT) na organização das moradias.

FIGURA 1: Distribuição por Unidade de Saúde no território do CAPS III



Fonte: Divisão de Informação, Controle e Avaliação (Dica) - AP 4.0



4.2. Ferramentas utilizadas

Considerando os elementos abordados anteriormente acerca do cuidado em saúde mental e com o propósito de trazer as vozes dos diversos protagonistas do SUS, utilizou-se para a coleta dos dados a estratégia do grupo focal, que proporcionou um espaço de discussão acerca da qualidade do cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial III. O processo de construção dos indicadores de qualidade em saúde mental se deu a partir da contribuição dos protagonistas do SUS, a saber: usuários e familiares, trabalhadores e gestores do dispositivo.

Minayo (2009, p.87) destaca a técnica de grupos focais entre as mais comuns para a construção de indicadores qualitativos, sendo este um dispositivo para aprofundar o significado de determinado tema. De acordo com a autora os:

(...) indicadores constituem parâmetros qualitativos e quantitativos que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação do processo) ou foram alcançados (avaliação dos resultados). Como uma espécie de sinalizadores da realidade, a maioria dos indicadores dá ênfase ao sentido de medida e balizamento de processos de construção da realidade ou de elaboração de investigações avaliativas. (MINAYO, 2009, p.84).

Os grupos focais foram realizados em uma sala de reuniões do CAPS, às quartas-feiras, dia de supervisão clínico-institucional. A escolha do local e o período dos encontros se deu por ser este o momento onde a maior parte da equipe de profissionais encontra-se no serviço. Para os usuários e familiares, decidiu-se coletivamente quais seriam as melhores datas para os encontros. A pesquisa de campo teve início no mês de fevereiro de 2023 e terminou em julho de 2023. Transcorreu através das idas ao CAPS.

Os grupos focais foram compostos de até doze participantes, uma coordenadora, também chamada de moderadora (pesquisadora) e uma relatora. Esta última, enfermeira, especialista em saúde mental, mestre pela Universidade Federal Fluminense (UFF) em Ciências do Cuidado em Saúde e diretora de um Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSI) no Município do Rio de Janeiro. A relatora teve a função de registrar através de anotações os detalhes durante o grupo focal, realizando a gravação das conversas (após o consentimento dos participantes envolvidos) para que o coordenador pudesse ficar livre para escutar atentamente as discussões (Minayo, 2009).



Antes da realização do grupo focal a coordenadora fez uma apresentação e descreveu o motivo da realização do grupo, tendo solicitado a gravação em áudios em todas as ocasiões, assegurando a preservação do sigilo em relação aos nomes na divulgação dos resultados da pesquisa. Ressaltou-se, também, sobre como os encontros seriam conduzidos, comprometendo-se com a garantia do tempo de fala a todos os integrantes, bem como o respeito aos participantes durante seus discursos.

A pesquisadora apresentou os riscos mínimos desta pesquisa (de origem psicológica ou emocional, relacionados a imprevistos na coleta de dados, bem como desconfortos, constrangimentos e estresses provocados pelas lembranças que as perguntas podem resgatar), destacando que, caso necessário, o participante interromper sua participação e, se necessário, ser acolhido pela equipe de saúde do CAPS cenário do estudo ou encaminhado para acolhimento em outro serviço de acordo com a sua preferência. A articulação do acolhimento e do cuidado seria realizada pela pesquisadora através de contato telefônico com a gestão da unidade recebedora.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pela pesquisadora juntamente com os participantes da pesquisa. Uma via ficou com a pesquisadora e a outra com o participante. Em seguida foi solicitado que todos se apresentassem. Como dito anteriormente, o gravador de voz foi utilizado, durante os grupos focais, como recurso de registro das falas dos protagonistas, com a devida autorização de todos e todas. Os áudios foram posteriormente transcritos para leitura e construção das categorias e do apêndice III. As transcrições respeitaram a fidedignidade do material colhido.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhadores e gestores que estavam atuando no serviço de saúde e desempenhando suas funções técnicas por um período igual ou superior a dois anos.
- Usuários, a partir de 18 anos, em acompanhamento no CAPS por um período igual ou superior a um ano.
- Familiares que estavam acompanhando os usuários por um período igual ou superior a um ano.



Contudo, este último critério foi modificado no decorrer do estudo devido ao perceptível interesse de participação de protagonistas (usuários e familiares) que estavam no dispositivo há menos de um ano.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram:

- Trabalhadores e gestores que estivessem de férias ou em licenças específicas durante qualquer um dos meses de realização dos grupos.
- Usuários e familiares que não foram vacinados contra a COVID-19

Todo o percurso da pesquisa foi registrado pela equipe, desde a chegada ao campo até o último grupo focal. Em todo o processo, desde o primeiro momento da ida ao campo até seu encerramento, foi adotado o uso regular do diário de campo. Este instrumento foi preenchido com registros das compreensões, inquietações e impressões da equipe de pesquisa (Neto, 2001).

No entanto, por tratar-se de uma proposta cartográfica, o diário de campo não se restringiu apenas a um instrumento descritivo das observações realizadas no campo. Ele também incluiu apontamentos dos registros gerados ao possibilitar a conexão com o outro, percepções sentidas que extrapolam o corpo e capturas de olhares, silêncios, ou seja, tudo aquilo que foi possível observar e vivenciar durante os momentos de interação.

O diário, desta maneira assume do ponto de vista da cartografia por ser:

[...] um agir intuitivo e assíncrono, um registro que se dá tanto simultaneamente ao ato percorrer campo e se experienciar concretamente os encontros produzidos pela pesquisa, como também antes ou depois desse “campo”, quando lembranças, percepções e emoções seguem dançando pelo corpo do(a) cartógrafo(a) a cada momento em que a intuição é ativada nas lembranças, e a cada novo encontro que processa encontros anteriores, emergindo um rebuliço que, por sua vez, faz emergirem mais outros escritos sobre anotações anteriores, em uma cadeia intertextual (Slomp Junior et al., 2020, p.11).

Durante os grupos focais buscamos caminhar no percurso de um desenvolvimento de uma pesquisa interferência, a partir de um modo atento na observação do campo e sensível ao processo na produção de cuidado, ao refletir sobre qualidade do cuidado e a importância dos indicadores, reconhecendo os protagonistas como investigadores, de maneira que pudessem dividir saberes e suas



práticas cotidianas. Assim, mais do que apenas observar é necessário o estranhamento do lugar que estamos, é preciso fazer pesquisa nesse lugar. Ninguém é neutro, mas nesse processo, cada um que se encontrou reunido nos grupos focais se envolveu e não permaneceu mais o mesmo. Todos são afetados, atravessados por histórias, é se desfazer da ideia de que só existe uma única verdade, temos processos, tais processos fazem chegar a resultados (Seixas, et al., 2016).

Após a apresentação da pesquisa aos trabalhadores e trabalhadoras no CAPS, agendamos, em março de 2023, durante a assembleia de usuários e familiares, um momento para que pudéssemos falar sobre o estudo a fim de convidá-los para estarem conosco nessa construção.

Após a apresentação para todos os protagonistas envolvidos na pesquisa, iniciamos os grupos focais. Foram realizados dois encontros em março de 2023 com trabalhadores e gestores, dois encontros em abril de 2023 com usuários e familiares, e dois encontros em julho de 2023 com todos os protagonistas.

Os encontros foram presenciais, totalizando seis, e cada grupo teve um roteiro específico. Os grupos focais foram divididos em três categorias, e para a realização e condução dos grupos, seguimos a ordem do roteiro conforme descrito abaixo:

1. Dois encontros com gestores e trabalhadores (Apêndice I).
2. Dois encontros com usuários e familiares (Apêndice II).
3. Dois encontros com todos os atores juntos (gestores, trabalhadores, usuários e familiares) (Apêndice III).

Ao longo dos grupos focais, a relatora registrou as discussões em papel, com o objetivo de subsidiar o processo posterior de análise. Cada grupo teve duração de aproximadamente 90 minutos.

Os roteiros dos grupos focais foram construídos para responder aos objetivos da pesquisa, permitindo uma análise e construção coletiva de indicadores que contribuíram para a possível produção de novos modelos de atenção, com foco na qualidade do cuidado.

A separação dos grupos focais justificou-se pela necessidade de evitar a produção de dados enviesados e o constrangimento de usuários e familiares que, de outra forma, estariam frente a frente com os profissionais que cuidam deles. No



entanto, foram realizados encontros com a participação de todos os protagonistas, com o propósito de promover uma mudança de perspectiva e troca de informações sobre o que foi produzido até aquele momento.

Sendo assim, a proposta metodológica dividiu-se em duas etapas:

Nos primeiros encontros com os grupos focais de trabalhadores/gestores (T/G) e usuários/familiares (U/F), optamos por iniciar de forma mais livre, discutindo temas como cuidado, qualidade e saúde mental. A partir do segundo encontro, realizamos a leitura das perguntas disparadoras de acordo com os apêndices específicos de cada grupo. Após as leituras, os protagonistas foram incentivados a colaborar e participar no grupo no momento que achassem oportuno, momento em que inserimos os indicadores. Na segunda etapa, foi criado um grupo de trabalho com todos os protagonistas. Através de um processo de educação permanente, coletamos as informações emergidas nos grupos anteriores para conduzir o encontro e construir os indicadores de qualidade em saúde mental.

É importante ressaltar que as perguntas disparadoras para os grupos focais foram elaboradas em colaboração com duas profissionais experientes com grande envolvimento com o território onde trabalham, o que permitiu que contribuíssem com suas experiências e vivências na construção do instrumento e nos desdobramentos da pesquisa:

- Primeira Colaboradora: Psicóloga, que atuou como gestora durante quatro anos em um CAPS II na Área Programática 5.2 (AP), atualmente supervisora clínica institucional e mestre pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ em saúde coletiva/ciências humanas e saúde.
- Segunda Colaboradora: Psicóloga, que foi gestora durante onze anos no CAPS I e apoiadora de saúde mental durante seis meses na AP 5.2, doutora pelo IMS/UERJ em saúde coletiva/ciências humanas e saúde.



4.3 Análise do corpus documental

A organização sobre a transcrição, sintetização e análise de dados aconteceu nos meses de março a julho de 2023. Desta forma, após a realização dos grupos, foram realizadas as transcrições das narrativas dos protagonistas e, posterior análise segundo os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (1997, p.42), definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Esse conteúdo compôs o conjunto de dados, com isso, ouvimos os áudios e os registros orais dos encontros presenciais com os grupos focais, foram transcritos. Entendemos que a transcrição não deve ser uma mera reprodução das gravações, mas uma busca por apresentar silêncios, suspiros, contrariedades entre outros. De acordo com Franco (2008, p.12), “a mensagem pode ser verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”.

Desta maneira, avançamos para a fase de organização dos dados com o objetivo de eleger o corpus da pesquisa, compreendido como “o conjunto dos documentos tidos em contas para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 1997, p.96).

Fizemos a leitura flutuante, ou seja, estabelecemos um contato com os dados e buscamos uma primeira percepção das mensagens contidas, deixando-nos “invadir por impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas” (Franco, 2008, p.52).

Para a fase da exploração do material, com o intuito de estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto, “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (Bardin, 1977, p.101). A próxima etapa é o estabelecimento das URs, que são as menores partes do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas (Franco, 200). As unidades de registro são determinadas não apenas por componentes racionais, mas também ideológicos, afetivos e emocionais (Franco, 2008).



Depois disso, estabelecemos a unidade de contexto, apontada por Franco (2008) como o “ pano de fundo” que fornece o significado às unidades de análise. Retornamos aos dados, procurando o que cada participante havia explicitado em suas narrativas. Realizando agrupamentos, procurando confluência nos temas e assim construímos as categorias.

Nessa fase, os dados coletados foram tratados de maneira que pudessem ser significativos, estabelecendo categorias de análise da pesquisa que segundo Bardin (1977, p.117) emergem por meio de uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia, com os critérios previamente definidos)”. Após esta etapa, as categorias foram agrupadas e analisadas de modo a estabelecer os indicadores de qualidade em saúde mental.

4.4. Procedimentos éticos

Em relação aos aspectos éticos, sendo esta pesquisa realizada com seres Humanos, atenta-se para os princípios de "bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado", previsto na Resolução CNS 466/12 do conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, publicada em 13 de junho de 2013 e com a resolução 510/2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Soma-se a esta a resolução nº 580/2018 que trata das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico envolvendo o SUS.

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), tendo sido aprovado em 20 de janeiro de 2023 sob o número CAAE 62532322.7.00005238.

Os participantes receberam, leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no apêndice IV. Por meio deste, os sujeitos da pesquisa serão esclarecidos quanto aos objetivos, benefícios e riscos do estudo, sendo oferecido o direito de escolha quanto à participação. A gestora do CAPS III



cenário do estudo leu e assinou o Termo de Anuência Institucional (TAI), apresentado no apêndice III.



5 RESULTADOS

A realização dos grupos focais constituiu uma etapa crucial para a idealização e materialização do desenvolvimento deste estudo. Por meio dos grupos focais, foi possível delinear o processo de pesquisa, construindo indicadores de qualidade em saúde mental em colaboração com os protagonistas. Assim, descrevemos a aplicação do planejamento elaborado.

5.1 Grupos focais com trabalhadores e gestores

Os dois grupos focais com estes protagonistas foram realizados na sala de reunião do CAPS, contando com a utilização de dois dispositivos para gravação de áudio: um celular e um gravador digital.

O primeiro encontro se deu em 22/03/2023, contando com a participação de sete integrantes: seis trabalhadoras e uma gestora. Neste, optou-se pela não utilização do roteiro disparador previamente elaborado (Apêndice I), tendo sido debatido de forma mais livre sobre a qualidade e cuidado em saúde mental, com as falas fluindo de maneira satisfatória. No entanto, ao passar para o segundo bloco, no qual se propôs discutir sobre indicadores, surgiu um silêncio.

O segundo encontro, em 29/03/2023, contou com a presença de oito participantes, sendo sete trabalhadoras e uma gestora. Neste, houve a inclusão de uma nova integrante, uma diarista. Para este segundo encontro, optou-se pela utilização do roteiro disparador (Apêndice I). A sessão foi iniciada com uma introdução detalhada sobre o conceito de indicadores de saúde, explicando sua importância e exemplificando sua contribuição para a saúde da população.

A discussão abordou temas relacionados ao cuidado em saúde mental e qualidade, com uma abordagem tímida sobre os indicadores, influenciada pela fala da gestão. Diversas narrativas surgiram sobre a Reabilitação Psicossocial (RT), devido à experiência das participantes com esta tecnologia neste dispositivo.

Após a realização dos Grupos Focais, procedeu-se à transcrição das falas, e a análise foi conduzida a partir de três elementos: Unidade de Significação (US), Unidade de Registro (UR) e Categoria. Na análise das categorias dos grupos focais



com trabalhadoras e gestoras, a escolha das Unidades de Registro seguiu o critério de exclusão das URs com menos de quatro repetições e o descarte das narrativas que não se alinhavam às reflexões sobre as temáticas abordadas. A seguir, descrevemos, conforme as Categorias dos dois grupos focais de trabalhadoras e gestoras, as unidades de registro identificadas

5.1.1 Categorias do primeiro e segundo Grupo Focal Gestão e trabalhador

A análise do corpus documental apontou para um quantitativo de 88 Unidades de Registro e 229 repetições, que foram aglutinadas em 4 categorias. A tabela abaixo apresenta estas categorias, bem como o quantitativo de URs presentes e o quantitativo de URs que foram mantidas após o processo de análise e exclusão temática

Quadro 2: Categorias e Unidades de Registro dos Grupos Focais Gestão e Trabalhador

Categorias		URs Presentes	URs Mantidas
1	Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado	25	6
2	Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares (estratégia)	21	4
3	Condições estruturais e relacionais para o trabalho	20	2
4	Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental	22	1
Total		88	13

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

As tabelas abaixo apresentam as Unidades de Registro e suas repetições em cada uma das quatro Categorias supracitadas. Destaca-se que este processo permitiu a reorganização das Unidades de Registro segundo critérios de alinhamento e exclusão daquelas que não tinham atendido o quantitativo necessário para afirmar relevância temática. Aquelas que foram mantidas são destacadas nas tabelas. Este processo de análise permitiu a identificação e confirmação das Unidades de Registro



mais relevantes para a pesquisa, garantindo um enfoque temático consistente e alinhado com os objetivos do estudo.

5.1.1.1. Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado: 25 URs – 73 repetições

Quadro 3: Unidades de registro e repetições da categoria “Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado”

Unidade de Registro (UR)		Repetição
1	Desconstrução do estigma da loucura	9
2	Conhecimento da rede sobre o trabalho da RT	8
3	Compreensão da produção do cuidado e SM	6
4	Modelo manicomial	5
5	Modelo de atenção psicossocial	4
6	Desconstrução do CAPS como lugar de internação	4
7	Invisibilidade da saúde mental	4
8	Desinstitucionalização	3
9	Articulação de rede e Intersectorialidade	3
10	Território	3
11	Saúde Mental como Garantia de direitos	3
12	Liberdade de viver em sociedade	3
13	Conceito ampliado de saúde	2
14	Currículo das graduações - formação	2
15	Desconstrução dos lugares de profissionais do CAPS	2
16	Integralidade	2
17	Desconhecimento dos serviços sobre o trabalho do CAPS	1
18	Equipe interdisciplinar	1
19	Território	1
20	Protagonismo do usuário	1
21	CAPS como um espaço de afeto	1
22	Formação profissional - modelo biomédico	1
23	Cuidado como respeito ao tempo do usuário	1
24	Desconhecimentos sobre o trabalho do CAPS	1
25	A raça/cor como elemento importante para a produção do cuidado	1
TOTAL		73

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.1.1.2. Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares: 21 URs – 66 repetições

Quadro 4: Unidades de registro e repetições da categoria “Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares”

Unidade de Registro (UR)		Repetição
1	Prontuário como instrumento de comunicação-cuidado	9
2	Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (escuta 5; Empatia/vínculo 2; acolhimento 1; amenizar o sofrimento 1)	9



3	Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (acolhimento 5; Vínculo 2; escuta 6; ambiência 2; acesso 1; encaminhamento a demanda 1; articulação de rede 2; convivência 2)	9
4	Articulação de rede	5
5	Educação continuada	4
6	Fluxo de referência e contrarreferência	4
7	Articulação de rede	4
8	O prontuário como instrumento de comunicação-cuidado	3
9	O trabalho cotidiano do morar na RT	3
10	Convivência e as relações estabelecidas entre as pessoas no CAPS	3
11	Resolutividade	2
12	Busca ativa	2
13	Demanda espontânea – porta aberta	1
14	PTS	1
15	Participação dos usuários nos grupos	1
16	Construir com a família o lugar do CAPS como espaço de cuidado e parceria.	1
17	Realizar busca ativa nos usuários que não comparecem ao serviço	1
18	Planejamento das ações para realização de visita domiciliar	1
19	Atenção a crise como direcionamento de funcionamento do serviço	1
20	Olhar ao serviço de saúde mental de forma holística	1
21	Moradores da RT como norteadores do cuidado	1
	TOTAL	66

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.1.1.3. Condições estruturais e relacionais para o trabalho: 20

URs – 47 repetições

Quadro 5: Unidades de registro e repetições da categoria “Condições estruturais e relacionais para o trabalho”

	Unidade de Registro (UR)	Repetição
1	Estrutura física	10
2	Sobrecarga de Trabalho	5
3	Cuidado com o trabalhador	4
4	Limitação do prontuário	5
5	Falta de medicação	3
6	Adoecimento do trabalhador	2
7	Carga horária da profissional AT incompatível para as diversas atribuições	2
8	Planejamento das ações para utilização do prontuário	2
9	Disponibilidade de recurso.	2
10	As dificuldades do trabalho na RT	2
11	Educação continuada	1
12	Desvalorização do trabalhador	1
13	vínculos frágeis de trabalho	1
14	Aumento nas demandas de saúde mental dificultando os registros nos prontuários - gestão da informação	1
15	Aumento da demanda de trabalho para o mesmo quantitativo de trabalhadores	1
16	Dificuldade de acesso na rede de saúde mental.	
17	Melhoria da ferramenta para utilização dos registros pelo celular no prontuário	1
18	Necessário melhoria da ferramenta para utilização dos registros pelo celular	1
19	Dado como forma de avaliar se é necessário um outro CAPS no território	1
20	Valorização do trabalhador	1



TOTAL	47
--------------	-----------

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.1.1.4. Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental: 22 URs – 43 repetições

Quadro 6:: Unidades de registro e repetições da categoria “Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental”

	Unidade de registro (UR)	Repetição
1	Dado que permite compreender, propor, direcionar e avaliar uma situação	9
2	Indicadores nas RTs	4
3	Desconhecimento sobre indicadores	4
4	Indicador como forma de direcionar o cuidado em todos os níveis de atenção	2
5	Indicador como justificativa do trabalho	2
6	Indicador como controle da qualidade do trabalho	2
7	Indicador do serviço compreendido como os prontuários e busca ativa	2
8	Satisfação do usuário	2
9	Indicador como orientador do trabalho	2
10	Proposta dos serviços conhecerem o trabalho do CAPS ser utilizado indicador	2
11	Indicador é direcionamento para atingir meta	1
12	Proposta do curso Introdutório ser um indicador	1
13	Indicador compreendido como o Consolidado cobrado para a gestão	1
14	Indicador como produtividade quantitativa	1
15	Indicadores como forma de evidenciar o processo de trabalho do CAPS	1
16	Indicador gera informação sobre o trabalho do CAPS	1
17	Indicador como forma de avaliação positiva ou negativa do atendimento	1
18	Livro de ocorrência da RT como proposta de indicador	1
19	Dado que permite identificar e avaliar as fragilidades do serviço	1
20	Ausência de uniformidade nos indicadores	1
21	Indicador atribuído ao faturamento	1
22	indicador qualitativo que mensura a procura e frequência no CAPS	1
	TOTAL	43

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.2 Grupos Focais Usuários e Familiares (U/F)

Os Grupos Focais aconteceram na sala de reuniões do CAPS, utilizamos dois aparelhos para a gravação dos áudios: um celular e um gravador. O primeiro encontro, em 12/04/2023, contou com sete participantes (cinco usuários e dois familiares). Neste, a exemplo do que foi realizado com o GF Gestão/trabalhador, optou-se pela não utilização do roteiro disparador construído (Apêndice II). O primeiro encontro ofertou narrativas em torno das temáticas sobre cuidado e qualidade em



saúde mental, pautadas em palavras de afeto pelos usuários e de auxílio no manejo de crise pelos familiares.

O segundo encontro, em 19/04/23, contou com a presença de três participantes (todos usuários). Para este, o roteiro (Apêndice II) foi utilizado, provocando falas que circularam entre os temas do cuidados em saúde mental e qualidade, acolhimento, oficinas, importância do CAPS e sua estrutura física, sobretudo no que tange à qualidade.

As etapas de transcrição, eleição das Unidades de Registro e categorização transcorreram conforme apresentado no GF anterior, tendo emergido três categorias: 1) modelos e concepções acerca da produção do cuidado; 2) competência dos serviços na recepção dos usuários e familiares; 3) condições estruturais e relacionais para o trabalho.

5.2.1 Categorias do primeiro e segundo Grupo Focal Usuários e Familiares

A análise do corpus documental apontou para um quantitativo de 10 Unidades de Registro e 69 repetições, que foram aglutinadas em três Categorias. A tabela abaixo apresenta estas Categorias, bem como o quantitativo de URs presentes e de URs que foram mantidas após o processo de análise e exclusão temática.

Quadro 7: Categorias e unidades de registro dos grupos focais Usuários e familiares

Categorias		URs Presentes	URs Mantidas
1	Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado	4	2
2	Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares	5	1
3	Condições estruturais e relacionais para o trabalho	1	1
Total		10	4

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

As tabelas abaixo apresentam as Unidades de Registro e suas repetições em cada uma das três Categorias supracitadas. Destaca-se que este processo permitiu a reorganização das Unidades de Registro segundo critérios de alinhamento e exclusão daquelas que não tinham atendido o quantitativo necessário para afirmar relevância



temática. Aquelas que foram mantidas são destacadas nas tabelas. Este processo de análise permitiu a identificação e confirmação das Unidades de Registro mais relevantes para a pesquisa, garantindo um enfoque temático consistente e alinhado com os objetivos do estudo.

5.2.1.1. Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado: 4 URs – 33 repetições

Quadro 8: Unidades de registro e repetições da categoria “Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado”

Unidade de Registro		Repetições
1	Compreensão da produção do cuidado e saúde mental	24
2	Modelo manicomial	6
3	Modelo de Atenção Psicossocial	2
4	Desconstrução do estigma da loucura	1
Total		33

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.2.1.2. Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares: 5 URs- 28 repetições.

Quadro 9: Unidades de registro e repetições da categoria “Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares”

Unidade de Registro		Repetições
1	Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (acolhimento familiar 4; convivência 8; acolhimento 1; escuta 1)	14
2	Oficinas	7
3	Grupo de família	2
4	Atenção à crise como direcionamento de funcionamento do serviço	3
5	PTS	2
Total		28

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.2.1.3. Condições estruturais e relacionais para o trabalho: 1 URs e 8 repetições.

Quadro 10: Unidades de registro e repetições da categoria “Condições estruturais e relacionais para o trabalho”

Unidade de Registro		Repetições
1	Estrutura física	8
Total		8

Fonte: equipe da pesquisa, 2024



5.3 Grupo focal com todos os protagonistas (usuários, familiares, gestores e trabalhadores)

Em etapa anterior ao Grupo Focal com todos os protagonistas, a equipe da pesquisa analisou os dados coletados nos Grupos anteriores, realizados entre março e abril de 2023. Após a transcrição das gravações e análise do material, tornou-se fundamental identificar as lógicas subjacentes aos conteúdos abordados. Esse processo incluiu a abstração das falas das particularidades individuais, elevando-as a um nível de lógica compartilhada. Esta análise permitiu a elaboração de um discurso coletivo que refletiu a compreensão conjunta de todos os protagonistas acerca do conceito de qualidade em saúde mental.

Esta etapa foi fundamental para que a realização dos Grupos Focais com todos os protagonistas fosse realizada a contento, uma vez que permitiu emergir suas compreensões sobre qualidade do cuidado em Saúde Mental, permitindo, assim, a elaboração de indicadores.

Os encontros ocorreram na sala de reuniões CAPS, em julho de 2023, com a utilização de um roteiro disparador em ambas oportunidades (Apêndice III). O primeiro encontro, em 05/07/23, contou com a presença de doze participantes (três usuários, dois gestores e sete trabalhadores). Neste foi apontado o que emergiu das análises dos encontros anteriores, apresentando para os protagonistas o que emergiu enquanto compreensão de qualidade do cuidado em saúde mental. O segundo encontro, realizado em 19/07/23, contou com a presença de nove participantes (um usuário, sete trabalhadores e um gestor) tendo a intenção de aprofundar as discussões e construir os indicadores.

Destes Grupos Focais surgiram 8 categorias. Através do critério de escolha para a construção dos indicadores, após a transcrição foram elencados aqueles que possuem categorias com quatro ou mais unidades de ressignificação.

5.3.1 Categorias dos primeiro e segundo Grupo Focal Protagonistas

A análise do corpus documental apontou para um quantitativo de 28 Unidades de Registro e 50 repetições, que foram aglutinadas em 8 categorias/indicadores. A tabela abaixo apresenta estas categorias, bem como o quantitativo de URs presentes



e o quantitativo de URs que foram mantidas após o processo de análise e exclusão temática

Quadro 11: Categorias e Unidades de Registro dos Grupos Focais Protagonistas

Categorias		URs Presentes	URs Mantidas
1	Alinhamento à clínica da atenção psicossocial	6	
2	Formação / Educação permanente	2	
3	Adoção e efetividade dos fluxos de informação clínico-institucional	6	
4	Acesso à medicação	3	
5	Relação do CAPS e a rede intrasetorial e intersetorial	4	
6	Elaboração, atualização e execução do PTS	3	
7	Alinhamento à uma clínica racializada e interseccional	3	
8	Avaliação dos Acolhimentos Noturnos	1	
Total		28	

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.3.1.1 Alinhamento à Clínica da Atenção Psicossocial - 6 URs- 8 repetições

Quadro 12: Unidades de registro e repetições da categoria “Alinhamento à clínica da atenção psicossocial”

Unidade de Registro (UR)		Repetições
1	Liberdade e atenção psicossocial	3
2	Análise do território	1
3	Renda como possibilidade de indicador	1
4	Propor discussão sobre o fechamento dos manicômios	1
5	Autonomia, protagonismo do usuário	1
6	A lógica da Atenção Psicossocial a partir da equipe multiprofissional e descentralizada	1
Total		8



5.3.1.2 Formação e Educação Permanente- 2 URs- 8 repetições

Quadro 13: Unidades de registro e repetições da categoria “Formação e educação permanente”

Unidade de Registro (UR)		Repetições
1	Construção do introdutório a partir da intersetorialidade com temáticas: CAPS; lógica manicomial; lógica da atenção psicossocial; acolhimento; internação; convivência; PTS; trabalho em rede; compartilhamento do cuidado; referência; significado das siglas usadas pela saúde mental; trabalho intersetorial; acolhimento em CAPS III; retaguarda; SRT; perfil do usuário cuidado em rede; oficinas de geração de geração de renda; Desinstitucionalização X desospitalização; atenção à crise; o que é ser cuidador de alguém com questões de saúde mental; RAPS; intersetorialidade; justiça; educação; CREAS; CRAS; conselho tutelar. INSS	7
2	Qualificação do processo de trabalho na RI	1
Total		8

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.3.1.3 Adoção e efetividade dos fluxos de informação

clínico-institucional: 6 URs-9 repetições

Quadro 14: Unidades de registro e repetições da categoria “Adoção e efetividade dos fluxos de informação clínico-institucional”

Unidade de Registro		Repetições
1	Compreensão que o livro de ocorrências da RT seja viável para ser um indicador	4
2	Compreensão que o livro de ocorrências da RT não seja viável para ser um indicador	1
3	Dificuldade em transformar o livro de ocorrências da RT em prontuário	1
4	A importância da adesão e acesso da equipe da RT ao prontuário	1
5	A importância da comunicação como indicador para a RT	1
6	Livro de ocorrências utilizado como prontuário	1
Total		9

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.3.1.4 Acesso à medicação: 3 URs-8 repetições

Quadro 15: Unidades de registro e repetições da categoria “Acesso à medicação”

Unidade de Registro (UR)		Repetições
1	Satisfação ao conseguir a medicação pelo SUS	6
2	Falta de medicação no serviço	1
3	Trabalho do farmacêutico na satisfação do usuário ao conseguir a medicação pelo SUS	1
Total		8

Fonte: equipe da pesquisa, 2024



5.3.1.5 Relação do CAPS e a rede intrasetorial e intersetorial- 4 URs- 6 repetições.

Quadro 16: Unidades de registro e repetições da categoria “Relação do CAPS e a rede intrasetorial e intersetorial”

Unidade de Registro		Repetições
1	Compreensão da intersetorialidade para pensar portas de saídas para desinstitucionalização	1
2	Equipamentos para além do CAPS para o cuidado em saúde mental	3
3	Estruturas para que o usuário possa gerir sua vida como: parcerias de trabalho com empresa; geração de renda	1
4	CAPS e comunidades terapêuticas	1
Total		6

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.3.1.6 Elaboração, atualização e execução do PTS- 3 URs- 6 repetições

Quadro 17: Unidades de registro e repetições da categoria “Elaboração, atualização e execução do PTS”

Unidade de Registro		Repetições
1	Compreensão do PTS como indicador	3
2	PTS atrelado a autonomia para atividades de vida diária	1
3	Renda como possibilidade de construção de PTS	1
4	Renda como possibilidade para construção de indicador	1
Total		6

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

5.3.1.7 Alinhamento à uma clínica racionalizada e interseccional- 3 URs- 3 repetições .

Quadro 18: Unidades de registro e repetições da categoria “Alinhamento à uma clínica racionalizada e interseccional”

Unidade de Registro		Repetições
1	A importância dos registros de raça; gênero e renda dos usuários para traçar o perfil como proposta de ser um indicador	1
2	Construção introdutório a partir da intersetorialidade com temáticas sobre a questão racial	1
3	Tratamento do prontuário eletrônico para a questão racial	1
Total		3

Fonte: equipe da pesquisa, 2024



5.3.1.8 Avaliação dos acolhimentos noturnos - 1 URs- 2 repetições

Quadro 19: Unidades de registro e repetições da categoria “avaliação dos acolhimentos noturnos”

Unidade de Registro		Repetições
1	Propor indicadores de como estão acontecendo os acolhimentos noturnos dentro dos CAPS III	2
Total		2

Fonte: equipe da pesquisa, 2024

Como produto final, para esta construção emergiram quatro indicadores de qualidade em saúde mental, conforme a descrição abaixo.

Quadro 20: Indicadores de qualidade do cuidado em Saúde Mental no CAPS III

Indicadores	
1	Alinhamento à clínica da atenção psicossocial
2	Formação/ Educação permanente
3	Relação do CAPS e a rede intrasetorial e intersetorial
4	Acesso ao medicamento

Em etapa posterior, os indicadores elencados pelos protagonistas foram descritos da seguinte forma: nome do indicador; definição; interpretação; fonte de dados; período e modelo de cálculo. Esta construção será apresentada em capítulo específico para o melhor entendimento e utilização desse instrumento. Para tanto, considerou-se uma perspectiva da reforma psiquiátrica e do fortalecimento da RAPS, ao incluir distintos atores neste debate e com a proposta da utilização desta construção coletiva possa ser expandida para os demais serviços de saúde mental no SUS.



6. ANÁLISE

.A partir da síntese de cada capítulo será apresentado ao leitor e leitora o que ele encontrará em cada um deles, auxiliando a entender os rumos percorridos para a produção dos dados.

Desta forma, através da análise de conteúdo emergiram categorias de acordo com cada grupo focal. Nessa perspectiva, elencamos as quatro categorias no grupo de trabalhadores e gestores: modelos e concepções acerca da produção do cuidado; competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares; condições estruturais e relacionais para o trabalho e compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental.

Em relação ao grupo de usuários e familiares evidenciados pela análise das falas, surgiram as três seguintes categorias: modelos e concepções acerca da produção do cuidado; competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares e condições estruturais e relacionais para o trabalho.

No último grupo, ocorreu a construção dos quatro indicadores de qualidade em saúde mental que surgiram a partir dos grupos focais com todos os protagonistas de um serviço de saúde mental na rede de saúde

No capítulo 7, serão apresentados ao leitor e leitora através do relato da pesquisadora e da equipe de pesquisa, como aconteceu a construção com a equipe do CAPS III, para que ocorressem os grupos focais. A cada narrativa sobre os grupos serão discorridos a organização desses encontros, que foram fundamentais para a elaboração das categorias e construção dos indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental.

Nesta seção, no capítulo 8 foram identificadas as quatro categorias que emergiram a partir dos grupos focais realizados com gestoras e trabalhadoras em um serviço de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro.

Os grupos ocorreram em dois encontros no mês de março de 2023, com a participação de 7 pessoas no primeiro encontro e 8 no segundo. Em seguida, é



apresentado o significado de cada categoria, bem como as compreensões das protagonistas que participaram dessa construção.

Na sequência serão explicitados no capítulo 9, as três categorias que emergiram a partir dos grupos focais com usuários e familiares. Os grupos aconteceram em dois encontros no mês de abril de 2023, sendo composto por 7 participantes no 1º encontro, com a presença de (5) usuários e (2) familiares.

No 2º encontro com três participantes, apenas com a presença de (3) usuários e nenhum familiar. Serão descritos o significado de cada categoria e as compreensões dos protagonistas que participaram dessa construção.

Nesta parte, no capítulo 10 foram elencados os quatro indicadores de qualidade em saúde mental que emergiram a partir dos grupos focais com os protagonistas de um serviço de saúde mental na rede de saúde. Os grupos aconteceram em dois encontros no mês de julho de 2023, sendo composto por doze participantes no 1º encontro, com a presença de (3) usuários; (2) gestor e (7) trabalhadores e nove participantes no 2º encontro, com a presença de (1) usuário; (1) gestor e (7) trabalhadores”.

No capítulo 11, ocorreu a construção dos indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental. Sendo esses: 1) alinhamento à clínica da atenção psicossocial; 2) formação/ Educação permanente; 3) relação do CAPS e a rede intrasectorial e intersectorial; 4) acesso a medicação. Também foram descritos da seguinte forma: nome do indicador; definição; interpretação; fonte de dados; período e modelo de cálculo.

Esperamos que esse seja mais um caminho que estamos traçando para contribuir e fortalecer a saúde pública; aprimorar a rede de atenção psicossocial ao gerar informação e incentivar o monitoramento dos indicadores de qualidade do cuidado nos serviços de saúde mental.



7. ENTRADA AO CAMPO: O CAMINHAR DA PESQUISADORA E DA RELATORA

7.1 Desbravando o campo: apresentação da pesquisa aos trabalhadores do CAPS

Em fevereiro de 2023, fui até o CAPS III junto com a relatora do grupo focal para apresentação da pesquisa para a equipe. A reunião estava acontecendo em outro local, porque o auditório do CAPS estava em obra. Neste período a equipe estava sem supervisão clínico - institucional, aguardando a contratação do supervisor que já tinha sido escolhido.

A proposta de supervisão clínico – institucional, implementada nos CAPS desde 2005, tem o objetivo de fortalecer e consolidar a política de atenção em saúde mental (Brasil, 2005), por meio da formação pautada na Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNEPS), implantada pelo Ministério da Saúde em 2004, para o fortalecimento do SUS, com a Portaria Nº 198.

O dispositivo promove, coletivamente, com os profissionais de saúde, as práticas reflexivas sendo, portanto, uma ferramenta potente de qualificação do cuidado com o intuito de propiciar trocas, compartilhamento de saberes e aprendizado organizacional ao olhar os processos do cotidiano, possibilitando que o trabalhador seja um problematizador no ato de cuidar (Figueiredo, 2008).

O que se observa no serviço em tela é que as supervisões acontecem em um turno semanal, no espaço do equipamento de saúde, onde está presente o supervisor, a equipe interdisciplinar, a gestão - administrativa e, por vezes, ocorre a presença de dispositivos da rede intersetorial e intrasetorial. Neste sentido, afirma-se que a estratégia de formação em serviço é um potente dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Chegamos mais cedo para a apresentação. Combinamos de conversar com a diretora do CAPS e apresentar como será desenvolvido o estudo. Pergunto quando acontecerá a assembleia, pois gostaríamos de fazer o convite para que os usuários e familiares (U/F) participassem. Ela informa que está ocorrerá às 9h, no dia 22 de março de 2023. Combinamos de ir para convidar os U/F para participarem do Grupo Focal (GF). Articulamos para fazer o convite antes do 1º GF que pretendemos realizar na 1ª ou 2ª semana de março. As copeiras, porteiros e Agente de Serviço Geral (ASG) não estavam na supervisão clínico institucional.



Como primeira impressão do fenômeno, localizamos nessa ausência um incômodo: a partir da experiência empírica, enquanto trabalhadora de saúde mental, percebo que, muitas vezes, a sustentação da crise vem a partir do vínculo com a copeira, quando ela está na interação na hora das refeições; com o ASG, nas atividades da rotina de limpeza do serviço de saúde; e com o porteiro, que recebe esse usuário ao adentrar a unidade de saúde. Ressoa em nós uma questão: como um espaço de formação em serviço pode abrir mão de importantes agentes do cuidado? Será que os processos de trabalho, os atravessamentos da produtividade e o já conhecido sucateamento do SUS são elementos relevantes para a exclusão destas categorias profissionais ou a não inserção destes trata-se de uma escolha da equipe? Ainda que impossibilitada de sanar todas as provocações, somos capazes de concluir que, independentemente do formato, a supervisão segue sendo um momento de formação, com discussão de casos clínicos e funcionamento do serviço. A maneira de trabalhar em equipe é construída coletivamente, desta forma compreende-se a importância e a participação de todos os trabalhadores neste espaço.

Esta compreensão é corroborada pela portaria nº 1.174, publicada pelo Ministério da Saúde, em 2005, que aponta em seu Art. 3º que:

"como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (p. 38)".

É de suma importância estimular e fomentar a participação de todos os profissionais da equipe na supervisão. O trabalho em saúde mental pode se concretizar de forma mais ampla, quando todos os componentes da equipe são capazes de acolher e interagir com os usuários, cada um com sua prática e vivência. Desta forma, os trabalhadores são provocados a modos de cuidar mais participativo, promovendo o fortalecimento de um novo modelo de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico.

Ao chegarmos na reunião da equipe, encontramos o coordenador administrativo do CAPS, que falava sobre a importância dos registros no Prontuário Carioca de Saúde Mental (PCSM), da produção, qualificação dos dados,



financiamento e repasse. Nessa fala, destacou-se o quanto as equipes trabalham, mas é necessário registrar os atendimentos nessa ferramenta.

Tendo em vista a relação existente entre o PCMS e a qualidade do cuidado-indicadores, problematiza-se o uso das tecnologias de informação e comunicação no âmbito da administração pública, que tem como um de seus objetivos:

[...] o alcance e a melhoria contínua da qualidade, o aumento da eficácia e da eficiência, a transparência dos atos administrativos, a fiscalização das ações governamentais e a participação popular no exercício da cidadania, por meio da facilidade de acesso aos serviços públicos ofertados na internet (Pereira; Silva, 2010, p. 153).

Diante disso, é importante ressaltar que o PCSM utilizado nos CAPS é uma ferramenta tecnológica muito potente. O sistema on-line e em rede, permite que as informações dos usuários sejam compartilhadas e acessadas por qualquer unidade de saúde, proporcionando maior agilidade e qualidade no atendimento ao cidadão.

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde compreende a informação em saúde como “elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde” (Brasil, 2016, p. 13). Logo, a informação em saúde não pode ser compreendida somente como uma tecnologia, produção de indicadores e relatórios gerenciais (Pereira; Lima, 2008).

Em um sentido mais amplo, o prontuário abrange, em sua formulação, a geração e a transformação do conhecimento. Ainda há muito a ser aprimorado. Esta ferramenta está em constante desenvolvimento coletivo e colaborativo por meio do uso do sistema pelas equipes. Seguimos, assim, avançando na compreensão da importância dos registros no prontuário.

Após a finalização da apresentação sobre o PCSM, iniciamos nossa explanação sobre o objeto de estudo e o desejo de realizar os grupos focais no CAPS, deixando a equipe livre para a escolha da data de realização. Após um momento de silêncio, sugerimos que os primeiros GF acontecessem às quartas-feiras, aproveitando a oportunidade da data na qual se realizavam as supervisões.

A relatora, que participou dos grupos focais, falou da sua função e a contribuição deste estudo. Importante ressaltar que a equipe estava ansiosa para saber sobre informações da nova organizadora dos contratos, a organização social



que substituiria a vigente, já que tinha acontecido uma reunião no dia anterior e a diretora iria dar informações após a apresentação da pesquisa.

As Organizações Sociais da Saúde (OSS), são "estabelecimentos públicos em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, sob forma de fundações ou associações civis" (Merhy, Bueno, 1998), nas quais o modelo de gestão ocorre por meio de contratos de gestão (Barbosa; Elias, 2010).

Nas OSS, os processos de trabalho, em geral, priorizam a produtividade e o resultado dos indicadores quantitativos em detrimento dos indicadores qualitativos. O texto "Organizações Sociais: autonomia de quem e para que?" revela que as OSS atuam por repasse financeiro de contrato de gestão e de controle, em um:

(...) modelo de atenção hierarquizado a partir do clínico geral, reforçando-se uma ótica exclusiva dos problemas de saúde, e desprezando-se a necessária interdisciplinaridade e multiprofissionalidade da produção dos atos de saúde, e mesmo o aproveitamento desta base assistencial do clínico geral para construir um sistema mais horizontalizado (MERHY; BUENO, 1998, p.10)".

Esta reflexão não vem para pautar uma discussão sobre a OSS, tampouco comparar a administração direta e a administração pela OS, pois ambas apresentam fragilidades, potencias e atuam como modelos e forma de gestão. O que se intenciona é refletir sobre como o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico é atravessado pelos modos de gerenciamento público da saúde.

Outra situação que chamou atenção durante a apresentação do objeto em estudo foi a pouca participação das pessoas da equipe de enfermagem. A única profissional que se manifestou sobre a pesquisa foi uma acompanhante terapêutica (AT). Mas foi interessante a experiência, cheguei bem tensa, mas depois fluiu. Fiquei preocupada com o silêncio da equipe. Enviei mensagem para a diretora quando saí da reunião e ela disse que apenas dois trabalhadores mostraram disponibilidade para participar da pesquisa e que falaria novamente nas próximas reuniões, nos dando retorno.

7.1.2 Dia de assembleia de usuários e familiares: o convite para a participação da pesquisa

Em março de 2023, fomos ao CAPS e a coordenadora nos apresentou ao enfermeiro que estaria na assembleia com os usuários e familiares. Aguardei o grupo



terminar de organizar a confraternização de páscoa, que aconteceria dia 12 de março de 2023, às 9h, com trocas de chocolates. Iniciei falando que era enfermeira de um serviço de saúde mental na zona oeste do RJ. Continuei dizendo que era estudante de uma faculdade federal, que vim ouvir o que eles pensam sobre o que é cuidado e qualidade em um serviço de saúde mental.

A escolha da assembleia como dispositivo para a apresentação da pesquisa aos usuários está alinhada à concepção do espaço, conforme determinado pelo Ministério da Saúde, que estabelece que as assembleias estão inseridas no contexto da saúde mental (Brasil, 2004). Além disso, essa prática empodera o indivíduo em seu tratamento, possibilita um espaço de convivência e fomenta a discussão de questões relacionadas ao serviço.

Sendo assim, a assembleia é um momento de escuta e troca de experiência entre usuários, familiares e trabalhadores, no qual um dos objetivos é estimular um debate sobre as rotinas institucionais, portanto, melhoria na qualidade do cuidado, do funcionamento e propor encaminhamento ao serviço. Soma-se a isso a função de incentivar e desenvolver o protagonismo e autonomia dos usuários, de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

[...]" acredita-se que as assembleias funcionem como uma das formas de atenção aos sujeitos e como recurso terapêutico produtor de autonomia, na busca pela maior participação e responsabilização dos usuários em seu tratamento, além de representar um importante instrumento institucional" (Junqueira et al., 2015, p.3).

Vale ressaltar a importância da assembleia a partir de um contexto político e em consonância às diretrizes da reforma psiquiátrica. Para que esse dispositivo, seja também uma ferramenta de cidadania junto aos usuários em sofrimento psíquico e a participação social desses atores seja uma vertente política do tratamento.

"O dispositivo assembleia não constituiu um grupo terapêutico. Nesse tipo de grupo os usuários trazem suas questões e é feita uma elaboração sobre elas, assim como se trabalha a partir das semelhanças e identificações entre os participantes. Outra característica é a necessidade de assiduidade e orientação de um profissional. Como visto, ao contrário de um grupo de terapia, o espaço da assembleia pressupõe diferenças de opiniões, escolhas e interesses, o encontro é aberto e os usuários podem coordená-lo." (Basaglia, 1991; Bomtempo, 2009).

Na assembleia em questão, encontramos vinte usuários e familiares. Sentimos, novamente, falta de outros membros da equipe, como gestão, copeiras, ASG e porteiros. Por ser um espaço de circulação da fala, tomadas de decisões sobre sua



participação no CAPS e em suas atividades, este é um lugar onde todos deveriam estar presentes e não somente a equipe multiprofissional e em pouca participação.

Assumindo a tarefa que tínhamos, iniciamos a apresentação da proposta do estudo, ressaltando que o critério de inclusão desta pesquisa é estar em acompanhamento no serviço há um ano. Alguns usuários e familiares se prontificaram a participar e disseram que estavam à menos tempo do que o preconizado. Então, a partir da realidade objetiva e a soberania do que encontramos no campo do estudo, consideramos nossa avaliação inicial e abrimos esse espaço para que participassem usuários e familiares que estivessem há menos de um ano. Ficou combinado que o 1º grupo focal aconteceria no dia 12 de março de 2023 às 10 h, após a confraternização de páscoa.

"O dispositivo assembleia não constituiu um grupo terapêutico. Nesse tipo de grupo os usuários trazem suas questões e é feita uma elaboração sobre elas, assim como se trabalha a partir das semelhanças e identificações entre os participantes. Outra característica é a necessidade de assiduidade e orientação de um profissional. Como visto, ao contrário de um grupo de terapia, o espaço da assembleia pressupõe diferenças de opiniões, escolhas e interesses, o encontro é aberto e os usuários podem coordená-lo (Basaglia, 1991; Bomtempo, 2009).

Ficamos mais à vontade para falar com os usuários e familiares, foi um bate papo leve e eles mostraram-se mais receptivos do que a equipe. Teve uma usuária que chamou atenção, falante e preservada. Início dizendo que gostaria de estudar o que é cuidado, qualidade do cuidado e o que um serviço necessita para ter qualidade? Não me senti à vontade para falar sobre indicadores, compreendendo que poderia ficar confuso naquele momento. Tinha muita gente na entrada principal do CAPS, onde estava acontecendo a assembleia, por pouco precisei gritar para que todos escutassem.

Por ser o dia da reunião de equipe, o CAPS estava lotado, com a presença de todos os seus trabalhadores. Durante a discussão, uma usuária se pronuncia, dizendo que "o cuidado é ter um bom cuidado, é tratar os doentes bem, isso é qualidade fundamental na psiquiatria dos doentes." Eu falo do movimento dos trabalhadores da saúde mental, ela disse que lembra e que tinha passeata. Digo que gostaria de ouvir mais e que eles tivessem voz nessa pesquisa.

O enfermeiro do CAPS ajudou falando que vai ser tipo uma oficina para que eles participem, que não paga nada e quem gostaria de participar. Um usuário, ainda



que com efeitos da institucionalização, levanta a mão, informando o desejo de estar no grupo focal. Outros falam que não estão há um ano no CAPS, mas desejam participar. Quando acabo de falar os usuários e familiares batem palmas, esqueço que a relatora precisa apresentar-se, quando ela começa a falar uma usuária diz que tem uma filha com o nome dela.

Quando termina a minha conversa com eles, tinha uma árvore com micos e eu fiquei ali parada, uma usuária aproximou-se e começou a falar que morou na penha e eu disse que também tinha morado, ela disse que vai ser legal a festa da páscoa que vamos comer chocolate, depois alguém a chamou e ela dispersou.

Logo após, eu e a relatora chamamos os ASG (4), copeira (1), porteiros (2) para falar sobre a pesquisa e convidá-los. Senti eles apreensivos e tímidos. Um dos porteiros estava com os olhos arregalados enquanto eu fazia o convite para estar conosco à tarde no GF. A copeira disse que estava sozinha e que não conseguiria. Respondi que o nutricionista poderia ficar e ela ficou quieta. Deixei-os à vontade para estar conosco no 1º GF, que aconteceu em 22 de março de 2023, às 14h, com trabalhadores e gestores.

7.2 Traçando os rumos: apresentação dos grupos focais a partir de um diário de campo

Foram realizados seis grupos focais, a saber: dois encontros com usuários e familiares; dois com trabalhadores e gestores; e dois com todos os protagonistas.

Foi uma preocupação da equipe da pesquisa assegurar a fluidez do diálogo, para que as falas possibilitasse a identificação e análise acerca da percepção dos protagonistas sobre a qualidade do cuidado em saúde mental e, assim, pudéssemos avançar na construção dos indicadores.

7.2.1 A aprendiz e sua companheira no 1º grupo focal com trabalhadoras e gestoras

Escolho esse título para iniciar a descrição de como foi realizar o 1º GF, nunca tínhamos feito e ficamos em dúvida se deveríamos falar ou ouvir mais, não sabemos se foi o correto. Mas, tentamos ser ponderadas.

Por vezes, ficávamos muito inquietas querendo falar, ao lembrar de como as coisas aconteciam no CAPS onde trabalhamos, mas ali estávamos como pesquisadoras e foi necessário e importante segurar e deixar as falas das



trabalhadoras aparecerem. Ficávamos balançando a cabeça, concordando, mas depois pensamos: deixa as falas fluírem, sem interferências e o silêncio prevaleceu.

A relatora tem sido uma grande parceira, uma mulher inteligente e sensível, atenta aos gestos e pausas das participantes. Nesse primeiro grupo com muito cuidado e delicadeza, escreveu em cinco folhas de papel ofício o que pode observar, as falas que chamaram sua atenção durante a realização do grupo, foi de grande contribuição para análise dos dados.

Muito feliz pela companhia dela nesse caminho que estamos iniciando como navegantes no campo de pesquisa, tem sido agregadora. Ela passou por discriminação racial dentro da unidade de saúde que trabalha, e não ficou bem durante a semana que antecedeu o início ao campo de pesquisa.

Por essa situação difícil, acreditava que ela não iria conseguir estar comigo nesse espaço, mas esta mulher, mãe, enfermeira, preta e com alguns anos de luta por uma sociedade sem manicômios seguiu ao meu lado. Que possamos compartilhar bons momentos, são muitas lutas cotidianas.

A discriminação racial em qualquer momento na vida marca, ainda mais quando acontece em um ambiente onde prezamos pelo cuidado e promoção de saúde. Tenho percebido que alguns serviços vêm contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores. Nunca é óbvio, por isso deixo eternizado neste diário, marco como um registro de lembrança, memória e luta. São muitas as batalhas que temos que ultrapassar dia após dia e que nos impõe à diversos desafios. Haja resistência!

Assim, iniciamos o GF com 6 trabalhadoras e 1 gestora, utilizamos 2 aparelhos para a gravação dos áudios: um celular e um gravador. Eu e a relatora nos apresentamos e solicito que todas apresentem-se digam seus nomes, categorias profissionais e a quanto tempo estão no serviço de saúde mental.

Logo após a apresentação, agradeço pela disponibilidade e ressalto que este é um espaço de discussão com o intuito de recolher as experiências e compreensões do que é cuidado, qualidade em saúde mental e indicadores. Digo quem são os orientadores da pesquisa e que terão acesso aos conteúdos. Falo brevemente sobre a escolha do tema de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e por fim discorro o motivo da escolha pelo CAPS III.

Após, solicito para que uma das participantes leia o TCLE em voz alta para todas nós, uma assistente social voluntariamente faz e informou que uma cópia ficará comigo e outra ficará com elas. Reforço que as nossas conversas serão gravadas em



áudios, com a preservação do sigilo em relação aos nomes na divulgação do conteúdo do material coletado. Destaco, também, que não estamos avaliando a equipe do CAPS, afirmando que esta unidade de saúde é apenas uma célula de uma RAPS para construir com protagonistas escolhidos para a pesquisa a maneira de fazer, escutar quais são as propostas para a construção dos indicadores de qualidade em saúde mental.

Sentimos falta da equipe profissional completa: ASG, porteiros e a copeira não participaram do GF. Uma das ATs perguntou se poderia convidar as cuidadoras, justificando que elas poderiam contribuir bastante.

O cuidador(a) possui um papel fundamental e de extrema importância no local onde estão inseridas as moradias, pois é esse trabalhador(a) que proporciona o diálogo nesse território, viabiliza a promoção de autonomia dos moradores em sofrimento psíquico, integrando-os ao ambiente comunitário. Neste contexto:

"O cuidador é um profissional importante no projeto. Ele passa a operar em uma residência e isso causa impactos importantes. Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante. Este novo lugar de trabalho também vai requerer dos profissionais a realização de atividades que vão muito além de sua formação inicial" (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

No que tange o serviço residencial terapêutico, vale ressaltar que sua organização é em formato de casa/serviço. Sendo assim:

"um dispositivo no processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos. No ambiente residencial não são mais considerados pacientes e sim moradores" (Cavalcanti, 2005, p. 32)

Antes de iniciar o GF, digo às participantes que fiquem à vontade e que vamos conversar sobre cuidado, qualidade e indicadores e que seja leve estar nessa tarde juntas. No 1º encontro optamos pela não utilização do roteiro disparador construído, lançando mão deste somente no 2º encontro. Assim, deixamos os profissionais sentirem-se mais livres para falar. Neste primeiro bloco ficamos discutindo sobre qualidade e cuidado e as falas foram fluindo bem, mas quando passamos para o 2º bloco e propomos falar sobre indicador. Surge um silêncio. Outra participante diz que alguns moradores da RT não querem vir ao CAPS, ela diz da delicadeza do local ter



sido um hospital psiquiátrico e acrescenta: "as paredes têm história". Encerramos com esta frase o 1º GF. Agradecemos pela tarde produtiva e pelo tempo dispensado para nos reunirmos. Gostamos bastante das trocas e elas agradecem também pelo espaço de fala.

7.2.2 As apostas no 2º encontro do grupo focal com trabalhadores e gestoras

Decidimos chegar mais cedo para almoçar, compramos bombons, bolo e café para compartilhar com os participantes da pesquisa. Almoçamos e, logo após, mostrei o roteiro disparador que utilizaremos no GF para a relatora.

Decidimos que seria interessante discorrer sobre o que é um indicador, trazer um exemplo, no grupo focal anterior as participantes tinham muitas dúvidas e talvez isso pudesse estimular o encontro de hoje. Dessa forma, elaboramos uma maneira que fosse bem prática e objetiva.

Agendamos para às 14h o encontro, estamos na sala aguardando as trabalhadoras chegarem, percebo que tem uma participante nova e pergunto seu nome. A AT que a convidou então fala: essa é a diarista, cuidadora que disse que chamaria. Como faltava uma participante, aproveito e faço um breve relato sobre a pesquisa e apresento o TCLE, solicito que ela leia e assine as duas vias. A diarista estava muito atenta à leitura e após assinar o documento.

Então, pergunto se ela quer tirar alguma dúvida, como ela responde não, agradeço a participação, digo que estou feliz dela estar conosco e que a presença dela será enriquecedora para a discussão.

Antes de iniciar o GF, agradeço a disponibilidade de todas as participantes, a contribuição nessa discussão. Reafirmamos e relembramos a fala dita anteriormente: não estamos avaliando a equipe do CAPS, todas estão representando uma célula da RAPS e vamos construir juntas os indicadores de qualidade do cuidado, relembramos sobre a gravação em áudio e o sigilo.



Tentamos ser objetivas sobre a introdução do que é um indicador, fazemos gestos tentando contribuir com a comunicação não verbal, trouxemos alusão sobre a importância do indicador e sua contribuição para a saúde e a população.

Achamos importante fazer essa introdução, acreditamos que trouxe mais liberdade e confiança às trabalhadoras exporem o que pensam. Após a narrativa sobre os indicadores, uma das participantes sorri e diz que aprendeu sobre o que é indicador semana passada no GF.

Diante disso, percebemos como os encontros estão sendo potentes, entre a pesquisadora, a relatora e as protagonistas. Trata-se, portanto, de uma pesquisa intervenção, ao possibilitar a pesquisadora e as participantes afetarem e serem afetadas e por possibilitar deslocamentos de autoanálise em ambos, podendo levar a processos que perpetuam reflexão, mudança e criatividade (Baremlitt, 2012).

Não tem mais como apenas observar, na pesquisa intervenção os sentidos vão se construindo, pois não existe mais neutralidade nesse processo, cada ator se envolve e não permanece mais o mesmo.

Antes de descrever como foi a discussão, ressaltamos a utilização do roteiro disparador e o GF ocorreu com 7 trabalhadoras e 1 gestora. Assim que iniciamos com as perguntas disparadoras fez-se um silêncio e depois surgem narrativas. Poucas vezes o GF precisou de intervenção, as participantes conseguiam organizar-se para expressar as opiniões.

Tivemos momentos de falas bem descontraídas, com risadas. Foi um dia mais tenso, acredito que aconteceu pela tentativa de controlar para não intervir nas falas, também fiquei anotando bastante as percepções, algo que não fiz no 1º GF e estava mais cansada e dispersa.



7.2.3 A expectativa e a boa surpresa do 1º grupo focal com usuários e familiares

Chegamos meia hora antes do início do grupo focal, no mercado organizei tudo o que estava pendente no trabalho e desliguei o celular, decidi olhar o telefone somente após o término do GF.

Entramos no mercado, compramos um bolo de chocolate e café para oferecer para quem estará conosco nesta manhã. O encontro com U/F estava agendado para às 10h. Conseguimos chegar às 9:30h no CAPS. A entrada estava bem cheia e os trabalhadores e usuários estavam começando a organização para a festa de páscoa. Tinha uma mesa bem bonita com ornamentação e temática na cor amarela, muitas guloseimas. Fiquei um pouco observando a movimentação.

Adentramos o hall principal seguindo para a administração para informar da nossa chegada. Tínhamos enviado há dois dias uma mensagem para a diretora e coordenadora para lembrá-las da nossa presença na assembleia, não obtivemos retorno. Assim, lembro do enfermeiro que tinha agendado o 1º GF nessa data, porque iria acontecer a festa de páscoa e seria um bom momento para abordar os usuários e familiares. O procurei e ele respondeu prontamente e disse que a festa iria acontecer.

Ainda na caminhada até a administração encontramos com o coordenador administrativo, ele perguntou sobre a pesquisa e que gostaria de participar, tinha retornado de férias naquela semana. Informo que hoje será com os U/F, mas voltaremos para fazer o grupo com todos os protagonistas. Ele responde positivamente, confirmando o desejo de participar.

Aproveito e peço uma sala que esteja disponível para realização do grupo, recebo a chave da sala 1, localizada na entrada do CAPS, bem perto de onde estava acontecendo a festa de páscoa.

Quando entramos na administração encontramos a coordenadora do CAPS e a mesma pergunta se vamos fazer o grupo focal. Aproveito e tiro algumas dúvidas com ela, pois tinha esquecido de solicitar o tempo no serviço que as trabalhadoras e gestoras que participaram do GF tinham no CAPS, ela prontamente pega uma lista e informa.



Após, vou até o pátio do CAPS para ver como está a movimentação e encontro dois homens, familiares de dois usuários. Início falando que sou enfermeira e trabalhadora de um CAPS na zona oeste, que hoje vim ao serviço para realizar um grupo para falarmos sobre cuidado, saúde mental e qualidade.

Quando olho, a relatora está chamando alguns usuários que estavam no pátio na festa. Ela convida três usuários para estar conosco. Um deles pede desculpas e diz que ficará na festa. Duas usuárias aceitam o convite. Solicitamos que elas aguardem que vamos terminar de organizar a sala onde acontecerá o grupo e depois chamaremos todos.

Ao caminhar para a administração percebo que tem um homem alto e de óculos observando a festa, vou até ele e me apresento, pergunto o nome dele e digo que vim realizar um grupo para falarmos sobre cuidado, saúde mental e qualidade e se ele gostaria de participar.

Ele fica pensativo e pergunta onde será, aponto para a sala 1 e ele diz que não gosta de ambiente fechado, agradeço e saio andando para a administração, ele pede que espere e fala: não quero participar do grupo, mas se você quiser conversar e saber um pouco sobre mim, podemos sentar ali naquele banco. Digo que depois nos falamos, agora vou precisar iniciar o grupo que vim realizar com os usuários e familiares.

Ao adentrar a administração para buscar meus pertences, encontro uma participante do GT/ TG e pergunto se ela gostaria de indicar algum usuário para estar no grupo e prontamente ela lembra de uma jovem que fala três idiomas, possui algum cargo na justiça e está afastada e tem depressão. Digo que estarei na sala 1 e que se ela desejar estar no grupo será muito bem-vinda.

Antes de relatar como foi o GF, destaco que participaram do GF 5 usuários e 2 familiares. Início falando quem sou, o motivo de estar no CAPS e que o nosso encontro será muito importante para os usuários de saúde mental e o fortalecimento do SUS. Assim, peço que cada um apresente-se e após falo do TCLE e explico o que é este documento e leio as partes mais importantes sobre sigilo, gravação e desistência do grupo e que depois que eles assinem, levarão para casa uma cópia e outra ficará comigo.



A copeira adentra umas duas vezes para entregar o bolo, café e interrompe a minha fala, na terceira vez que abro a porta para ela entrar pois tinha esquecido de trazer o açúcar. Uma das participantes pede que eu passe apenas uma volta na chave, pois incomoda quando pego a chave e passo duas voltas. Pergunto se deseja que fique destrancada e ela sorri e diz sim. Ressalto que a qualquer momento eles podem sair da sala e se alguém tem alguma pergunta. Um familiar pergunta quanto tempo vai durar o grupo pois ele precisa voltar para trabalhar. Digo que vamos conversar e que podemos parar no momento deles, ele sorri e agradece.

Assim, pego os TCLEs e vou entregando duas cópias para assinarem. Dois usuários não sabem assinar e peço que eles usem a digital. Uma usuária diz que sabe assinar olhando o nome dela escrito numa folha, ela tira essa folha de dentro da bolsa, olha para o nome escrito e assina. Os outros usuários conseguem assinar seus nomes sem auxílio.

Desta forma, pergunto se podemos iniciar o grupo e agradeço por eles estarem nesse caminho conosco. Todos pareciam estar bem à vontade, um dos usuários não se comunica verbalmente. Levanta e faz movimentos de dança e jogos, o irmão logo diz que ele fala, mas às vezes faz esses movimentos, digo que é o jeito dele se expressar.

Esse usuário durante o GF chamou atenção, ele utilizou o corpo através de uma linguagem não verbal para expressar seus sentimentos, parecia estar bem confortável e muito participativo, contribuiu com muitos gestos, principalmente quando fizemos uma fala sobre renda, ele fez movimentos de como gastava seu dinheiro e apontava para seu familiar. Dentro desta realidade:

"ao contratar pela vivência corporal e ao nomear suas emoções, acreditamos que o paciente encontre uma forma de expressão que melhore sua comunicação e suas relações interpessoais, possibilitando-lhe ser/estar inserido no contexto social como cidadão de direitos e deveres, ou seja, que suas dificuldades que o fazem diferente dos demais, não se constituam em impedimento completo para sua reinserção social" (Delgado et al.; 1997,p.516)

Assim, mesmo quando o diálogo não é possível ou algo que impeça a comunicação, foi através do movimento corporal que recolhemos detalhes importantes. Na verdade, este usuário foi bússola, nos guiou e trouxe contribuições relevantes através da sua linguagem gestual para o 1º GF com U/F.



As falas foram fluindo, o GF durou uma hora aproximadamente. Como estávamos próximos de onde ficava o som da festa da páscoa, por vezes precisava repetir a fala dos usuários quando saia baixo para todos ouvirem.

Foi leve, tranquilo e com boas surpresas. Antes de finalizar pergunto se alguém falar ou acrescentar algo. Todos dizem não, sigo agradecendo e digo o quanto foi bom estar com eles, ao escutar e pensarmos juntos sobre cuidado, qualidade e saúde mental.

Aproveito e convido todos para estarem novamente na próxima semana para o segundo GF, no mesmo horário e local. Ofereço bolo e café, corto para eles o bolo e peço para servirem o café.

Ao final, entro na copa para guardar o que sobrou do café da manhã, encontro dois profissionais do CAPS, agradeço pela disponibilidade e digo que retorno quarta-feira que vem no mesmo horário. Dia produtivo, bons encontros e encantada com as devolutivas, as boas surpresas no campo de pesquisa.

7.2.4. O 2º encontro no grupo focal com usuários e familiares

Hoje realizamos o segundo grupo focal com U/F, marcamos no mesmo supermercado para comprar um bolo para o nosso encontro. O tempo estava chuvoso, ficamos receosos que os protagonistas convidados para o grupo não fossem.

Chegamos mais cedo ao CAPS e encontramos poucas pessoas. Ao adentrar a administração, fomos recebidas pelo coordenador administrativo. Ele diz que foi ótimo a solicitação que fizemos sobre o tempo de permanência no CAPS das profissionais que participaram dos GF, foi necessário ele olhar o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e assim descobriu que tem alguns problemas: trabalhadores estão no CNES e não deveriam estar, falta o registro ou estão com Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) errado e assim possibilitou a um olhar mais atento ao CNES.



Não se pode dispensar a importância de ressaltar a fala do coordenador administrativo sobre o CNES e CBO, como já mencionamos a riqueza da pesquisa intervenção e seus desdobramentos, que reverberam no cotidiano do serviço.

O coordenador administrativo ficou conversando com a relatora e seguiu até o pátio do CAPS para ver se algum U/F já tinha chegado. Encontrei uma participante do GF/TG e começamos a conversar, perguntei se ela tinha visto algum U/F que participou do 1º grupo e ela disse que tinha uma usuária que estava deitada no sofá que fica perto dos leitos de acolhimento, essa sala tem uma televisão.

Continuamos conversando, ela vai falando de alguns usuários e até que uma das usuárias que estávamos aguardando adentra o CAPS e vem falar conosco. Aproveito e pergunto se ela vai participar do grupo hoje, e digo que retornei para continuar nossa conversa sobre cuidado, saúde mental e qualidade. Ela diz que não deseja participar e essa trabalhadora que estava conversando olha para ela e fala: "vou pegar a corda" assim, a usuária sai andando.

Com um olhar de estranhamento pergunto à profissional que corda? Ela diz que falar para a usuária que vai amarrá-la, é apenas uma brincadeira. Relata que a usuária joga roupas fora por não gostar de lavar, compra comida e deixa estragar e vem realizar as refeições no CAPS e esta é a segunda casa que ela mora, precisou mudar porque ocorre infestação de ratos.

Desta maneira, devolvo ao profissional que essas questões relatadas parecem que fazem parte da clínica da usuária, não fiquei à vontade para continuar essa conversa. E vou até a sala de televisão chamar a usuária para iniciar o grupo, a outra paciente que estávamos aguardando chegou.

Alguns questionamentos ressoam após essa fala, ao contrário do que temos nos deparado em algumas ocasiões, percebe-se que é importante os trabalhadores de saúde construírem um tempo para ouvir, ver e conhecer a vida dos usuários em sofrimento psíquico em acompanhamento nos serviços. Profissionais, que possam ofertar acolhimento, uma escuta cuidadosa capaz de produzir vida ao invés de reproduzir em suas falas, as violências sofridas durante muito tempo por esses sujeitos. Compreende-se ainda que:



"há de se inventar espaços e práticas cuidadoras que acompanhem os usuários em seu caminhar, inventar formas de cuidar onde a rede possa funcionar como um emaranhado vivo, que se rearranja e reinventa de acordo com os movimentos do viver, da saúde e do adoecimento" (Merhy et al.; 2016,p.316).

Assim, ao chegar à sala de televisão, encontro as duas usuárias que participarão do grupo. Perto delas, tinha um senhor branco e com olhos azuis. Digo a elas para caminharmos até a sala 1 para iniciarmos o GF e uma delas fala para que eu chame o usuário que estava assistindo TV, faço o convite e ele aceita.

Antes de ir para a sala onde combinamos, vou até ao pátio e vejo que não chegou mais ninguém, então decidimos iniciar com os três usuários (dois que já tinham participado do grupo e um novo participante). Não tivemos a presença de familiares no grupo.

Iniciamos dizendo que hoje somos nós cinco, que trouxemos bolo e café para conversarmos um pouco sobre cuidado, saúde mental e qualidade. Pedimos que os usuários se apresentassem e explicaram ao novo participante sobre o TCLE, ele faz a leitura e solicito que ele assine. Caso tenha dúvidas, estou à disposição.

Ressalto sobre o sigilo, gravação e hoje somente utilizamos o celular da relatora, esquecemos o gravador. Uma participante pede para falar e diz que essa semana não ficou bem, mas que agora depois do projeto terapêutico singular intensivo (PTSI) está melhor, antes estava jogando remédio fora e agora não está fazendo.

Diante da narrativa da usuária sobre o PTSI, traço uma reflexão sobre o cuidado, onde este pode ser capaz de produzir "o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência" (Ayres, 2004, p.85). Deste modo," os usuários têm um papel ativo nesse processo, tanto porque estão no comando de suas vidas e fazem opções, escolhas, como porque são ativos também em seu encontro com os trabalhadores de saúde" (Feuerwerker, 2016, p. 38).

O grupo seguiu de forma leve e descontraída, já estávamos há 20 minutos conversando e percebemos repetições, decidimos parar e agradecemos a participação de todos. Eles perguntam quando será o próximo encontro. Todos dizem



que gostaram muito de estar conosco e que poderíamos voltar semanalmente. Ofereço bolo e café todos comiam e nos despedimos.

7.2.5 Primeiro Grupo focal com todos os protagonistas - Dia de bons encontros

Ao chegarmos ao CAPS, encontramos alguns usuários e trabalhadoras que estavam no pátio aguardando para iniciarmos o grupo focal. Seguimos até a administração e solicitamos ao coordenador administrativo uma sala mais reservada uma vez que os outros áudios dos grupos ficaram com muitos ruídos. Escolhemos a administração para a atividade.

O primeiro grupo focal com todos os protagonistas aconteceu em 05 de julho de 2023, foi composto por 12 participantes sendo: usuários (3) gestor (2) trabalhadores (7).

Iniciamos às 14:30h e agradecemos a presença de todos, explicamos que após ouvir os áudios dos grupos realizados até agora, surgiram algumas propostas de indicadores. Assim, dividimos com todos e a partir desse ponto conversamos se estes seriam os indicadores pensando na qualidade do cuidado. Após a leitura sobre os indicadores, ficou silêncio.

Desta forma, explicamos novamente os dados até agora levantados, apontamos alguns indicadores que apareceram após a transcrição dos grupos focais. A partir disso, conseguimos iniciar a discussão com alguns trabalhadores. O grupo fluiu de forma leve, em alguns momentos foi necessário lembrar o que os protagonista propuseram como indicadores e a partir disso foram surgindo narrativas.

Hoje os usuários estavam bem calados, então foi necessário provocações e falas foram aparecendo. Foi um dia produtivo, tentamos agendar para o dia 12 de julho de 2023 o último grupo focal, sendo que todos preferiram o dia 19 de julho de 2023.



7.2.6 Segundo grupo focal com todos os protagonistas - Finalização de um ciclo com a minha companheira de pesquisa

Adentramos ao CAPS às 14h. A coordenadora técnica vem ao nosso encontro e informa que a diretora tirou alguns dias de férias e ela precisava estar com a equipe na supervisão clínico institucional. Naquele dia, o novo supervisor chegou e assim contamos com as trabalhadoras e o único usuário que resistiu até o fim do grupo.

Hoje tivemos a participação de 9 participantes, contamos com a presença de usuários (1), trabalhadores (7) e gestor (1) e nenhum familiar.

Como era o último GF, resolvemos levar suculentas e bombons para finalização deste ciclo. Levamos bolo e fizemos um café da tarde. Iniciamos agradecendo a presença de todos e a disponibilidade de estarmos reunidos para o último grupo focal. A relatora trouxe de presente uma caixa de bombons que adoro, ela sabe como agradar, com toda a sua sensibilidade e delicadeza ela diz que o chocolate é pela finalização de um ciclo.

Começamos fazendo um recorte sobre a memória das discussões dos grupos, numa proposta de costurar as construções que fizemos até aqui. Diante disso, surge uma fala sobre os hospitais de custódia (HC) e um discurso de colocar um usuário que está no HC dentro de uma RT, de como isso pode ser perigoso. As participantes ficam incomodadas com essa fala e fica um clima desconfortável.

Arrisco dizer que a partir desta situação, após a fala de uma das participantes, percebe-se que o campo da saúde, e nós enquanto trabalhadores, precisamos reconhecer no encontro com o usuário um modo de produzir um cuidado de reconhecimento do outro e valorização. Assim, propiciando à essas pessoas " [...] novas formas de se compor com a vida, novas alternativas de reapropriação existencial e de autovalorização", possibilitando vida a essas pessoas que foram excluídas de forma "mais pulsátil e vibrante" (Peres, 2000, p.40).

Esse pode ser o trabalho inventivo da saúde mental e não apenas de exclusão, estigma e julgamento moral. Foram bons encontros e confirmamos a aposta que fizemos no investimento com o grupo uma vez que foi evidente que com o processo, construção de confiança e vínculo, as pessoas foram se autorizando a falar verdadeiramente o que pensam.

O que foi possível recolher e refletir: caminhar é um ato coletivo. E que se cheguei até aqui é por ter sustentação de pessoas que apoiam, incentivam e isso tudo



só é possível com os participantes que estiveram nos seis GF, a minha parceria com a relatora e o orientador que são essas pessoas que emprestam uma escuta atenta, incentivam e dividem comigo saberes. Que sorte ter vocês trilhando essa estrada.

Como a relatora diz sempre: "sigo aprendendo a escutar."

Finalizo o GF agradecendo pela resistência de todos até aqui, pela confiança de estarmos durante seis tardes juntos. Entrego o bombom e a suculenta a cada um. Encerro dizendo: que possamos nos despir do nosso moralismo, trabalho árduo e do cotidiano. E que sorte a nossa ter contado com o único usuário que ficou até o fim conosco. Nenhum livro, nem a universidade nos ensinará a clínica tão bem quanto em ato, que as nossas condutas sejam éticas e políticas.



8. ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO GRUPO FOCAL COM TRABALHADORES E GESTORAS

Nesta seção, foram analisadas as quatro categorias que emergiram das análises de conteúdo dos Grupos Focais realizados com gestoras e trabalhadoras em um serviço de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro. Os grupos ocorreram em dois encontros no mês de março de 2023, com a participação de 7 pessoas no primeiro encontro e 8 no segundo. Em seguida, é apresentado o significado de cada categoria, bem como as compreensões das protagonistas que participaram dessa construção.

Desta forma, evidenciados pela análise das falas surgiram as seguintes categorias:

1. Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado
2. Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares
3. Condições estruturais e relacionais para o trabalho
4. Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental

8.1 Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado

Entende-se a categoria como a capacidade do serviço em reconhecer as pessoas para além dos seus papéis socialmente construídos a partir do estigma da loucura, abordando como se estabelece a relação entre esta compreensão e a composição instituída entre os serviços e a produção do cuidado. Está inserida nesta categoria o reconhecimento do CAPS como um lugar de cuidado e acolhimento à crise.

Neste sentido, foram consideradas para esta construção as seguintes 6 unidades de ressignificação (UR):

- 1- Desconstrução do estigma da loucura
- 2- Conhecimento da rede sobre o trabalho da RT
- 3- Compreensão da produção do cuidado e saúde mental
- 4- Modelo manicomial
- 5- Modelo de atenção psicossocial
- 6- Desconstrução do CAPS como lugar de internação



8.1.2 Desconstrução do Estigma da loucura

A psiquiatria e a instituição psiquiátrica como especialidade da atuação médica ganharam condições para o desenvolvimento ao longo do tempo. As internações psiquiátricas dos loucos retratam uma marca importante do período sobre a experiência da loucura. Sendo assim, o imaginário em torno do louco e da loucura foi se cristalizando ao redor de personagens que representavam risco e periculosidade social (Amarante, 1995).

Os hospitais psiquiátricos, lócus estabelecido pela medicina como espaço hegemônico para a loucura, reproduzem de forma minuciosa a ideia que se estabeleceu sobre a modalidade de internação, atribuindo-se a elas o que se convencionou chamar de Instituições Totais.

Estas instituições são caracterizadas por serem locais onde um grande número de indivíduos está submetido a autoridade formal, vivendo em ambientes fechados por um período prolongado. Dentre suas características fundamentais, destacam-se o isolamento do mundo externo; o controle total e a rígida padronização das rotinas e atividades internas (horários, normativas e interações sociais), exercido pela administração ou autoridade institucional; a valorização da identidade coletiva atribuída pela instituição somada a rotulação de maneira simplista e negativa, em detrimento da identidade pessoal (despersonalização) (Goffman, 2015).

Afirma-se, portanto, que nas Instituições Totais, como nos Hospitais Psiquiátricos, as pessoas convivem em situação similar e são excluídos da sociedade agenciados “pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico” (Goffman, 2015, p.16). Neste ambiente, o indivíduo é colocado em um lugar de segregação, condição de tutela e vigilância, com privação de sua liberdade.

A crítica à esta compreensão sobre a loucura produziu reflexões que materializaram-se com o movimento das Reformas Psiquiátricas na Europa e nos Estados Unidos da América que, mesmo preservando certas singularidades, puderam provocar o surgimento de um novo paradigma assistencial, voltado à melhoria no acesso e no acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico, através de serviços e ações voltadas à saúde mental.

Sob forte influência da Reforma Psiquiátrica Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode produzir avanços que trouxeram à cena o debate do cuidado em



liberdade, de caráter comunitário e territorial sob os pressupostos da atenção psicossocial.

Um importante marco para este processo foi a promulgação da Lei 10.216/2001 (que sedimentou os caminhos para o desenvolvimento de um novo modelo assistencial), da Portaria GM 336/2002 (que estabeleceu as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais) e da Portaria 3088/2011 (que inaugurou a Rede de Atenção Psicossocial) (Brasil, 2001) (Brasil, 2002) (Brasil, 2011).

No que tange especificamente aos CAPS, a portaria GM nº336/2002, os designou como o serviço de atenção com funcionamento dentro da lógica da realidade do território que ocupa, assegurando os princípios antimanicomiais trazidos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. É importante destacar o CAPS como serviço de portas abertas, comunitário e capaz de ofertar cuidado que proporcione inclusão, convivência não preza apenas pelo tratamento médico.

Desta maneira, a concepção de qualidade do cuidado dos participantes pode localizar o equipamento como um ponto de inflexão entre o antigo modelo manicomial e o novo paradigma da atenção psicossocial, sendo este capaz de promover acolhimento e um lugar de desconstrução do estigma da loucura. Este fato pode ser evidenciado pelas falas das trabalhadoras nos grupos focais:

"Isso é muito difícil, existe aquela frase: eu não sou maluco não, sou normal, não estou com problema. Já chega, já recebeu claro aquele acolhimento ali (CAPS), mas vamos lá entender" (psicóloga 1- AT).

"Tem a barreira no trabalho, olha não quero que informe o meu trabalho, porque senão vão me tratar como um maluco. Eu não sou maluco, eu vou ser dispensado. Eu falo, não, que isso? O que acontece aqui (CAPS). Nós vamos resolver aqui, estamos aqui pra te ajudar e a pessoa vai ficando mais calma, mas pra mim a saúde mental é uma caixinha de Pandora, né?" (oficineira- 2).

"Eu lembro o lema do tá pirando, pirado, pirou! Acho que é muito o bloco de carnaval lá do Pínel né? Porque a doença mental não dá em pedra, dá em gente. É isso. Então acho que assim, acho que essa lógica de olhar, né? Assim o cuidado da saúde mental a partir do sofrimento é o reforço da doença, né? O reforço dos sintomas ao invés do reforço da noção de saúde, né? Que a gente tenta, enfim, a duras pedras" (psicóloga 3- AT).

"Ela não pode ser taxada, rotulada como doente, como louco porque senão seremos todos. Entenderam? Se colocar na balança somos todos. Só que as pessoas têm muita mania, o hábito de rotular. A não, aquele ali é vinte e dois, é maluco" (oficineira-2).

"Coisas que a gente lida o tempo todo com o estigma que é muito grande, é o lugar do maluco (CAPS). O lugar que eu vou deixar as pessoas excluídas, rechaçadas. E as pessoas trazem isso, a gente se dispõe a estar ali e ouvir. Olha você tem um sofrimento sim eu estou aqui com você pra gente poder



pensar em conjunto. Como é que a gente pode amenizar esse sofrimento que você está trazendo? E a pessoa já se vê numa condição de poxa, eu sou um sujeito eu sou né?" (terapeuta ocupacional 6).

Os discursos das trabalhadoras nos remetem o quanto o serviço CAPS é um lugar que os usuários podem existir com a sua loucura. Desta forma, na interação profissional e paciente precisamos juntos pensar numa reconstrução ética, política e técnica de cuidado a partir dos projetos de vida, humanização, construção de identidade, confiança, responsabilização e encontros de experimentação do usuário com o mundo, com outras maneiras de viver e de estar no coletivo.

Contudo, muito embora tenhamos um arsenal teórico e jurídico que regulamenta a produção do cuidado e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, possibilitando o direito do usuário a uma assistência universal, equitativa e a circulação pela cidade, o que observamos na prática são limitações do acesso aos usuários seja em diversos dispositivos da rede de saúde, equipamentos de lazer e cultura.

De acordo com Paranhos-Passos e Aires (2013), muitos usuários ainda se encontram excluídos e estigmatizados no próprio ambiente familiar. Essa lógica pode ser percebida na seguinte fala:

"Aqui é o único lugar que vocês me dão ouvido, que vocês me escutam, na minha casa me chamam de maluco, ninguém me dá atenção" (fala de um usuário reproduzida pela psicóloga 3- AT).

A fala acima corrobora a concepção expressa pelas participantes quando afirmam que a qualidade da produção do cuidado reside na desconstrução dos estigmas criados em torno da loucura, ampliando esta tarefa para o âmbito familiar. Afirma-se, deste modo, que uma das funções do CAPS é o acolhimento aos familiares, possibilitando a presença, a problematização e o desenvolvimento de uma clínica que agencie conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, limite de comunicação ou impossibilidade de convivência. Sendo assim, é importante e essencial construir possibilidades para a retomada, o resgate das relações e o convívio familiar e/ ou o suporte da rede de apoio que o usuário possui.

Entende-se que os "processos de estigmatização são referidos e concebidos como estando entre os maiores empecilhos no avanço da atribuição de um outro lugar



social à loucura e do exercício de cidadania dos loucos, projetos centrais da Reforma Psiquiátrica” (Nunes e Torrente, 2009; p.104)

Neste sentido, ao destacar as falas das participantes dos grupos focais e resgatar a historicidade ao referenciar autores que embasam sobre as instituições totais e o estigma da loucura, compreende-se que não apenas o hospital psiquiátrico deveria finalizar suas atividades, mas o conjunto de saberes e regras que se organizam em torno do sofrimento psíquico, subestimando a individualidade daquele que sofre.

Que sempre haja investimentos em serviços substitutivos às instituições totais, aniquiladoras da alteridade, e assim, que nenhum ser humano tenha sua liberdade cerceada por simplesmente existir. Acreditamos que a liberdade seja o princípio para que as pessoas assistidas nos serviços de saúde, tenham bons e generosos dias de vida.

8.1.2 Conhecimento da rede sobre o trabalho da Residência Terapêutica (RT)

A RAPS estabelece os pontos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo uso de crack, álcool e outras drogas. Dentre seus equipamentos, destaca-se para este ponto os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (Ministério da saúde, 2022).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), foi instituído a partir da Portaria do Ministério da Saúde 106/2000, com o objetivo de atender à necessidade de moradia às pessoas em sofrimento psíquico grave egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não contam com suporte social e vínculos familiares (Brasil, 2000).

Nesta perspectiva, o SRT engloba uma política pública orientada ao usuário em sofrimento psíquico, com o intuito de redirecionar recursos da assistência psiquiátrica hospitalar para serviços de base comunitária e territorial (Almeida; Cesar, 2016).

Os CAPS por meio da portaria 336/GM de 2002, são considerados como serviços de referência das RTs. Desta forma, as residências, na condição de moradias, estão ligadas a um serviço territorial comunitário e aberto, cuja a equipe técnica atuará na assistência aos moradores, onde, buscam contribuir para a



construção de um novo lugar social, promotor de inclusão e circulação pela cidade (Brasil, 2002).

Por vezes as formas de operar o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, com questões clínicas orgânicas e muitas vezes emergenciais são negligenciados, ainda é necessária uma transformação ética e política do pensamento manicomial.

Nesta direção, não basta apenas a criação de serviços substitutivos de base comunitária, pois ainda existe algo além, uma força que alimenta as instituições que se fazem presente no cotidiano do trabalho, na reprodução de práticas manicomiais e concepções no campo da saúde mental (Amarante, 1995).

Como podemos evidenciar nas falas das participantes, sobre a dificuldade de um serviço de emergência em lidar com situações sejam elas: da clínica orgânica ou em manejo de crise nos serviços residenciais terapêuticos.

"Começam a descrever situações que não são totalmente hospitalares (SAMU). Porque eu posso está na minha casa e passar mal, ele tava na casa dele e passou mal. (morador RT)."Teve uma crise, teve uma convulsão, isso acontece." (psicóloga 1- AT)

"Acho que isso fica muito explícito, por exemplo, na questão do manejo à crise. O que responder pra pessoa do SAMU? Assim, tem umas perguntas que eles fazem (SAMU) que nem eu sei responder. E nem eu entendo. Bateu com a cabeça frontalmente? O Samu esquece que muitas vezes não tem um técnico de enfermagem, não tem enfermeiro, não tem médico na RT. Que as ATS são psicólogas." (psicóloga 4- AT)

"Isso aconteceu também com outra moradora, ela teve uma convulsão por causa de infecção urinária e aí o pessoal do SAMU falou, não vamos levar porque ela está tendo esta convulsão é por alteração de medicação. Uma medicação que ela tomava, a alteração tinha acontecido há seis meses atrás e eu discuti ou quase discutindo. Com muita educação, mas assim por favor senhor leve ela ao hospital, ela está tendo crise convulsiva." (psicóloga 4- AT)

Os relatos apontam para um movimento da equipe de elaborar estratégias de convencimento para que o serviço de emergência possa entender a gravidade de uma situação com o morador e possam chegar até o SRT para prestar assistência.

Ao serem questionadas sobre essa resistência, as trabalhadoras justificam, criticamente, que parte do fenômeno pode estar relacionado ao desconhecimento das equipes dos equipamentos da RAPS acerca da própria RAPS, conforme demonstrado nas falas abaixo:

"SAMU, as vezes, nem sabe o que é uma RT."(terapeuta ocupacional-6)



"Porque acham que é um absurdo ter pessoas morando, mas não tem enfermeiro (SAMU)?"- (gestora -7)

"Exatamente, faça seu trabalho por favor. (SAMU). Porque aí vem o profissional que não conhece a rede, não tem conhecimento do que é uma residência terapêutica." (terapeuta ocupacional-6)

Trazemos para esse debate, como forma de contribuir sobre a função dos pontos de atenção do componente de urgência e emergência no atendimento às pessoas com transtorno mentais e suas famílias, a premissa de reafirmar a "universalidade do cuidado no SUS. Assim, é necessário que os profissionais reconheçam essa demanda de atenção como legítima, disponibilizando-se para uma avaliação qualificada"(Ministério da saúde, 2015; p 17).

Como já mencionado na fala das participantes do grupo focal, identificamos no serviço de urgência e emergência, fragilidades e limites de uma formação biomédica e medicalizante por vezes insuficiente para lidar com a complexidade do que seja um SRT, com todas as delicadezas de ser um serviço/casa, onde a realidade do cotidiano demanda reflexões críticas e inventividade de práticas possíveis para a promoção de cuidado (Brasil, 2004).

Encontramos uma forte influência do modelo biomédico, que direciona a maneira de atuação em saúde, reverberando no desenvolvimento dos processos de trabalho com foco na competência da intervenção científica sobre os corpos, com atuação da prática clínica e da autossuficiência do saber profissional (Merhy; Franco, 2013).

Neste contexto, o que vemos na prática é que os serviços de saúde mental são colocados em segundo plano na prioridade de atendimento do serviço de urgência e emergência, que é norteado por concepções do modelo biomédico tradicional, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos, ainda que esteja inserido na RAPS, possui o objetivo de cuidar das questões clínicas orgânicas, mas por vezes com práticas restritamente assistencialistas, onde fica explícito uma desarticulação dos serviços que compõem a RAPS.

Durante a realização dos grupos focais, a partir dos discursos proferidos pelas trabalhadoras, pôde-se observar que quando os moradores da STR necessitam de



algum tipo de cuidado clínico e orgânico, há uma barreira no acesso aos atendimentos de urgência e emergência. Desta forma, existem dificuldades e tensões relacionados ao cuidado do SAMU com os moradores da SRT, o que produz uma barreira de acesso, dificultando, assim, o trânsito de usuários pela rede. Neste sentido, pode-se incluir nessa discussão a questão da acessibilidade, sendo esta uma dimensão importante para uma análise de como é o manejo do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde (Rodrigues, 2011).

Nas narrativas, observou-se que a questão da falta de acessibilidade propulsionou as equipes à reflexão sobre a existência de uma rede de saúde desarticulada, que é capaz de produzir barreiras de acesso pelos serviços que compõem a RAPS. Além disso, as equipes localizaram que há uma invisibilidade da SRT e que há um desconhecimento, pelo SAMU, do funcionamento das casas. Por isso, a equipe da SRT tem procurado ampliar o acesso a cada ligação que faz ao serviço de urgência e emergência e, dessa forma, sustentar uma direção de cuidado digno aos moradores das RTS.

A postura do SAMU aparece através dos discursos das participantes, as quais por vezes, a equipe se coloca numa posição em que se vê na necessidade de emprestar a voz para os moradores da SRT. Numa direção de trabalho pautada no vínculo, no compartilhamento e de corresponsabilização para que seja uma construção de cuidado entre usuários e trabalhadores e não como forma de cercear o morador. São profissionais comprometidas com o trabalho da atenção psicossocial, tentam articular de para que a rede de cuidado possa enxergar o usuário como um cidadão de direitos e que vive em sofrimento psíquico. A percepção das profissionais e que elas deixam reverberar em suas falas nos grupos é um cenário que exclui o indivíduo em sofrimento psíquico no que tange a produção do cuidado na atenção de uma clínica orgânica ao morador da SRT (Maron, 2008).

A partir das falas das trabalhadoras durante os grupos focais, trazemos para esse debate a temática sobre barreira de acesso, localizada nas dificuldades do atendimento do serviço de urgência e emergência, quando os moradores da SRT necessitam de algum cuidado clínico orgânico. Assim, incluímos nessa discussão acessibilidade, sendo esta uma dimensão importante para uma análise de como é o manejo do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde (Rodrigues, 2011). Durante os



grupos, surgiram narrativas sobre as dificuldades e tensões na relação com SAMU no que diz respeito ao cuidado dos moradores da SRT, onde as trabalhadoras localizam a produção de barreira e acesso, com isso encontram dificuldades para que os usuários transitem pela rede.

Nas narrativas, também percebemos que a falta de acessibilidade foi um disparador para que as equipes pudessem refletir sobre uma rede de saúde desarticulada, capaz de produzir barreira de acesso pelos serviços que compõe a RAPS; localizaram também uma rede em que a SRT é um lugar invisível, com apontamentos para o desconhecimento do funcionamento das casas pelo SAMU, e assim a equipe da SRT tenta de todas as formas ampliar esse acesso a cada ligação que faz ao serviço de urgência e emergência e, desta maneira sustentar uma direção de cuidado digno aos moradores das RTS.

A postura do SAMU aparece através dos discursos das profissionais, onde por vezes, é necessário emprestar a voz para os moradores da SRT numa direção por parte da equipe, tendo como pressuposto o vínculo, o compartilhamento e a corresponsabilização para que seja uma construção de cuidado entre usuários e trabalhadores e não como forma de cercear o morador. São profissionais comprometidas com o trabalho da atenção psicossocial, com o desejo e tentam articular de forma que a rede de cuidado possa enxergar o usuário como um cidadão de direitos e que vive em sofrimento psíquico. A percepção pelas profissionais e que elas deixam reverberar em suas falas nos grupos é um cenário que exclui o indivíduo em sofrimento psíquico no que tange a produção do cuidado na atenção de uma clínica orgânica ao morador da SRT (Maron, 2008).

Ainda temos muito a avançar em mudanças no que tange a construção de práticas comprometidas com respeito à pessoa em sofrimento psíquico, nos espaços de cuidado e trazer debates para reflexão, como o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) incluso na RAPS não conhecer o SRT.

Neste sentido, podemos afirmar que, mesmo não estando internado, o indivíduo em sofrimento psíquico, por vezes, continua sendo excluído em decorrência da ideologia manicomial que pode ultrapassar os muros dos serviços de saúde, seja em que nível de atenção esteja, para além dos manicômios (Salles e Barros, 2007).



É necessário avançar em relação ao olhar minimizado que por vezes temos sobre os moradores da SRT e a partir disso, compreender que eles são produtores de existências e responsáveis por construir suas redes de conexões, onde estão inseridos: serviços, pessoas ou até mesmo outras capacidades de encontros, que seja possível construir sua rede de apoio (Merhy, 2014).

A desinstitucionalização é um processo em que é necessário deslocar o olhar da doença para o entendimento de que existe sofrimento psíquico. Trata-se de potencializar a produção da autonomia, a (re) construção de laços sociais, familiares e comunitários. Para isso, os trabalhadores devem estar abertos e disponíveis em apostar na produção de vida, atividades coletivas que possibilite a convivência no território, priorizar a autonomia e a construção de novas formas do usuário estar na vida (Rotelli et al, 2019).

Alinhado nessa perspectiva, acreditamos que desinstitucionalizar é trabalho contínuo que conta com muitas delicadezas, re-encontros, investimento das equipes de saúde atuantes nas RTs, nos serviços de saúde da rede e da comunidade onde as casas/serviços estão localizadas.

É de suma importância que as equipes dos serviços que compõem a RAPS sejam capazes de reconhecer os indivíduos em sofrimento psíquico para além do que por vezes é socialmente construído, somente a partir de um olhar sobre o estigma da loucura.

Desta maneira, os protagonistas que participaram dos grupos focais possuem a compreensão que o conhecimento da rede sobre o trabalho da RT pelas equipes que compõem a RAPS representa a qualidade do cuidado em saúde mental.

8.1.3 Compreensão da produção do cuidado e saúde mental

No que tange o cuidado, ele é um marcador importante na observação de como são desenvolvidas as ações e práticas cotidianas nos serviços de saúde. É necessário o empréstimo de uma escuta acolhedora, a partir da integralidade, com ações intersetoriais, e a oferta de um cuidado ético e singular, uma vez que :

"não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um de seus sujeitos" (Ayres, 2004, p.28)



A concepção de cuidado possui diversos sentidos, podendo estar presente tanto nas discussões no que tange a saúde como nas reflexões sobre a produção de vida. O cuidar, está configurado nos diversos modos, está ligado ao suporte, assim como à produção de vida (Feuerwerker, 2016).

O cuidar também possui um caminho em direção a auxiliar os indivíduos no alívio ao sofrimento psíquico, oferecendo apoio para que seja possível superar as dificuldades que aparecem no cotidiano (Lacerda et al, 2009).

O trabalhador de saúde "deve ser aquele que se abre à escuta, ao acolhimento e à capacidade de tornar as demandas dos usuários válidas para o direcionamento de suas ações" (Anéas e Ayres 2011; 29). Esse estudo corrobora com a narrativa das trabalhadoras que participaram do grupo, quando estas afirmam que:

"Quando, por exemplo, vou na clínica da família buscar a medicação dos moradores (...). Percebo como é a chegada em uma e como é na outra. Como é no Centro Municipal de Saúde, o que é uma clínica da família, eu acho que isso fica muito marcado e também de como quantas pessoas são atendidas dentro daquela clínica da família, mas acho que a percepção é nossa. Se eu fui muito bem atendida assim né? Acho que ser atendida é uma forma de cuidado." (psicóloga- 4 - AT)

"A medicação é tudo? Não, a gente pensou em outras alternativas pra poder ofertar cuidado. Tem aí vários estudos que falam sobre cuidados pra além da medicação, enfim. É, mas às vezes aquela medicação é uma maneira daquele corpo, ser um corpo orgânico e biológico e se organizar. E aí se falta uma medicação específica é de uma forma de desestruturar mesmo aquela pessoa." (agente de cuidado territorial-5)

"Uma pessoa que está com indicação de ser encaminhada, ela veio pro CAPS num momento de crise, ela foi transferida e ela já tava num momento mais estável e aí a gente perdeu aquele momento de fazer o encaminhamento e o usuário mais organizado dentro de um CAPS, ele não entende esse movimento, né? Ele não entende, o projeto terapêutico singular, ele não consegue entender, que ele tem que ter uma continuidade no acompanhamento, porque não tá nesse momento, ele tá no momento ali no acompanhamento ambulatorial e aí até explicar tudo isso pra ele, não precisa mais ficar tudo aqui, e aí foi bem tenso porque ele viu isso como se estivesse negando acesso a ele. Ele só queria ir lá no atendimento com o psiquiatra e voltar pra casa." (gestora-7)

Diante do exposto, compreende-se que a concepção de cuidado da equipe relaciona-se com a produção do cuidado é a forma como se dá às relações interpessoais estabelecidas, atitudes de atenção, desta forma, como as necessidades de quem procura o serviço de saúde são acolhidas de forma integral.



De acordo com Ayres (2004), em relação a produção do cuidado dentro dos serviços de saúde, apesar da compreensão que, por mais que se tenha avanços tecnológicos, uma das percepções dentre diversos problemas, é a incapacidade de prestar assistência à saúde de modo sensível a partir das necessidades dos indivíduos.

Conforme os autores Rivera e Souza (2010), o cuidado em saúde mental nos CAPS precisa ir além de um lugar onde os usuários são bem atendidos na direção de que se estabeleça como um espaço de promoção da inclusão social, da autonomia e da cidadania ao indivíduo em sofrimento.

Nesse sentido, a equipe entende o cuidado em saúde mental, a partir de

"Tudo o que abrange a vida do sujeito, assim, é o cuidado na saúde mental dele. Desde lazer, acesso à saúde, acesso aos espaços comunitários. É poder de compra, poder de escolha, acesso à informação. Acho que tudo isso envolve a saúde mental. Família, segurança social." (gestora-8)

Como marco conceitual, trazemos os autores Buss e Filho (2007) que corrobora com a fala da participante:

"Tomamos como pressuposto que os determinantes sociais correspondem a situações de vida e trabalho dos indivíduos e grupos relacionados com sua condição de saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (p.78).

Desta forma, os determinantes sociais têm papel fundamental no campo da saúde como promotores de cuidado. O sofrimento é social e saúde mental sem direitos sociais causa adoecimento. Mas é necessário ampliar o olhar enquanto trabalhador, segundo Silva e Rosa (2019) é necessário ir além de tratar todos os usuários de forma igual, abrir um espaço de diálogo que respeite as diferenças.

E assim, esperamos que cada trabalhador ao se deparar com um usuário em sofrimento psíquico possa seguir na dura e bela missão de acreditar e lutar para que a liberdade, os afetos, a garantia de direitos básicos e o cuidado psicossocial garantem potência de vida a essas pessoas.



8.1.4 Modelo manicomial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é formada a partir de diversos serviços com a proposta de um modelo substitutivo ao manicomial. Destacamos, os CAPS, possuem ações desenvolvidas no território e que atendam as necessidades reais dos indivíduos. Essa atuação propõe superar a lógica asilar perpetuada por longo tempo nos hospitais psiquiátricos e propõem novas práticas em saúde (Brasil, 2004).

Nesta direção, ao vivenciar e compartilhar o cotidiano dos serviços de saúde, por vezes nos deparamos com condutas que não visam a desinstitucionalização do indivíduo e sim a reprodução de práticas manicomiais. Alguns trabalhadores ainda se interrogam e tem estranhamentos sobre algumas condutas, como pode ser relatado na fala das participantes dos grupos focais:

"No geral, estamos falando da RT, mas eu estranho muito, quando eu vejo um usuário sentado no chão do CAPS. Se todo mundo passa do lado da pessoa e vai para um lado e vai para o outro, o usuário tá ali sentado no chão. Tem uma cadeira ao lado e ninguém pra conversar com ele? Assim, eu acho que quando a gente observa isso, né? Dois mil e vinte três." (gestora-7)

"Em relação ao refeitório mesmo na hora do almoço. Às vezes algumas questões, o almoço é muito simbólico. E aí porque eu fico muito ligada nessas questões. E aí a pessoa tem duas proteínas ali que dá pra perguntar se a pessoa quer. A pessoa tem o poder de escolha, de escolher pelo menos na hora que ela vai comer. Aí fazem o prato para o usuário, sem perguntar antes. Eu acho que o manicômio mora nos pequenos detalhes, a gente não observa isso e a gente reproduz essa lógica" (gestora-7)

Segundo Merhy, em todo cuidado existe uma dimensão da tutela. Sendo assim, é necessário ter "cuidado com o cuidado", onde a tutela pode, ao mesmo tempo fazer que o outro sempre faça escolhas pelo usuário, como pode ajudá-lo a ter maior autonomia, já que "o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoético" (Merhy, 2007; 28).

Dentro dessa contextualização, muitas vezes é difícil enquanto profissionais saber dosar essa medida que Merhy nos convoca a refletir, como a participante do grupo focal trás em sua narrativa da importância do usuário escolher o que deseja comer e não o que desejam por ele.

"O pior é quando eles trazem as roupas deles pro lado de fora e começam a fazer varalzinho. (todas riram). Hoje mesmo a gente foi chamar o N... pra



poder pedir para ele tirar, guardar a roupa dele. Ele falou é pra secar, mas aqui não pode" (oficineira-2)

"Eu acho que é assim, um esforço pessoal e coletivo da equipe pra que isso não aconteça (modelo manicomial) Porque precisa de muita atenção. No momento em que você naturaliza, ou descansa, ou relaxa, baixa a guarda um pouquinho, a tendência é reproduzir. Eu tive discussão essa semana dentro da RT. Porque uma moradora que eu acompanho que ela vai pra rua sozinha e ela voltou pra casa e foi almoçar. Até aí normal, a técnica de enfermagem falou: vai lavar a mão. Só que o que eu trouxe é justamente que a noção de higiene da moradora é uma e a nossa é outra. Então como que você coloca se não lavar a mão não vai almoçar? Assim, eu acho isso muito grave inclusive que ela está dentro da casa dela. (moradora). E no final deu tudo certo ela desceu, lavou a mão e almoçou. Beleza, mas assim o quanto que isso não é reproduzido, um pensamento, uma lógica manicomial" (psicóloga 3- AT)

Destacam-se alguns trabalhadores, perpetuam saberes e práticas excludentes e restritas ao modelo manicomial, à contribuir com condutas de tutela, como reverbera no discurso da participante do grupo. Desta forma, é carregado para dentro dos dispositivos de saúde mental à manutenção da ordem social regulamentada pela normatividade padrão. Diante disso, as autoras corroboram com as narrativas acima, informando que a perpetuação dessa lógica é

"visível em contextos formalmente constituídos para a sua superação, é que dá a medida da necessidade de que sejam, cotidiana e competentemente enfrentados os desafios teóricos para compreender a desinstitucionalização como um conceito diferente de desospitalização", como afirmavam Rotelli et al. (2001) (Oliveira e Alessi, 2005, p. 201).

"problematizações constantes das práticas profissionais, de modo a direcioná-las à crítica do lugar da loucura na sociedade. As instituições e suas práticas devem estar à altura do novo objeto de cuidado: a vida dos sujeitos." (Rotelli et al, 2019, p.20)

Ressaltamos a importância dos serviços repensarem atitudes autoritárias e práticas rígidas. Para tanto, é fundamental mais que uma mudança de postura, exige-se a responsabilidade de confrontar o cotidiano excludente das relações em sociedade. Nesse sentido, é necessário problematizar o cotidiano da produção do cuidado, traduzido pela presença com interesse pelo que o outro sente, pensa e no constante diálogo com os usuários para o enfrentamento das questões que eles trazem em sofrimento. Essas atitudes, devem fazer parte continuamente da prática em saúde.



Desta forma, implica em trabalhar com as necessidades, desejos, problemas de inserção social, conflitos familiares, com isso, proporcionar os serviços serem espaços de acolhimento, promotor de cuidado e relações sociais.

8.1.5 Modelo de atenção psicossocial

Na atualidade, a política de saúde mental determina que a rede e seus dispositivos, sejam orientados pelo modelo de atenção psicossocial. Esta determinação é resultado de transformações nos campos técnico-assistencial; jurídico-político e teórico cultural, enquanto dimensões de um processo social que ainda continua em curso (Amarante, 2007).

A promulgação da lei 10.216, de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o modelo de saúde mental brasileiro (Brasil, 2001). No artigo 2, inciso II, consta que é direito da pessoa com transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (Brasil, 2001).

Este marco jurídico proporcionou subsídios legais para que os indivíduos fossem respeitados e seus direitos reconhecidos, sendo assim, removeu a designação de manicômio na referência aos hospitais psiquiátricos. O tratamento tem como prioridade o território e faz críticas às instituições de cunho asilar (Mateus, 2013).

Acerca da Atenção Psicossocial, as participantes dos grupos , ao relatarem suas compreensões, afirmaram:

"Cada um vai ter o seu modo de pensar, mas na saúde mental todo mundo tá pautado na ideia da atenção psicossocial. Só que por vezes, isso é um conhecimento muito fino e muito rebuscado e algumas diferentes situações podem acabar encontrando um choque. Porque os profissionais estão pautados em lógicas de trabalho diferentes."(terapeuta ocupacional-6)

"É porque a gente está falando da atenção psicossocial né?(sobre desconhecimento dos serviços sobre o trabalho do CAPS)"(assistente social-4)

Trazemos Merhy (2013) para colaborar na fala anterior da participante:



"No cotidiano do fazer no campo de prática se está permanentemente produzindo conhecimento, reafirmando conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde (p.2)."

Ainda existem muitos desafios no cotidiano de trabalho em saúde mental na perspectiva da produção de cuidado na lógica da atenção psicossocial. Importante ressaltar que é necessário que a direção de trabalho a seguir seja proposta e induzida pelas políticas públicas oficiais sobre o modelo de atenção e o que se constrói no cotidiano da relação serviço-profissional-usuário.

Por vezes, as equipes de saúde vivenciam dificuldades em acolher, abordar e manejar o cuidado ao usuário e a família/rede de apoio em sofrimento psíquico. Sendo assim, é necessário que os serviços durante as discussões de casos clínicos, revejam suas ações, exijam pensar, avaliar, ou seja, implicar-se com a lógica de cuidado.

Desta forma com a RAPS, o sistema de saúde possui uma rede de serviços de saúde mental para atender de forma integrada e articulada, aos usuários com demandas do uso de álcool, crack e outras drogas, ampliando o acesso aos serviços de atenção psicossocial (Brasil, 2001).

Com isso refletimos sobre a importância do compartilhamento dos casos em rede. Essa articulação exige ações de fortalecimento diário para ampliar as possibilidades de trocas entre os diversos níveis de atenção à saúde. Sendo necessário, criar, fortalecer e possibilitar espaços de encontros e discussões que incluam a intersetorialidade.

Esse dado pode ser corroborado no que diz Amarante (2007), ao afirmar que a rede de serviços na atenção psicossocial deve contar com serviços tanto no âmbito da saúde quanto intersetorial, elaborando estratégias de cuidado que pensem na ampliação de recursos que possam lidar com usuários em sofrimento psíquico.

O acolhimento noturno em um CAPS III também levanta questões acerca das compreensões sobre a atenção psicossocial, como expresso pela fala da trabalhadora abaixo:

"A gente tá falando de um CAPS, a gente tá falando de atenção a crise, não é um manicômio. A pessoa não tem que ficar aqui um mês porque a família tem que alugar um espaço. É isso, a pessoa tem que tá na vida dela, ela tem que se disponibilizar a procurar a casa dela. Enfim, são muitas coisas que aparecem às vezes nos discursos e é isso. E tá todo mundo dentro da lógica



da atenção psicossocial. O que é isso? Será um indicador?" (terapeuta ocupacional-6)

O CAPS III é um serviço de saúde mental que funciona em municípios com população superior a 200 mil habitantes, no período de 24h. O AN é uma das funções para o atendimento de indivíduos em sofrimento psíquico que demandam cuidado emergencial e integral em saúde mental como alternativa de atenção e manejo à crise (Dimenstein et al., 2012).

Adotaremos a concepção de crise proposta por Dell'acqua e Mezzina (2005) que defendem que as 'situações de crise' nos contextos dos serviços podem ser reconhecidas quando temos algumas situações: grave ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento e contato; incapacidade de confrontar situações de alarme em seu contexto de vida.

Ainda temos muito avançar nas discussões ao que se remete ao contexto do qual vivenciam alguns CAPS III com AN: muitos usuários que já não estão em crise, em um momento com organização psíquica e em condições de saída do acolhimento noturno, mas continuam ocupando o recurso do CAPS III. Onde, esses usuários possuem vínculos frágeis, sem possibilidade de retorno familiar, por vezes ocorre o rompimento com familiares sem desejo de recebê-lo; sem rede de apoio e outros sem laços familiares.

Sendo assim, alguns desses usuários continuam por meses utilizando o CAPS III como um recurso social, até que a equipe possa construir o projeto terapêutico com o usuário e sua família/rede de apoio o retorno familiar, ou em outros casos discutir com outros dispositivos: UAA, república, SRT uma possibilidade de transferência quando tiver vaga disponível para receber o usuário ou dependendo da autonomia desse usuário pensarmos juntos o recurso de moradia assistida.

O presente estudo evidenciou que a rede, da maneira que está estruturada atualmente, não oferece suporte para tal demanda e, por vezes, muitos usuários ficam por longos períodos ocupando o recurso do CAPS.

Na prática, este fenômeno foi nomeado pelas trabalhadoras como a utilização do CAPS como "recurso social". Esse movimento é feito por diversos pontos de atenção da rede: urgência e emergência; hospitais gerais; atenção básica que demandam cada vez mais os serviços darem conta do que a rede não comporta.



Acerca da postura dos trabalhadores, foi relatada uma certa naturalização dos atendimentos nos serviços. Nessa direção, o estudo aponta para um processo de perda da afetação da equipe na condução dos episódios cotidianos dos equipamentos, como pode ser visualizado pela fala abaixo:

"(usuário sentado no chão do CAPS). É a naturalização, eu sempre falo, gente, olha pode naturalizar? Vamos lá ofertar a cadeira pra ele e entender porque ele tá sentado ali? Você precisa de ajuda pra levantar, não sei, mas acho que é colocar aquilo ali como uma questão e não como uma obrigação, mas fazer ele pensar também. De escolher, sentar com ele na cadeira."
(terapeuta ocupacional-6)

Destaca-se, portanto, a necessidade de fortalecimento da relação entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, onde os usuários que estão em sofrimento psíquico possam ser escutados e envolvidos no processo de cuidado (Amarante, 2007).

Trata-se de uma convocação dos usuários a estarem num lugar de respeito à sua condição de fazer escolhas. Assim, produzir cuidado requer estranhamento e investimento diário dos trabalhadores, no repensar as práticas de saúde de maneira que favoreça a ampliação da autonomia em regime de corresponsabilização.

8.1.6 Desconstrução do CAPS como lugar de internação

A integralidade deverá ser garantida a partir do acesso aos serviços de saúde da rede, ofertados nos diversos pontos de atenção à saúde. Na forma que o usuário sinta-se acolhido, construa vínculo com a equipe e com os dispositivos. A lei 8.080/90 em seu art.7, & II, refere-se que o SUS deve seguir o princípio da:

"integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990, p.4)."

Neste sentido, a porta de entrada do SUS priorizou a saúde no âmbito da atenção básica, implantando a ESF, que segue o princípio da integralidade e possui



equipe assistente multiprofissional (Brasil, 2000). Desta forma, a reorganização representa um grande passo para o cuidado aos usuários em sofrimento psíquico.

Sendo a atenção psicossocial um dos pilares da reforma psiquiátrica, afirma-se pela necessidade do respeito e liberdade, aliada a garantia de direitos, atenção digna, acolhedora, com responsabilização a todas as pessoas em sofrimento psíquico. Neste sentido, segundo Amarante (2007):

"o ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; é um processo social que é complexo". (p.63)

Diante do exposto, a ESF tem uma representação importante neste contexto, haja vista, que o usuário é acompanhado por uma equipe de saúde no território que reside. Dentre os princípios de integralidade, acolhimento, humanização, promoção e prevenção de agravos, sendo assim, a ESF é uma aliada importante nas mudanças de paradigma ao usuário em sofrimento psíquico (Brasil, 2003; Gryscek & Pinto, 2015).

Entende-se que a falta de informações e compartilhamento do cuidado em rede reverbera na descontinuidade do cuidado, como expresso na fala da trabalhadora participante do grupo:

"Os encaminhamentos que nós recebemos são de médicos. E informações a gente vê que é quase nenhuma, e isso bate muito, porque tem muitos usuários que vão ali, fazem acolhimento de primeira vez e não querem voltar, porque falam que não vão continuar ali, porque ali é tratamento de loucos e malucos. E eles têm medo de que vão ficar ali igualzinho ficavam antigamente." (assistente social-4)

Ainda temos muito a avançar sobre o imaginário social e o estigma da associação da loucura com a periculosidade e improdutividade. Neste sentido, rumo a destituir a ideologia psiquiátrica, percebemos como é frágil as interlocuções entre os profissionais da ESF e os serviços de saúde mental com a corresponsabilização dos casos. Com isso, são detectadas dificuldades no cuidado ao sofrimento psíquico de forma integral e descontinuidade da assistência (Amarante et al., 2011).

Na próxima fala da participante do grupo, reverbera o encaminhamento da atenção básica para a consulta com psiquiatra, sem conhecimento do trabalho do caps, sendo assim, os trabalhadores afirmam:



"Tentar passar a melhor informação possível, porque muitos ainda vêm muito com aquela de que o CAPS interna. Muitos chegam ali e vê o que nós estamos falando, muitos dos encaminhamentos que vêm da atenção básica vêm pra consulta com o psiquiatra do CAPS, e as pessoa saem dali achando que já vai entrar no CAPS e vai passar pelo psiquiatra e todas as consultas são direto com o psiquiatra e com a psicóloga, e aí nós vamos conversando e explicando o trabalho do CAPS." (psicóloga 3- AT)

O que se evidencia com os relatos é a identificação da presença de um modelo tradicional de cuidado pautado na transferência de responsabilização e encaminhamentos, com pouca problematização do acompanhamento e da integralidade do cuidado. O cotidiano do trabalho é sequestrado por um resgate de um fluxo instaurado que afirma a importância de instrumentos administrativos, como as guias de referências e os pareceres, em detrimento da corresponsabilização.

Desta forma desresponsabiliza-se do acolhimento e da escuta das demandas dos usuários, do entendimento de suas necessidades e da busca pelo compartilhamento dos casos em rede para que seja possível pensar em novos projetos de vida e modos de cuidar.

Ainda existem muitos desafios para que ocorra a mudança instituída diante da influência do modelo biomédico, com abordagens individuais e curativas; onde o saber médico psiquiátrico e a medicação ainda ocupam papel de destaque no atendimento do usuário em sofrimento psíquico (Yasui, 2010).

No lugar disso, o novo modelo de cuidado precisa ser visto de forma holística, onde o processo de sofrimento psíquico perpassa o ser biológico, sem fragmentar o contexto biopsicossocial (Vecchia & Martins, 2009; Correia et al., 2011; Mielke & Olchowsky, 2010). Nas falas seguintes, aparece o desconhecimento sobre o trabalho do CAPS, como um lugar de internação:

"Aqui não é hospital de internação. Porque ontem a usuária ficou com restrição de ficar acolhida, porque ela achou que ela ia ficar internada. Até ela entender que não era uma internação, era um acolhimento provisório, até ela estabilizar, organizar os pensamentos dela. Ela foi reticente, ela ficou insegura na opinião dela, é como se fosse um tabu, um estigma que a pessoa leva que é hospital psiquiátrico"(CAPS). (agente de cuidado territorial-5)

"Ainda tem pessoas que me perguntam se tem vaga para internar no CAPS. Não é qualquer pessoa que pergunta sobre isso, são pessoas que tem formação, mas é como eu falei semana passada é entender como funciona o CAPS (CAPS como lugar de internação)." (psicóloga 1-AT)



As narrativas das participantes nos levam à reflexão: como está, de fato, a mudança do modelo asilar e a sustentação da atenção psicossocial, baseada nas reformas sanitárias e psiquiátricas? Não é possível apenas adotar novos modelos sem implicação e apropriação da política de saúde mental pelas equipes dos equipamentos da RAPS.

Nesta perspectiva, é necessário olhar para os usuários a partir de suas necessidades de saúde e das redes que precisamos acionar para conseguir lidar melhor com a sua produção de vida, na construção de processos produtivos de cuidado. (Merhy; Feuerwerke, 2016).

Esses dados podem ser corroborados de acordo com o que Benilton Bezerra Júnior (1992: 13), defende como o processo da reforma psiquiátrica

"Trata-se de não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos".

Sendo assim, existe diferença entre o trabalhador que conhece o significado da trajetória da reforma, a importância da luta antimanicomial no contexto político e social, daqueles que simplesmente tentam replicar uma técnica quando falamos sobre a complexidade do sofrimento psíquico.

8.2 Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares

A categoria trata da competência dos dispositivos em criarem espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis. Evidencia também, o prontuário eletrônico como uma ferramenta tecnológica importante no cuidado. Ademais, pela relação estabelecida entre o espaço e o cuidado, destacam-se as percepções dos usuários sobre como são escutadas, recebidas e acolhidas nos dispositivos.

Neste sentido, emergiram das análises das falas dos participantes 4 unidades de ressignificação, sendo essas:

- 1- Prontuário como instrumento de comunicação-cuidado
- 2- Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (escuta; acolhimento)
- 3- Articulação de rede



4- Educação continuada

8.2.1 Prontuário como instrumento de comunicação-cuidado

O prontuário eletrônico é uma ferramenta potente de comunicação, planejamento e gestão, com o objetivo de garantir e melhorar o cuidado prestado aos usuários na rede de saúde. Nos últimos anos, muitas mudanças aconteceram nos equipamentos públicos e privados, sejam esses, em contextos sociais, políticos e econômicos. Com isso, avançamos na implementação de recursos tecnológicos inovadores, através das tecnologias da informação e comunicação (TIC), ocasionando impacto nas relações sociais e institucionais (Barros, Flain; 2016).

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é caracterizado como um “[...] conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde” (Marin, 2010, p. 21).

O prontuário também propicia modificação na prática dos trabalhadores de saúde, a mudança implica à organização do processo de trabalho, com isso, reverbera na gestão do cuidado.

Nas falas das trabalhadoras do grupo, o prontuário é visto como uma ferramenta de comunicação e continuidade do cuidado:

“Teve uma situação lá no CAPS que estava eu e um colega na convivência. E, aí chegou uma mãe de uma usuária aqui, e verificamos no prontuário que tinha muito tempo sem vir ao CAPS. Ela realmente não tava indo ao CAPS e aí a mãe dela chegou desesperada, perguntando: o que eu faço? Vocês também não podem ir lá? E aí, ela foi falando um pouco também da forma que ela conversava com a filha. Você vai ficar lá, você vai ficar trancada, você vai ficar amarrada. Aterrorizando. E aí, claro que a menina não vai querer ir para o CAPS. Então, assim, eu acho que eu também falei um pouco disso. Elas são da Cidade de Deus É, acho que é acho que é por isso, a gente precisa fazer busca ativa.”(agente de cuidado territorial - 5).

O prontuário é o norte do tratamento do usuário. É importante ter algo escrito sobre o paciente no prontuário, vamos dizer que o profissional que atende aquele usuário não está no serviço. Se estiver escrito, vai ajudar na condução do caso.(psicóloga 3- AT)

“(O prontuário eletrônico) Ajuda a conduzir os atendimentos, encaminhamentos, pra pensar no caso também, no estudo de casos, pensar no PTS do usuário. Como que eu vou pensar? Por exemplo, sei lá, C... tá aqui hoje. (..) Ela decide sair E aí a C..vai passar as referências dela pra outro profissional. Como que esse profissional vai olhar no prontuário? Ter uma



noção ali de quem é aquele usuário, como que está seguindo o acompanhamento dele, se a gente não utiliza esse instrumento? Então, pra ter uma continuidade no cuidado, é porque se usa o prontuário.” (gestor-7)

“Hoje chegou uma usuária muito demandante. Mas ela não falava nada com nada. Aí eu respirei fundo, falei assim, meu Deus. aí fui lá, peguei o nome dela, a senhora aguarda um instantinho e a pessoa passava pra lá e pra cá.. Mas a unidade também hoje estava muito cheia. Aí fui lá no prontuário, pedi para ela aguardar, porque ela estava muito demandante, depois que eu direcionei ela realmente ao profissional que ela seria atendida, ela acalmou.” (oficineira- 2)

“O prontuário é uma comunicação constante da equipe, e aí a gente relata as falas da nossa equipe da RT para as equipes do CAPS.” (psicóloga 1-AT).

A respeito do que foi mencionado nas falas acima, percebe-se a importância da gestão da informação nos serviços da rede de saúde à contribuir para a qualidade do cuidado, uma assistência prestada aos usuários onde os registros realizados pelas equipes irão auxiliar, fortalecer as ações e a continuidade do cuidado.

Sendo assim, ao acessar o prontuário é possível ter uma dimensão das condições clínicas, da família, o contexto social a partir do histórico de registro do usuário, compreender sobre as vulnerabilidades e risco no território. Sendo um instrumento que possibilita o planejamento do cuidado em saúde quando bem manuseado e com completude de dados. A corroborar com as falas das trabalhadoras, segundo Pereira (2010):

"administração pública passou a se utilizar desses implementos tecnológicos em suas atividades. Assim, as TIC na administração pública possuem vários objetivos, os quais correspondem ao alcance da melhoria contínua da qualidade, o aumento da eficácia e da eficiência, a transparência dos atos administrativos (p.153.)"

Ainda temos muito a avançar. Apesar do prontuário ser uma ferramenta tecnológica potente, temos dificuldades e resistência por parte das equipes de saúde em registrar suas ações e até mesmo em entender que dados geram informações, que reverbera em políticas públicas.

A contribuir sobre a temática resistência do uso da tecnologia, trazemos Araújo et al (2019), ao ser implementada uma nova ferramenta tecnológica no cotidiano do trabalho, por vezes isso pode gerar desafios e dificuldades no planejamento em sua utilização por parte de alguns trabalhadores, que deverão aprender e se adaptar em manusear algo nunca utilizado anteriormente.



Nas narrativas abaixo, reverbera apontamentos de obstáculos na organização das equipes para a realização dos registros no prontuário eletrônico, tais como: resistência na utilização da ferramenta tecnológica; incompletude de dados por ausência de preenchimento ou até mesmo dificuldade no planejamento para a realização dos registros

"O prontuário é documento, mas acho, por vezes, não temos tempo pra isso. Eu acho que é importante, é comunicação de todos né? O prontuário é um documento e é direito daquele usuário. Ter o seu documento, o seu cuidado ali de extensão prestada". (terapeuta ocupacional - 6)

"As vezes a gente se coloca, eu tenho que fazer só o prontuário (...). E aí uma das discussões que a gente tem tido e tem levado pra supervisão. Ah! Muitos profissionais acabam, por vezes, evoluindo de casa. Porque o nosso prontuário é online. Não tô, e não quero normalizar uma situação como essa. Acho que o prontuário tem que ser relatado com tudo que é de direito daquela pessoa que se trata de um direito dela. Mas às vezes, o tempo como a gente tava falando antes é tão curto por conta das diferentes outras ações que se deu. E aí isso é uma coisa muito delicada, restringir somente ao prontuário, a gente às vezes não vai conseguir balizar tudo que foi feito com aquela pessoa". (terapeuta ocupacional-6)

"Eu também cansei de receber ofício e qual instrumento de trabalho que eu tenho para olhar e responder que ele realmente está sendo tratado (usuário). O prontuário? E aí quando a gente não tem?" (gestor- 7)

"Acho que a gente compartilhe esse lugar assim como AT. Eu cheguei na RT e fui falar :vou conhecer os moradores pelo prontuário também e não tinha nada, não tinha absolutamente nada, sequer o relatório de quando eles saíram do núcleo e de quando que chegou na RT". (psicóloga 3- AT)

"Quando eu estava na assistência eu tinha que me organizar muito pra conseguir fazer as evoluções. Conseguia porque eu deixava um tempo separado, eu tinha um caderninho e ali eu colocava, atendimento evoluído, todos os atendimento que eu fazia deixava organizado e eu tirava pelo menos uma à duas horas para fazer VD e evolução". (gestor- 7)

Ao adentrar o universo do uso da TIC, o acesso às informações possibilita que o prontuário seja uma ferramenta de gestão pública capaz de resultar no aumento da transparência das informações (Gelatti; Souza; Silva, 2015). Para além da organização dos processos é necessário: conectividade, infraestrutura adequada para a organização e planejamento para geração de dados.

Estudos apontam que a introdução do prontuário na rede de saúde tem trazido benefícios para o cuidado. Segundo Medeiros et al. (2017), a qualidade das informações está associada ao uso das TICs, com isso contribui nos processos de melhoria de planejamento, decisão e gestão em saúde no SUS.



Desta forma, o prontuário pode ser um determinante de melhoria na comunicação entre as equipes, mas é necessário o empenho de todos na realização dos registros; planejamento das atividades com a ferramenta sendo utilizada da melhor forma; treinamento para a utilização correta à promover uma saúde pública de qualidade, universal e integral.

8.2.2 Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (Escuta e Acolhimento)

Cada vez mais os serviços de saúde buscam ampliar e articular políticas públicas em rede, realizando uma clínica ampliada, por uma gestão humanizada e integrada no SUS. Nesta perspectiva, rompe-se com estigma da loucura e dos modelos biomédicos, ao propor um cuidado integral para os usuários em sua totalidade.

Diante disso, o acolhimento é o primeiro momento de encontro entre o serviço e aquele usuário que procura o cuidado, sendo assim, representa o caminho e a capacidade que aquela organização de saúde tem disponível a ofertar e seus recursos. Desta forma, o ato de acolher em seu sentido holístico representa uma prática referente à atuação das equipes de saúde nos serviços, ampliando as possibilidades de atuação, capaz de oferecer suporte e desviando o foco de atenção à doença (Silva et al, 2020).

A partir da escuta é realizado o gerenciamento das demandas trazidas por aquele que procura o serviço de saúde, o trabalhador utiliza os recursos de seu conhecimento, os caminhos da rede de saúde e assim ofertar a resposta à demanda do usuário (Silva, 2020).

O acolhimento e a escuta de acordo com as participantes do grupo focal, ocorre a partir da atenção dada a quem procura o serviço, identifica-se o sofrimento e resulta-se no direcionamento das demandas.

"Logo de cara, assim, acolher aquele sofrimento, porque se a pessoa tá ali, ela tá com algum tipo de sofrimento, não sabemos o grau disso até fazer a escuta dessa pessoa, assim, e tentar entender e pensar junto com ela a partir disso os direcionamentos. As próximas direções, né? Eu acho que é isso".
(cuidadora-2)

"Quando o usuário chega na convivência se a gente puder acolher , mesmo que seja pra uma informação, a gente abrir o portão, ele entrar, sentar e a



gente verificar qual é o serviço de referência. Se ele é daqui, mas nesse meio tempo essa atenção, esse cuidado já faz uma diferença. Eu acho que são nesses detalhes". (agente de cuidado territorial- 5)

"A escuta é tudo, né? Primeira coisa, isso. Não tem como você identificar qual o grau de sofrimento da pessoa, se realmente aquilo compete de ficar no CAPS ou ir pra uma atenção básica se você não escutar direito aquela pessoa. Entendeu?"
(oficineira-2)

As narrativas das participantes do grupo, pode ser corroborada com o que a PNH tem colocado como uma de suas diretrizes sobre o acolhimento. Sendo assim, o modo de operar os processos de trabalho em saúde, visa a atender todos os que buscam os serviços e escutar as suas necessidades e assim, assumir uma postura capaz de acolher e devolver aos usuários resposta mais adequadas às demandas solicitadas (Santos, et al, 2013).

Na perspectiva de um cuidado humanizado em saúde mental significa acolher, ouvir e com isso, a maneira de como é devolvida as respostas a partir das necessidades individuais e coletivas de quem procura os serviços de saúde, faz total diferença de como a pessoa se sente bem tratada. Nessa direção, as trabalhadoras trazem em seus discursos durante o grupo, a importância de um olhar humanizado, uma escuta atenta dos trabalhadores sobre as necessidades dos usuários.

"É você olhar ele com um olhar humano, já está em sofrimento, pra ele está tudo perdido. Quando ele vê o atendimento, que ele vê que você está dando atenção, ouvindo, só na abordagem da escuta, ele já se sente. Tem muitos que falam até assim, quando falamos que vamos encaminhar para a CF, mas eu vou perder esse espaço aqui não né? Você não vai perder simplesmente, você vai ser tratado de uma outra forma, uma outra clínica que o senhor precisa. Ah! mas isso aqui é portas abertas". (psicóloga 3- AT)

"Melhor atendimento ao usuário, que ele saia com resposta, não vai conseguir resolver, mas amenizar o sofrimento, dar uma escuta, o usuário sai aliviado" (assistente social-4)

"A gente tem que ouvir primeiro, porque a gente fica muito na tentativa só de responder o que o outro tá dizendo, a gente agita e não acolhe". (gestor 7)

"O acolhimento é primordial. É a porta de entrada. Acho que a primeira coisa assim é o acolhimento, porque dali você pode prosseguir, você espera resolver o problema, mas esse acolhimento inicial é o principal olhar também, que o profissional pode ter quando o usuário chega no serviço". (psicóloga 1- AT)

"Eu penso que por muitas vezes quando eu estou na frente de algum trabalho é como se eu estivesse do outro lado. Como eu gostaria de ser tratada num serviço? Então eu acho que é muito angustiante você ir com alguma questão



e você chegar lá e sair totalmente desorientado. E às vezes pior do que quando você chegou".(psicóloga 1- AT)

De acordo com Lima e Vieira (2015), é de suma relevância a valorização e uma escuta atenta às falas de quem procura o serviço, estes podem fornecer subsídios importantes para a construção de ações em saúde mental pautada na política de humanização e um cuidado integral.

Fica explícito nas narrativas dos grupos o quanto é importante o compromisso do trabalhador com uma prática humanizada, o acolhimento e, assim, uma construção de relações terapêuticas afetivas como instrumento para o alcance da humanização, um cuidado pautado no compromisso, responsabilidade e ética.

No campo da saúde no que permeia o cuidado, o acolhimento acontece a partir do encontro entre os trabalhadores e usuários. A fala de uma trabalhadora no grupo focal, reverbera a importância de como os usuários são recebidos pelos trabalhadores, mesmo com alguns serviços de saúde com infraestruturas precárias.

"A gente tem complicações no serviço, quanto estrutura, mas da maneira que você é recebida, acolhida e ouvida naquele serviço é um diferencial, enfim, às vezes já ficamos melhor"(psicóloga 1- AT)

De maneira alguma, temos que naturalizar a falta de manutenção e recursos escassos, mas essas situações ficam em segunda instância quando os usuários conseguem, após o acolhimento feito pela equipe, sair melhor do que quando chegaram naquele serviço de saúde.

Sendo assim, o acolhimento acontece a partir de um encontro, construído no cotidiano, com construção de vínculo, para além do espaço físico do serviço de saúde. É através de uma escuta acolhedora e atenta sobre a história do usuário, que o acolhimento é capaz de construir relações de potência entre trabalhadores e usuários (Lima, et al, 2018).

No contexto de refletir sobre a importância de um trabalho que não seja fragmentado, onde pode maximizar o sofrimento psíquico em que o usuário muitas vezes se encontra, potencializando e desestimulando sua capacidade de enfrentamento diante das suas dificuldades. Trazemos a fala de uma trabalhadora no grupo focal, ao narrar uma situação com uma moradora da RT e como foi importante o acolhimento do segurança e sua sensibilidade em sua abordagem.



"Eu fui com uma moradora no super centro de saúde. A moradora ela não estava entendendo muito bem (...). Ela ficou assim, eu não vou pra clínica de maluco, eu não vou pra clínica de maluca. Eu não, você vai fazer um exame, é uma ultrassonografia, expliquei como é que era o exame, só que ela estava ansiosa. Parecia que ela estava achando que ia ser internada. Então, quando ela saltou assim do carro, ela falou, eu não vou entrar e começou a perguntar pra todas as pessoas que estavam ali ao redor. O que é isso? O que é isso? E o segurança que assim, em geral, a gente tem a sensação de que é um serviço terceirizado. Mas assim, muitas pessoas não veem os seguranças, por exemplo, como funcionário de saúde e ele, assim, foi de um cuidado com ela, explicou tudo, falou, vamos ali na recepção, a gente vai pegar uma senha pra senhora, você vai ver que é só um exame e aí foi com ele que ela ficou tranquila, não importava se eu falasse, se outros pacientes, outros usuários que estavam ali estavam falando, foi o contato e o cuidado desse profissional, sabe? Então, eu acho que esse acolhimento. Assim, um olhar a essa sensibilidade" (Psicóloga 3- AT).

A corroborar, segundo Abreu et al (2017), na perspectiva de dar voz ao indivíduo, é necessário compreender o sofrimento psíquico a partir do que o usuário traz, valorizando sua fala e estar atento para suas necessidades. De encontro às percepções enunciadas, o segurança escutou o que a moradora estava dizendo, captou o que estava causando sofrimento e disponibilizou-se em auxiliar. E assim, através do manejo realizado pelo profissional a moradora sentiu-se acolhida e confiante.

Nem sempre vamos ter disponíveis profissionais acolhedores e sensíveis ao manejo do usuário em sofrimento psíquico no cotidiano dos diversos pontos de atenção da rede. Reconhecemos que ainda existem vários desafios a serem enfrentados no trabalho para lidar com o cuidado humanizado em saúde mental, que seja baseado nas necessidades dos usuários, a fim de promover uma assistência de qualidade.

Dentre diversos desafios, destacamos: a fragilidade na competência e habilidade do trabalhador para lidar com a superposição de atividades decorrentes das demandas dos serviços, desresponsabilização sobre os usuários assistidos, mecanismo excludentes, de modo seletivo, por vezes, limitando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, onde muitas vezes, o usuário precisa estar acompanhado de um profissional para ter acesso a algum serviço, assim como, o excesso de demandas tem impacto na organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde.



8.2.3 Articulação de Rede

Os sistemas de saúde se organizam de uma forma hierárquica. A comunicação entre os serviços ocorre, por vezes, numa lógica tradicional por encaminhamentos, através de guias de referências e contra referências, com pedidos de parecer que não oferecem resolutividade. No SUS, as equipes de saúde da família atuam com responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal.

Nesta perspectiva, a atenção básica presta uma assistência holística ao indivíduo, sendo assim, a ESF torna-se a primeira porta de entrada, o primeiro contato do usuário à rede de cuidados frente a saúde, focando em sua coletividade social (Ribeiro, et al., 2015; Santana & Pereira, 2018; A. F. Silva, et al., 2018; M. Silva & Batista, 2017).

Em 2008 a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou a necessidade da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, ao preconizar a recomendação ao território adscrito, à comunidade e as redes de serviços de saúde, de forma que essa organização com ênfase em novas formas de cuidar reconhece que a Atenção à Saúde Mental é parte dos cuidados primários da saúde (Campos et al., 2020).

A nova reorganização dos serviços de saúde culminou através de movimentos como a reforma psiquiátrica e, na década de 70, com o movimento dos trabalhadores da saúde mental (MTSM), que trouxe novas abordagens, tais como a necessidade de um cuidado pautado no respeito, liberdade e cidadania; descontinuidade do modelo biomédico e espaços de exclusão como os manicômios pelo cuidado integral e articulado com a atenção básica, com ocupação do território. Assim, como ferramenta estratégica de compartilhamento de cuidado entre as equipes de saúde, o suporte matricial (Campos et al., 2020; Lima & Gonçalves, 2020).

O matriciamento ou apoio matricial é um formato de possibilidade de produzir cuidado no território, ou seja, "um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico- terapêutica" (Gonçalves et al., 2011).

A lógica do matriciamento surgiu com o objetivo de superação do modelo tradicional por meio de ações horizontais de retaguarda e especializadas de assistência à saúde e suporte técnico-pedagógico para as equipes de referência. Todavia, não condiz ações de encaminhamento às especialidades, atendimentos



individuais, intervenções psicossociais apenas realizadas pelo profissional de saúde mental (Gonçalves et al., 2011).

O matriciamento é uma forma de articulação da saúde mental em rede, a partir do compartilhamento do cuidado em interação entre diversos saberes para a produção de saúde com a atenção básica, desta forma, acontece a integralidade do cuidado em saúde (Iglesias; Avellar, 2017), mediante as narrativas das trabalhadoras no grupo focal, a equipe do CAPS recebe encaminhamentos com atravessamentos que são contrários ao preconizado no matriciamento e ressaltam dificuldades também em compartilhar o cuidado através das estratégias práticas de saúde, conforme descrito abaixo:

"Eu tava falando a respeito de encaminhamentos, muitas vezes a gente recebe usuários com encaminhamentos, e o profissional que encaminha ele diz que ele vai passar por uma consulta psiquiátrica. Então, o usuário já chega ali, o que você é? Você é psiquiatra? Não, eu sou oficineira. Não, mas eu quero ser atendido pelo psiquiatra, porque o meu médico me encaminhou pro atendimento com o psiquiatra. Aí você vai tentar explicar a pessoa e muitas vezes não entende e aí é um trabalho". (oficineira-2)

"Tem clínicas da família que a gente não tem muito acesso e quando começa a tentar acesso, os profissionais que estão ali não se disponibilizam totalmente, entendeu? Vamos fazer um matriciamento? Muitas vezes a pessoa sai daqui e vai pra lá chega lá e não acontece, entendeu? (terapeuta ocupacional 6)

Estamos tendo uma boa quantidade de profissionais propondo a ter um matriciamento com o CAPS. Mas tem algumas (CF) ainda que não sabem o que é o matriciamento (...)" (psicóloga 3- AT)

A corroborar com as falas das participantes do grupo. Segundo Lucchese et al (2014), por falta de desconhecimento dos trabalhadores da atenção básica, os usuários são encaminhados para serviços especializados, com isso, os serviços que recebem os usuários ficam sobrecarregados

Por vezes as dinâmicas das unidades de saúde caminham ao contrário do que é preconizado na proposta do matriciamento em saúde mental, numa lógica ainda de encaminhamento com centralidade no atendimento psiquiátrico, com falta de conhecimento da atenção básica sobre o matriciamento ou pouca adesão à esta ferramenta potente de troca e articulação a outros saberes para produção de saúde.

O matriciamento é capaz de produzir cuidado em equipe nos territórios. No que confere à RAPS, os CAPS tem responsabilização na produção de redes de cuidado territoriais, que proporcione os indivíduos existirem fora das instituições, ocupando a



cidade como seus territórios existenciais, assim como articulação com as equipes da ESF a qual pode ser realizado apoio matricial (Lancetti, 2006; BRASIL,2005).

É necessário problematizar se o compartilhamento do cuidado entre as equipes está sendo produtivo e efetivo. Nas falas das trabalhadoras do grupo focal, percebemos uma tensão entre o trabalho da equipe do CAPS com a atenção básica, produzindo queixas, críticas entre os profissionais que não se reconhecem enquanto parceiros.

"Será que a atenção básica sabe o que significa o CAPS?" (agente de cuidado territorial-3)

"Tem até uma frasezinha meio clichê daquele filme da Alice no país das Maravilhas que ele fala isso: "Se você não sabe pra onde você tá indo, qualquer caminho te serve". É um pouco nesse sentido (conhecer a rede de saúde)"
(gestor 7)

"Eu acho que quando a gente fala na qualidade do cuidado, você também mostra de uma disponibilidade (...) E aí com isso a gente enquanto apenas uma unidade de saúde, a gente não consegue dar conta de todas as demandas daquela pessoa. Diferente por vezes na atenção básica, que tem uma demanda, uma solução é uma coisa muito fechada. Por vezes na saúde mental, a gente com uma única pessoa vai passar o dia inteiro com ela o que a gente está acionando outros cinco dispositivos da rede. E isso é estar disponível pra aquela pessoa, porque não é uma questão de um número. Porque eu talvez tenha passado um dia inteiro, com uma única pessoa, mas quantos outros serviços não foram acionados. Talvez a pessoa não vá sair de cara com uma solução de um problema que ela tenha chegado, mas ela sai com a sensação de nossa, eu fui ouvido, eu me senti grato por tá aqui podendo ter alguém que se disponibilizou a me ouvir".(terapeuta ocupacional-6)

Esse discurso, pode ser corroborado por Jorge et al.(2011) que afirmam que existe uma fragilidade na articulação entre os serviços de saúde e com isso existem também dificuldades nas situações que se refere à atenção psicossocial. Essas atitudes, por vezes, podem ser compreendidas pela dificuldade das equipes de conhecerem o trabalho dos diversos pontos de atenção da rede e o funcionamento e organização dos serviços. Assim, existe uma relação de conflito entre as equipes. Ao invés de se aproximarem e construir juntos novos modos de articulação de projetos de vida e cuidado, percebemos uma tensão e disputa no modo de operar dos serviços.

A partir do entendimento da complexidade da saúde mental, é fundamental a articulação com a atenção básica, que possui um papel primordial na reorganização dos serviços de saúde e, com isso, tem a função de ampliar o acesso ao cuidado em



saúde mental para um maior quantitativo de usuários e diminuir os encaminhamentos dos casos menos graves (OMS, 2008).

No discurso da trabalhadora que participou do grupo focal revela-se insegurança quanto a continuidade do cuidado na atenção básica.

"Fui fazer o trâmite do usuário pra atenção básica e ele achou que estava perdendo o acesso a saúde mental (no CAPS), aí você volta lá atrás, explica pra ele que o acesso é sempre aberto no momento em que ele precisar, sentir em crise, não se sentir bem, as portas estão abertas. Aí ele vai mais tranquilo, mas bate muito nisso, quando você vai ser encaminhado pra atenção básica, o usuário acha que lá, ele não vai conseguir o tratamento que tem aqui. Não, você vai conseguir, qualquer coisa volta, as portas estão abertas". (oficineira- 2)

Reafirmamos a importância do matriciamento, as discussões do caso com o compartilhamento do cuidado, o fortalecimento do papel da atenção básica com vistas à continuidade do cuidado e a abordagem de cuidado integral ao usuário, família/ rede de apoio. O trabalhador da ESF deve assumir a assistência à saúde mental e, assim, deslocar as unidades de atenção básica de um local de diagnóstico e encaminhamentos para um espaço de ofertas de cuidado e corresponsabilização na saúde mental.

Costa, et al (2012) afirmam que práticas consolidadas no processo de trabalho da atenção básica originárias de um modelo biomédico, dificultam os cuidados dos usuários em sofrimento psíquico. As ações desenvolvidas na atenção básica devem estar pautadas numa lógica da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Todavia o que podemos observar na prática é uma lógica com foco na doença, no saber médico e medicalizante, sem a compreensão da história de vida e a identificação das necessidades dos usuários que procuram o serviço de saúde.

É necessário que as práticas em saúde mental sejam inventivas, reflexivas e baseadas nas necessidades dos usuários. É preciso pensar o cuidado como algo que favorece a liberdade e cidadania dos usuários. Desta forma, é urgente a aposta no matriciamento em saúde mental com a atenção básica, nas articulações em rede e qualificação do cuidado pautado nas abordagens que a reforma psiquiátrica e a sanitária preconizam.



8.2.4 Educação Continuada

A contar do momento da implantação do SUS até a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, várias transformações aconteceram na produção de práticas e saberes para garantir aos usuários em sofrimento psíquico, o direito do acesso universal e integral à assistência à saúde.

Pautado numa perspectiva de que não faz sentido excluir o indivíduo em sofrimento da sociedade, tornam-se fundamental a valorização do território, com encontros de experimentação, outras maneiras de viver; sendo assim, um cuidado que o usuário se integre com a família, na comunidade e sua rede de apoio, com respeito e valorização de suas vontades e desejos (Coutinho et al., 2016).

Nesta direção, é imprescindível o investimento num trabalho que busque uma atenção de qualidade e humanizada, o que requer mudanças nas práticas dos trabalhadores de modo que aproximem-se dos usuários, familiares e suas redes de apoio.

Um modelo de assistência embasado em: promoção de inclusão, convivência dentro da realidade do território que o usuário ocupa, um trabalho interdisciplinar que se relacione com outros setores da sociedade e assim, seja capaz de promover lazer; cultura; geração de renda e trabalho apoiado, que por vezes, ainda está em processo de discussão em muitos serviços (Ministério da Saúde, 2011).

Acreditamos que uma das estratégias que podemos utilizar para trazer essas temáticas tão potentes e agregadoras é através do processo de formação em serviço nos dispositivos de saúde. Durante o grupo focal, as participantes ressaltaram a importância da formação, de atualizações no campo da atenção psicossocial:

"E aí, eu acho que pra gente fornecer uma boa informação, os profissionais também precisam tá informados, né? Com uma educação e uma formação permanente, porque no campo da saúde mental nós usamos muitos jargões (profissionais de saúde)". (psicóloga 3- AT)

"Os que estão chegando agora também ou que já estão ali há algum tempo também, de se atualizar, com algumas coisas. Muitas das vezes a gente acha que está sendo claro com o outro e não está".(gestor-8)

"Quando eu cheguei aqui no CAPS.Vocês deram assim, tipo um introdutório. Porque foi o básico do básico, achei aquilo maravilhoso. Porque a gente tá vindo de vários lugares, precisamos entender o básico de como funciona o CAPS" (psicóloga 1- AT)



No discurso das trabalhadoras durante o grupo focal demonstra-se o desejo de aprofundar, discutir cada vez mais o campo da atenção psicossocial, onde uma das participantes nomeia como introdutório, algo a introduzir, nortear o funcionamento do CAPS.

Esse investimento também passa pela dedicação da gestão local, como norteador do processo, se baseia em um "fio condutor", nem que seja em um movimento disparador, organizativo ou até mesmo de dar lugar, propiciar esses momentos, à priori; um modelo de gestão que aposta na formação coletiva em serviço (Figueiredo, 2012; Gigante, 2014).

Ainda no que tange o introdutório, uma das participantes ressalta a temática a partir de pensar o trabalho em rede, da importância da intersectorialidade nesse contexto.

"Porque a atenção básica até tem introdutório, mas eu acho que a saúde mesmo tem um introdutório muito falando ali do cuidado da atenção básica, mas não abre um pouco aí pros outros trabalhos em rede. O que é o CREAS, CRAS. O que é o CAPS? Eu acho que a gente tá falando de ação, de formação, penso da gente se apropriar também do que temos no território" (gestor-7)

Na direção do discurso que a trabalhadora trouxe no grupo, é imprescindível pensar a formação nos serviços, sendo assim, cada vez mais é necessário discutir os desafios do cuidado comunitário em rede e intersectorial no campo da atenção psicossocial.

A partir do entendimento da importância das unidades de saúde serem capazes de acolher e cuidar da complexidade que envolve o sofrimento, um passo imprescindível é reconhecer que o cuidado em liberdade se faz no território e em rede intersectorial e assim, trazer esse fomento para as pautas a serem discutidas em rede, com base nas diferentes necessidades de saúde e cidadania dos usuários.

Neste sentido, a educação permanente no que tange as necessidades no campo da saúde mental, destaca-se a proposta de fortalecer as práticas de cuidado em liberdade, para tanto, é fundamental problematizar e construir maneiras de cuidar a partir de uma perspectiva da atenção psicossocial (Scafuto et al, 2017).

Outro aspecto importante que uma das trabalhadoras nos provoca a refletir durante o grupo, é a partir da importância e necessidade da organização para acontecer a educação continuada, por vezes ocorre à distância, deve ser no horário



de trabalho, com a oferta de infraestrutura adequada aos trabalhadores para participarem desta qualificação, um olhar atento a saúde do trabalhador.

"Eu acho que também é o oferecimento, o espaço, o incentivo, enfim, de uma educação continuada. Acho que isso deva ser colocado dentro do tempo de trabalho. Porque enquanto trabalhadoras que somos, colocar que a educação continuada não faz parte do trabalho, rompe com a lógica dessa educação continuada. Acho que isso faz muita diferença e vejo isso por exemplo com as cuidadoras. A gente é contratado por outra OS. Ela oferece cursos, não obriga, mas assim, é um oferecimento obrigatório. E preciso que os profissionais façam cursos online, respondam, vêem videoaula, faça aquilo e aquilo outro. Mas isso vai ser feito nos dias de folga?. Porque também na RT, também não pode fazer. Então, qual é o espaço real oferecido para que essa pessoa possa se qualificar e se sentir mais preparada? A gente não tem internet, não tem celular. E de oferecer esse espaço dentro da instituição, não talvez dentro da RT, mas de um CAPS? Dentro de um turno do trabalho, do plantão. Não sei, algo a ser elaborado". (psicóloga 3-AT)

Alguns desafios impostos para que a formação esteja no processo de trabalho dos serviços de saúde, à priori, as atividades educativas devem acontecer a partir de uma organização de modo a proporcionar o desenvolvimento profissional, incluindo a realidade de cada serviço de saúde e que possa reverberar na qualidade do cuidado (Bezerra, 2002).

Sendo todos esses aspectos a serem elaborados, assim, não ocorra sobrecarga e o trabalhador não seja obrigado a realizar a qualificação profissional fora do seu horário de trabalho, evitando o desgaste sobre a sua saúde, mas que possamos estimular aos profissionais a ter uma participação ativa, atenta de quem questiona e busca a construção de um saber (Rigotto 1998 *apud* Rocha; Harnecker, 1998).

Pensar as práticas de educação continuada é, para além de resolver problemas nos serviços de saúde, de extrema relevância ampliar a visão dos trabalhadores sobre a importância das trocas entre diferentes profissionais, com diversas formações e fomentar a importância do compartilhamento do cuidado em rede. Sendo assim, nenhum serviço de forma isolada será capaz de dar conta da complexidade que é a atenção psicossocial (Medeiros, 2014).

Ainda muito a avançar, mesmo os CAPS sendo composto por equipes multiprofissionais e esta direção é norteada por uma política de saúde, percebemos o foco nas especialidades e modelo hegemônico. Contudo, temos dificuldade em



organizar o trabalho interdisciplinar e fazer valer um mandato que atue na produção coletiva.

Sendo assim, que a educação permanente possa ser desenvolvida na qualificação da atenção à saúde prestada nos diversos serviços de saúde mental, como forma de luta e resistência no enfrentamento dos desafios cotidianos do Sistema Único de Saúde.

8.3 Condições estruturais e relacionais para o trabalho

A presente categoria foi elencada a partir da organização do trabalho, em seus aspectos estruturais, organizacionais e relacionais. Aborda-se, também, o que permeia a sobrecarga de trabalho dos profissionais na rede de saúde.

Sendo assim, para esta construção foram consideradas as seguintes 2 unidades de ressignificação:

- 1- Estrutura física
- 2- Sobrecarga de trabalho

8.3.1 Estrutura Física

Como foi apontado anteriormente, diversas questões atravessam o processo de trabalho. Dentre elas, destaca-se na fala das participantes a precária infraestrutura dos CAPS. As narrativas dos grupos focais permeiam muitas promessas de melhorias e poucas ações, o que acaba por produzir situações que ocasionam desprazer nos trabalhadores.

"Eu tenho que correr e colocar as camas em outro quarto, eu tô num lugar que tinha duas camas, agora tem quatro camas. (sobre a obra que iniciou e parou)" (gestor 7).

"Ah! vamos fazer a obra, vai sair a obra. Ah! então tá. Quando é a obra? Ah, vai começar. Em fevereiro de dois mil e vinte e três está pronto, eu tenho certeza que vai tá pronto. Vamos derrubar essa parede aqui, vai cair tudo para a obra. Para tudo, todo mundo perde uma sala, perde um auditório e a copa continua com mofo" (terapeuta ocupacional-6).



No cotidiano do trabalho, na lida diária com o usuário em sofrimento psíquico, os profissionais também precisam driblar muitas situações e serem criativos. Por maior que seja a clínica, existe algo estrutural que precisa estar organizado, como por exemplo: um espaço adequado para que eles possam realizar as evoluções nos prontuários, locais seguros para realizar as supervisões clínicas institucionais, copa com ambiente limpo e com condição dos usuários realizarem suas refeições. Nessa direção, os relatos apresentam muitas dificuldades que atravessam o trabalho e reverberam na qualidade do cuidado, como apontado abaixo nas falas

"Numa sexta em uma supervisão que a gente fazia online na época da pandemia no pátio e exatamente uma amêndoa caiu no computador, ela caiu no HD. Do nada caiu pum, bateu e desligou tudo. Nunca mais ligou"(terapeuta ocupacional-6).

"Já entrou na copa do CAPS? É fabuloso. Onde tem alimentação, naquele espaço com mofo em cima. Assim Tem qualidade? Não, não"(gestor-7)

"Agora nós estamos com cinco computadores, mas aí fechou aquela bancada lá na sala dos técnicos e não dá pra usar. Mesmo assim fica difícil. As quintas-feiras você chega ali, você não consegue, terça também não. risos" (oficineira-2)

Conforme Merhy (2007), os trabalhadores encontram-se no olho do furacão. O CAPS acaba sendo um espaço de tensão entre novas práticas e velhos hábitos, desta forma, existe uma tensão cotidiana em que o profissional está exposto e precisa utilizar todos os recursos que possui para administrar situações do cotidiano. Nesse cenário, os trabalhadores estão envolvidos em um contexto desafiador, e com muitos impasses, com limitações e por vezes, sem condições dignas de realizar suas atividades, com a tarefa de produzir uma atenção e cuidado em saúde com qualidade, no discurso das trabalhadoras a falta de recursos materiais e precários, são apontados como fatores desestimulantes diante deste cenário e sentem-se com dificuldade em realizar o trabalho cotidiano.

8.3.2 Sobrecarga de trabalho

O debate sobre o processo de trabalho, torna-se cada vez mais urgente e necessário nos serviços de saúde mental, sendo esse, um aspecto que reflete na produção do cuidado e na saúde do trabalhador. A partir do entendimento, que o



trabalho das equipes é realizado em uma dimensão coletiva nos dispositivos e ninguém é capaz de dar conta de todas as demandas sozinha.

Nesta perspectiva, surge na fala das trabalhadoras no grupo uma solicitação de um olhar atento sobre o uso do prontuário como prática de cuidado, ressalta-se um formato de registro no prontuário eletrônico, onde as trabalhadoras têm o seu tempo comprometido com diversas atribuições relacionadas a sua função, com isso não conseguem realizar as evoluções na ferramenta tecnológica.

"Seria possível a gente construir essa noção do prontuário como prática também de cuidado, se dentro da nossa carga horária a gente conseguisse preservar um espaço, um momento, um horário pra aquilo ser evoluído, ser discutido, ser desenvolvido. Assim, eu acompanho onze moradores, acho que a outra AT acompanha doze. No meio disso tudo, numa carga horária de supostamente trinta horas semanais. Como dar conta disso e ainda parar pra evoluir, marcar, falar com o médico, falar com a família? É isso aí. Assim, a conta não fecha." (psicóloga 3- AT)

"O prontuário é um instrumento de trabalho. Mas eu preciso fazer trabalho administrativo, prestação de contas". (psicóloga 1- AT)

Apesar do entendimento por parte das participantes dos grupos que o prontuário é uma ferramenta importante, notamos uma sobrecarga profissional que pode ocasionar perda de motivação e qualidade de vida, levando à um esgotamento físico e emocional, com consequências na saúde do trabalhador.

Uma pesquisa da Gattaz Health & Results do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (IP-USP), apontou que 1 em cada 5 trabalhadores brasileiros sofrem da síndrome do burnout, caracterizada por um quadro de extrema exaustão e instabilidade emocional. As narrativas dos trabalhadores participantes do presente estudo corroboram pesquisas anteriores, relatando a pressão sofrida em nome de uma produtividade.

É necessário que os serviços em equipe, durante as supervisões clínico institucionais possam refletir e criar estratégias para auxiliar os trabalhadores no planejamento de suas funções durante a jornada de trabalho, que tenha um espaço para discussão sobre o processo organizacional e como a equipe sente-se à frente de diversas demandas. Caberia, também, debates sobre a importância de separar a vida pessoal e profissional para conseguir descansar.

Ressaltamos o surgimento de uma sinalização nos grupos focais por parte das trabalhadoras do SRT, acerca do comprometimento do tempo despendido no trabalho e as demandas apresentadas nos serviços. Com isso, é primordial acrescentar, que é



necessário ficar atento e considerar o processo de envelhecimento dos moradores dos SRTs, que passam a demandar cuidados específicos.

Por tudo o que foi relatado, trazemos alguns questionamentos: será que o projeto da SRT não poderia ser revisto? Aumentar o número de ATS, tendo em vista suas diversas funções? Desta forma, essa categoria teria condições de efetivar os registros no prontuário, sem abrir mão do acompanhamento terapêutico? Segundo alguns autores a função do AT é:

“acompanha o indivíduo no território, em diferentes lugares e contextos que façam sentido, com o resgate de vínculos sociais, sua cidadania e sua circulação pela cidade, assim propiciando ao indivíduo a capacidade de conhecer novos lugares e também busca-se a ampliação de movimento do indivíduo. Também é responsável em colocar em análise o processo da reforma psiquiátrica, a partir de uma dimensão clínica- política, onde precisa conhecer o funcionamento da rede, e estar numa articulação com a comunidade em que o indivíduo está inserido, com a família e auxiliar na desinstitucionalização da loucura”(Pitiá & Furegato,2009; p.70).

Após discorrer sobre a função das ATS, e atenta às falas trazidas pelas trabalhadoras sobre as dificuldades, ressaltamos a potência desse trabalho e como ele reverbera na vida de quem é acompanhado, possibilitando uma mudança significativa e permitindo trocas sociais que pode modificar a vida de pessoas que foram marcadas pelo estigma da loucura e da periculosidade pela sociedade. Contudo, tendo em vista do que foi exposto, muitas vezes as ATs não conseguem estar na função a qual foram destinadas, de cunho clínico e político, pois estão debruçadas em tarefas administrativas.

Importante e urgente ressaltar, hoje no município do Rio de Janeiro às ATs tem o menor salário de nível superior entre os profissionais da saúde mental, onde deveria ser equiparado ao que recebe um trabalhador de nível superior no CAPS haja vista e descrita as diversas funções desempenhadas pelas ATs.

Para além das diversas funções administrativas realizadas pelo AT, é necessário que o trabalho circule por diversos níveis de atenção da rede; desta forma, possibilita o fortalecimento de uma rede intersetorial, desde a atenção ofertada nos CAPS, quanto as articulações realizadas com a atenção básica, o cuidado promovido por esse trabalhador desenvolve-se em uma elaboração com o morador, dentro de sua rede comunitária.

Também encontramos no discurso das trabalhadoras durante o grupo focal a dificuldade com a equipe do CAPS estar junto no cuidado com os moradores da SRT,



onde é preciso, por vezes, uma tensão para o CAPS estar mais presente. Desta forma, as trabalhadoras das residências terapêuticas sentem-se sobrecarregadas, mesmo entendendo que todos os trabalhadores também estão.

"A gente falando muitas vezes dessa dificuldade da equipe (CAPS) chegar nas RTs, a gente entende que existe um acúmulo e uma sobrecarga de trabalho, essa equipe tem que dar conta de um território imenso, e aí os ATs vão ficar no pé das equipes, das referências, muita gente pra dar conta. Mas, os ATs ainda tem organização do dinheiro semanal, mensal. A gente vai entendendo que essa equipe também está muito sobrecarregada, todos estão" (psicóloga 1-AT).

Corroborando as fala supracitadas, Silva e Costa (2008) refere-se ao relacionamento de funcionamento da equipe, mediante ao trabalho interdisciplinar, e salienta sobre as relações interpessoais, indicando características que a dificultam, como: a necessidade de exigências em relação à responsabilização e produtividade de seus pares.

As situações com a SRT, passam também, por um lugar de onde por vezes, trabalhadores do CAPS se desresponsabiliza, por saberem que as casas possuem uma equipe 24h para o cuidado com os moradores, mas é necessário um trabalho em parceria do CAPS e SRT, onde a SRT é um segmento do CAPS e tem responsabilização.

Ambos são serviços que existem para acolher pessoas em longo processo de internação psiquiátrica, em sofrimento psíquico grave e cronicados pelas instituições que reproduzem a lógica do sequestro manicomial.

Segundo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira antimanicomial, os usuários dos serviços de saúde mental e os moradores dos SRT, que já sofreram tantas violações de direitos humanos, tendo produzido subjetividades subalternizadas, necessitam da liberdade como instrumento terapêutico, com respeito a singularidade e promoção de pertencimento no território. Assim, os moradores, circulando e ocupando a cidade, podem desenvolver possibilidades de decidir sobre os processos de suas vidas.

As narrativas das participantes apontam para a importância da sobrecarga de trabalho para todos e para os impactos na vida das pessoas de quem atende e de quem é atendido nos serviços de saúde. Destaca-se que este ponto é antigo para o campo da saúde mental, estando presente como questão desde o início do MTSM,



que denunciou um sistema de violação de direitos a partir da precarização do trabalho e da violência institucional.

Acerca deste Movimento, Amarante (1995, p.52) aponta que o MTSM tinha com o objetivo:

“Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade”.

Desta forma, temos clareza que não basta apenas modernizar os serviços; cabe, também, ofertar condições estruturais para a efetivação da reforma psiquiátrica, valorizando todo percurso construído e não esquecendo que a política pública precisa de participação social, que vem se perdendo ao longo do tempo, para que ocorram mudanças significativas em todo os processos de sobrecarga ao trabalhador. É preciso investir em força de trabalho e materiais, bem como nos serviços, que não sejam apenas disfarçados de inovações e sim com concretude para que mudanças aconteçam e não somente novas apresentações do mesmo.

8.4 Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental

Esta categoria evidencia como a equipe compreende os indicadores de qualidade em saúde mental e quais propostas surgiram nos grupos focais. Desta forma, para esta construção foi considerada 1 unidade de ressignificação:

1 - Dado que permite compreender, propor, direcionar e avaliar uma situação (indicador)

8.4.1 Dado que permite compreender, propor, direcionar e avaliar uma situação (Indicador)

Dentre diversas definições, num termo amplo, o indicador é uma mensuração que reflete uma determinada situação. Ao analisar os indicadores na saúde pública, existe uma hierarquia de conceitos: sendo o dado, a primeira unidade que ao ser



trabalhada gera um indicador. A análise, por sua vez, garante a informação que, ao ser interpretada, gera conhecimento (OPAS, 2018).

A partir da contextualização sobre os indicadores, emergiram as seguintes compreensões nos grupos focais com as trabalhadoras.

"É você buscar entender sobre um determinado assunto e com esse dado, a gente vai conseguir ter um panorama de como é que tá" (terapeuta ocupacional-6)

"É um dado que vai dar um direcionamento. Conseguir pensar em propostas, seja pra solucionar aquele problema, se tratar de um problema, ou pra pensar em melhorar a assistência à saúde ou algo nesse sentido. (terapeuta ocupacional-6)".

"Acho que depende muito do objetivo, e o indicador vai nortear a atingir algum objetivo. Acho que é mais nesse sentido, ele dá um direcionamento. Mas tem que ter um objetivo, pra isso. O que vai nortear são os indicadores." (assistente social-4)

Deste modo, o que se evidencia é a compreensão de indicadores como uma ferramenta que vai influenciar as tomadas de decisões, dar uma visão ampla de um determinado assunto, para a melhoria da assistência à saúde e produzir uma ação.

Acerca do que encontramos nos discursos, os indicadores de saúde descrevem e monitoram a situação de saúde de uma população (OPAS 2018).

Por outro lado, também se faz presente a compreensão de indicadores como um importante elemento que contribui para a organização e o funcionamento do serviço, bem como para a avaliação do trabalho e de como acontece a dinâmica do processo de trabalho.

"Como o serviço tá funcionando. É aquilo que você falou, como estão as frentes de trabalho do serviço, o que ele precisa melhorar, quais são os pontos positivos e negativos ali também, né? Qual é a proposta daquele serviço, se é aquele indicador vai de acordo com a proposta daquele serviço."(gestor-7)

"Uma maneira também de avaliar o trabalho da unidade, pensando no CAPS. Qual é a proposta do CAPS? Então quantos atendimentos tivemos? Será que a gente só tá fazendo, atendimentos individuais? O que esse indicador, se tiver um número muito alto, tá mostrando do serviço, ali? É essa a proposta do serviço? Faz a gente pensar também." (gestor-8)

Assim, ainda que as participantes tivessem relatado no início dos grupos focais a não compreensão do que é um indicador, as falas que surgem no decorrer dos encontros corroboram estudos anteriores que apontam os indicadores como algo que diz respeito à qualidade dos serviços de saúde, sendo necessários para a adequação



dos serviços de acordo com as demandas e necessidades. Com isso, os indicadores de desempenho e da qualidade dos serviços de saúde servem para o monitoramento institucional e social (Arah et al., 2006).

Segundo Donabedian (2001) ao avaliar a qualidade dos serviços de saúde usamos as categorias estrutura, processo e resultado. Esses conceitos dizem respeito a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde. O autor presume que se temos uma boa estrutura de saúde, aumentamos as chances de termos bons processos e sucessivamente melhores resultados em saúde. No que é proposto pelo autor, uma boa estrutura de saúde aumenta a chance de dispor de bons processos e ambos aumentam a probabilidade de obter bons resultados em saúde.

Os indicadores de processos são importantes para o alcance de resultados. Alinhados a este pensamento, surgem, nos discursos das participantes questões como: o que podemos avaliar a partir da identificação das questões do trabalho? Qual é o mandato do CAPS? Quais as propostas de trabalho deste dispositivo? Outra situação sinalizada e importante é: este serviço possui uma direção de acompanhamento individual ou a aposta é em atividades coletivas?

Os indicadores podem responder a determinadas situações e contextos, a partir do que surgiu no grupo, conseguimos formular propostas de indicadores relacionados à qualidade em saúde mental.



9. ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS E FAMILIARES

Nesta construção foram elencadas as três categorias que emergiram a partir dos grupos focais com usuários e familiares. Os grupos aconteceram em dois encontros no mês de abril de 2023, sendo composto por 7 participantes no 1º encontro, com a presença de (5) usuários e (2) familiares. No 2º encontro com três participantes, apenas com a presença de (3) usuários e nenhum familiar. Serão descritos abaixo o significado de cada categoria e as compreensões dos protagonistas que participaram dessa construção.

Desta forma, evidenciados pela análise das falas surgiram as 3 seguintes categorias:

- 1- Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado
- 2- Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares
- 3- Condições estruturais e relacionais para o trabalho

9.1. Modelos e concepções acerca da produção do cuidado

Entende-se a categoria a partir da concepção dos usuários e familiares acerca da produção do cuidado. Nesse bojo, aborda-se a compreensão da qualidade em saúde mental; o reconhecimento do CAPS como lugar de cuidado; assim como, o afeto e o cuidado nas relações entre trabalhador, familiar e usuário e a importância da medicação para os protagonistas.

Neste sentido, para esta construção foram consideradas as seguintes 2 unidades de ressignificação (UR):

- 1- Compreensão da produção do cuidado e saúde mental
- 2- Modelo manicomial



9.1.2. Compreensão da produção do cuidado e saúde mental

As relações de cuidado construídas entre a tríade trabalhador - usuário - familiar possibilita que os serviços sejam capazes de promover saúde mental e o desenvolvimento de práticas pautadas na integralidade.

O movimento da reforma psiquiátrica veio questionar o cuidado pautado no modelo hegemônico, situado fora do território do indivíduo, além de um olhar fragmentado e a partir da sua doença, deixando de perceber outras necessidades, entre elas: os encontros capazes de promover relações e laços sociais e a cidadania a partir da produção de autonomia do usuário (Brasil, 2005).

No contexto da reforma, a partir das necessidades dos indivíduos que buscam os dispositivos de saúde, percebemos na fala do participante do grupo a importância do cuidado territorial do CAPS.

"Antes eu pegava remédio na cidade, mas aí eles me passaram para cá (CAPS) agora eu tomo o remédio aqui (CAPS). Antes eu pegava meu remédio na cidade e tomava em casa, mais aí eu comecei a falhar. Estava tendo alguns problemas na minha casa, aí eu comecei a passar o dia aqui e tomar o remédio aqui. Aí eu não esqueço"(usuário 3)

O usuário em sofrimento psíquico, muitas vezes possui dificuldade na organização do seu fazer cotidiano, em estreitar relações que permeiam o mundo social. Nesse contexto, também está inserida a falta ou fragilidade da rede de apoio, que favorece o isolamento.

Na fala do usuário, o CAPS é um espaço de cuidado, por ser um serviço de atenção diária, possibilita que o usuário fique por um período e retorne para sua casa, onde o dispositivo é um lugar onde ele sente-se seguro e não esquece de fazer uso de suas medicações. Desta forma, localiza o serviço como uma oportunidade de troca, convívio social, onde permite que seja um lugar possível de construção de relação entre os membros da comunidade (Saraceno, 2001).

É de suma importância problematizar algumas questões a partir da fala do usuário: Como compreender a concentração do trabalho dentro da instituição? Importante o estranhamento mais efetivamente na relação entre ações em saúde mental e território.

Por outro lado, esta conduta convoca a reflexão acerca dos processos de trabalho nos dispositivos da atenção psicossocial. Ao mesmo tempo que trazer as



medicações para o interior dos CAPS garante que a terapia medicamentosa seja mantida com o cuidado necessário, validando-se as trocas e relações realizadas no espaço, é preciso, também, avaliar o quanto reside nesta condução algo centralizadora dos processos.

Para tanto, poderia ser interessante o desenvolvimento de estratégias que visem o acompanhamento dos usuários mais comprometidos aos demais serviços, em prol da construção da autonomia dos indivíduos.

Precisamos ficar atentos para não tornar o CAPS em uma instituição burocratizada, trazemos uma reflexão a partir da lógica do território, existe uma potência que pode contribuir na organização do trabalho. É apostar que o território está para além de um espaço geográfico, é necessário pensar a vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico. Neste sentido, cabe aos CAPS estar junto aos usuários e possibilitar autonomia, desta forma também promover encontros que possibilitem a formação de laços sociais e a melhoria da vida cotidiana dos indivíduos (Rosa, 2015).

Senão, certamente poderemos reduzir a importância e a potência do trabalho territorial e o serviço facilmente reproduz contornos manicomial com práticas de tutela, vigilância e controle. Desta forma, é primordial fomentar o debate sobre a noção de território, que não é apenas questionar o lugar onde acontece o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, é discutir também como a vida é compreendida e cuidada, quais os modos enquanto trabalhadores de saúde podemos estar potencializando a produção de vida e autonomia ou, ao contrário, apenas de disciplinar.

Nesta diapasão, questiona-se o quanto a decisão de trazer as medicações para o interior dos CAPS reduz a circulação dos usuários no território e na rede. Os pressupostos da Atenção Psicossocial já nos apontam para a necessidade de construção e fortalecimento das redes e da relação com o território. Assim como, criar possibilidades para o usuário em sofrimento psíquico adquirir autonomia, exercer a cidadania e poder construir percursos itinerários para além de ficar limitado dentro de um serviço de saúde mental

Nesta direção, a transição do modelo psiquiátrico tradicional para a lógica da atenção psicossocial, veio para modificar a forma de lidar com o usuário em sofrimento. Sendo assim, ocorreram mudanças ao enxergar os indivíduos que necessitam de cuidado.



Na narrativa do familiar durante o grupo reverbera a percepção sobre um novo modelo de cuidado em detrimento ao modelo manicomial.

"agora eu cuido da forma que devia ser cuidado desde os dezessete anos, eu tinha uma barreira que era levar no médico, dar a prescrição médica. Mas, há quinze anos atrás, tinha que chamar o bombeiro. Tinha que chamar o bombeiro para conseguir conter, senão ficava aquela desordem. Hoje graças a Deus, com o cuidado e tratamento que não tinha antes, porque família é um problema né? Então todas as famílias tem problemas e o pessoal queria só opinar né? E muita gente acha que a colônia, o CAPS é o lugar de maluco, não é lugar de maluco, a pessoa que tem o estado mental alterado precisa de um tratamento." (familiar 4)

Segundo (Rosa et al.; 2011), a família passou a ser o centro de destaque no que compete ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Na maioria das vezes, principalmente no momento das primeiras crises, a família é a responsável pela busca de cuidados nos serviços de saúde (Rosa, 2005).

No discurso do familiar, observa-se a diferença levantada entre o serviço substitutivo e o modelo tradicional, destacando como se dá o cuidado no CAPS e a desconstrução dos dispositivos de saúde mental, transicionando do lugar do louco para um reforço de um espaço promotor de cuidado.

Na fala seguinte, percebemos relações de poder e tutela no binômio usuário - familiar, algo passível de acontecer na relação onde o cuidador visualiza esse indivíduo como alguém que não tem condições de tomar decisões.

"Então o cuidado é medicamento na hora certa, alimentação na hora certa, higiene e outras coisas. Lazer né? Ouvir um pouquinho também porque familiar é um psicólogo eterno, né? (...) muitos dos usuários cai na mesmice de deixar relaxar, deixar de querer fazer as coisas e se não tiver ninguém ao lado, a pessoa acaba ficando numa situação muito deprimente e daí a tendência é descer porque tem que ter uma pessoa para mandar, porque eles são dependentes eternamente, né? Passa a ser uma criança, tem que ter cuidado e aquele apreço de alguém que está cuidando. Se não tiver, se tiver falta de paciência, se tiver intolerância, geralmente cria-se uma obstrução entre o familiar e o doente e aí causa vários atritos. Aí tem o manicômio, tratamentos difíceis, né?" (familiar 4)

Reside na fala do familiar contradições inerentes à complexidade do cuidado em saúde mental: ao mesmo tempo que se prioriza a medicação, destaca-se o lazer; a importância da escuta convive com certo cerceamento na produção da autonomia. De fato, a produção do cuidado na relação familiar é um processo e este precisa ser olhado atentamente pelas equipes.



De todo modo, o que se evidencia é que o cuidado ao usuário em sofrimento pela família deve ser pautado numa relação de construção de vínculo entre usuário - cuidador, para que a corresponsabilização aconteça pela implicação de ambos em busca de bem-estar. Fato esse corroborado por Rosa (2005, p.211), que afirma que "a abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e corresponsável pelo cuidado, está em processo de construção."

Ainda sobre o processo e movimento do cuidado apresentado na fala acima, destaca-se que, nas famílias, são percebidas relações de poder; assim como a tutela (Firmo e Jorge; 2015). Sendo assim, existe uma proteção excessiva na fala do familiar, com um tom pueril à usuária, desta forma o indivíduo fica à mercê da necessidade de estar sempre acompanhado, seguir ordens e com sua autonomia cerceada.

Este movimento, conforme Constantinidis & Andrade (2015, p.38), acontece "a serviço de defesa contra a dor e sofrimento que a loucura traz ao abalar o suposto equilíbrio da família e convidá-los a novos modos de existência". Deste modo, o presente estudo evidencia, a partir das falas dos familiares, pela importância da ampliação do escopo do cuidado para além daquele que é produzido exclusivamente com o usuário. A família é um elemento fundamental no processo do cuidado e precisa ser inserida nos projetos terapêuticos singulares de modo que suas angústias e questões também sejam introduzidas na produção do cuidado.

A partir do exposto até o momento, ressaltamos que a participação da família no CAPS é fundamental e, com isso, que os serviços sejam capazes de refletir sobre o espaço de acolhimento familiar. No que tange, em uma orientação de como lidar com o usuário a partir de uma lógica cuidado em liberdade, também um espaço onde ocorra compartilhamento de sentimentos com outros familiares, pode ser um momento de encontro e troca potente entre trabalhadores e familiares.

Nesta direção, as reuniões que envolvem o familiar - cuidador constituem um espaço importante para o cuidador, pois esse é o momento para tirar suas dúvidas e de dialogar com os profissionais do serviço (Rosa, 2005; p.211).

No que compete discorrer sobre a qualidade em saúde mental, o que foi possível recolher nas narrativas dos usuários e familiares no grupo, é que esta transita por um lugar de afeto; acolhimento; na escuta ativa entre trabalhador- usuário - familiar.



"A qualidade em saúde mental é tudo aquilo que a gente consegue resolver aqui com facilidade". (familiar 3)

"Qualidade em saúde mental é o suporte que eles (CAPS) nos dão. Ajuda, apoio". (usuário 5)

"A qualidade é ajudar! Ajudar os pacientes". (usuário 1)

"A qualidade pra mim é carinho e amor". Cuidado é acolher. (usuário 2)

"A qualidade de modo geral faz parte de tudo, do material humano. Porque somos seres humanos e temos nossos erros, mas quando se trabalha com amor, você consegue superar qualquer tipo de dificuldade". (familiar 4)

Conforme evidenciado nos discursos dos usuários e familiares, as questões relacionais do cuidado estão frequentemente presentes, apresentando-se como dimensões fundamentais para os protagonistas para a avaliação da qualidade em saúde mental em um dispositivo.

Reconhecemos que a humanização em saúde mental, está relacionada à atitude dos trabalhadores, sendo primordiais a escuta, o olhar, o respeito e o diálogo. Sendo assim, a humanização e o acolhimento foram pontos reverenciados nos grupos quando abordamos a qualidade em saúde mental. Conforme Merhy (2002), o acolhimento é um dispositivo tecnológico que acontece na micropolítica das relações nos diversos momentos do trabalho em saúde.

Cabe pontuar, como é fundamental o olhar dos usuários nos serviços de saúde nos processos avaliativos, com isso, poder refletir sobre a qualidade em saúde mental durante os grupos focais com usuários e familiares, é um passo fundamental na consolidação de um novo olhar para a loucura e, por consequência, para as mudanças necessárias aos processos de trabalho.

Na prática cotidiana dos serviços, com um trabalho pautado na integralidade, o profissional é capaz de reconhecer as necessidades dos indivíduos no que diz respeito ao cuidado, para além das demandas solicitadas, onde este princípio está presente no encontro e na conversa entre usuário - trabalhador (Gomes, Pinheiro; 2009).

Portanto, as ferramentas relacionais direcionam o cuidado e como os usuários e familiares são acolhidos; a produção de vínculo e comprometimento nas ações; e o ato de escuta, que reverbera na forma que eles vão compreender o que é qualidade em saúde mental no serviço.



9.1.3. Modelo manicomial

A reforma psiquiátrica permitiu a garantia dos direitos sociais, o respeito, um cuidado humanizado e desconstruiu a lógica da internação com práticas manicomiais para os indivíduos em sofrimento psíquico (Desviat e Ribeiro, 2015). Assim, reverbera na fala dos usuários sobre o fim das internações psiquiátricas e o quão foi importante o movimento, ainda em disputa, para a interrupção das práticas de assistência de modelo tradicional manicomial.

"É muito ruim quando a pessoa fica doente, a pessoa fica internada". (usuário 6)

"O governo quer acabar com a internação, acabou, acabou com a internação. Eu acho que foi bom ter acabado com as internações" (usuário 2)

O desmonte das instituições manicomiais, para além dos marcos legais, aparece nas falas dos protagonistas. Contudo, soma-se a essa necessidade a construção, ampliação e fortalecimento, por passo, de uma rede potente de base territorial. Estas são questões que competem ao debate na atenção psicossocial no SUS. Foi necessária a superação da lógica manicomial, como dito por um usuário no grupo a partir de sua própria história de sofrimento nesses lugares, encarregando-se de levantar questionamentos sobre a instituição asilar. Em sua narrativa, reverbera a marca do hospital psiquiátrico com cunho de privação da liberdade; necessidade de vigilância e condutas manicomiais.

"Os tratamentos difíceis que estou falando, agora eu não sei se ele existe, mas existia choque, existia a pessoa ficar amarrado, existiam várias coisas que era muito ruim, entendeu? Agora não, agora com o tratamento a pessoa consegue viver melhor, né? Consegue ser aceito, consegue entender melhor e esse é o objetivo do familiar, né? Se o familiar não fizer isso não tem condições de continuar, entendeu?" (familiar 4)

Segundo (Mello & Fuergato, 2008), muitos familiares percebem a diferença entre o cuidado no CAPS e o que o acontece na internação psiquiátrica, onde, segundo eles, perde-se o direito à liberdade e a autonomia. Assim, como o familiar descreve em seu discurso sobre as práticas de um modelo hegemônico conhecidas por ele, a internação é vista de maneira negativa, é precisa ser evitada (Amarante, 2017).



Por outro lado, reside ainda no discurso do familiar e do usuário, um movimento de preservação do modelo biomédico que preserva a centralidade da medicação no cuidado.

"No caso da minha irmã, ela desde os dezessete anos vive assim, mas antes do medicamento ela tinha um quadro muito pior. Agora com medicamento eu consegui que ela ficasse mais organizada, porque com o falecimento da minha mãe, as minhas irmãs abandonaram. Mas nunca cuidaram mesmo, né?"(familiar 4)

"Não gosto do CAPS, queria outro CAPS. Eu não me sinto bem aqui, eu venho aqui por causa do remédio."(usuário 6)

O que se evidencia é que, mesmo com avanços nas concepções de cuidado, ainda estão preservadas a centralidade do saber médico e a medicação no atendimento da pessoa em sofrimento psíquico. Soma-se a este ponto a importância do diagnóstico, que rotula e determina um lugar que imobiliza o indivíduo no status da loucura.

É necessária a reflexão sobre as questões trazidas pelo usuário e familiar no grupo. Precisamos, enquanto trabalhadores, construir estratégias que garantam um cuidado ampliado. Muitas vezes, nossa formação é norteadada pelo paradigma hegemônico. É preciso olhar a pessoa a partir de suas necessidades de cuidados e ofertar tratamento como um ser biopsicossocial (Brasil, 2005).

9.2 Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares

A categoria trata da competência dos serviços em criarem espaços acolhedores, afetuosos e confortáveis. Evidencia também, pela relação estabelecida entre o lugar do CAPS e o cuidado, a importância do acolhimento aos familiares; destaca-se a percepção dos usuários sobre a relevância das oficinas como atividade coletiva no dispositivo.

Neste sentido, emergiu da análise das falas dos participantes 1 unidade de ressignificação, sendo essas:

1 - Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (acolhimento familiar; convivência)



9.2.1. Relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica (acolhimento familiar; convivência)

9.2.1.1 Acolhimento familiar

Ao refletir sobre o acolhimento familiar, identificamos pontos essenciais e importantes para o estreitar da relação entre o serviço de saúde mental e a família, tais como: a família ou a rede de apoio buscam cuidado no CAPS ao identificar problemas com o usuário; a família participa da construção do PTS; o lugar do CAPS na diminuição de internações e a necessidade de suporte ao familiar cuidador.

O CAPS é visto como um lugar pelos familiares que, por vezes, leva à diminuição das crises que ocasionam a internação psiquiátrica. É necessário, portanto, que as equipes possam ofertar apoio aos familiares cuidadores, que sentem-se sobrecarregados (Delgado, 2014).

Sendo assim, os dispositivos de saúde têm um papel importante em potencializar o protagonismo familiar, oferecendo apoio, informações e agenciando uma abordagem em saúde mental que incentiva o fortalecimento do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico (Brasil, 2013).

No discurso dos usuários e familiares, surge a falta que os protagonistas sentem da equipe do CAPS no acolhimento ao familiar, salientando-se a atenção focada unicamente no cuidado ao usuário. Reverbera a fala de que a postura em relação a família deveria ser a mesma.

"É importante o suporte aos familiares" (familiar 3)

"Como conduzir a situação? Se alguém surtar, o que vou fazer"? (familiar 3)

"Todos os funcionários apoiam quando vê que não estamos bem e isso seria importante fazer com os familiares" (usuário 5)

"O cuidado aos pacientes é importante, mas o suporte aos familiares também é muito importante" (familiar 4)

Segundo Ferreira et al; (2017) destaca-se que a equipe do CAPS deve trabalhar na direção de promover a inserção da família no cuidado, apostar na criação



de vínculo como forma promotora na melhoria do usuário. Portanto, o acolhimento ao familiar, pode oferecer suporte, sendo fundamental na manutenção para um quadro estável do usuário (Rosa, 2005; Duarte & Kantorsky, 2011).

A família transita no serviço e possui ligação com o usuário e com a equipe em diversas situações, tais como: nas reuniões de família, nas assembleias e nos atendimentos com a equipe multiprofissional. Para além do acolhimento, ressaltamos a importância da família e a validação de suas percepções para o funcionamento do serviço e construção do projeto Terapêutico Singular, que podem auxiliar na melhoria do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico.

9.2.1.3 Convivência

Os CAPS são dispositivos de base comunitária capazes de oportunizar assistência e reabilitação psicossocial, seguindo alguns princípios, por meio do acesso ao trabalho e renda; lazer; cultura; educação; garantia de direitos sociais e ao fortalecimento dos laços familiares/ redes de apoio e comunitários (Campos e Furtado, 2006).

Com isso, cada vez mais enquanto trabalhadores no campo da atenção psicossocial, torna-se fundamental a reflexão sobre o processo de novas práticas e atuação nos serviços, uma vez que o cuidado está direcionado a indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares que por muito tempo foram colocados somente em lugares de exclusão. Urge a definitiva transição para um modelo de atenção que construa e insira estes protagonistas em espaços que possibilitem trocas e construção (Rauter, 2000).

Nessa direção, as oficinas emergem como ferramentas de cuidado e de reinserção social ao propiciar encontros para a formação de laços sociais ao indivíduo em sofrimento psíquico, sendo um importante espaço de interação. Tal perspectiva reverbera na fala dos usuários.

"Eu espero que no serviço de saúde mental tenha oficinas. Eu participo da culinária. Estar aqui (no CAPS) coletivizando, estar com outros usuários. Se sentir útil, sair da zona de conforto" (usuário 5)

"Eu espero que no serviço tenha uma atividade. Eu gosto do brechó, quero que ele volte" (usuário 2)



"Eu espero que o brechó volte. Ele ta parado "(usuário 1)

A partir da narrativa sobre as oficinas de brechó e culinária, como no exemplo dado pelos participantes do grupo, o uso da arte e de tantos outros elementos (como música e futebol) são temáticas possíveis para as oficinas terapêuticas, onde não podemos esquecer que o foco da atenção é o usuário, tendo a opção de participar ou não daquilo que deseja e achar prazeroso.

Como dito pelas participantes no grupo focal, as oficinas são atividades coletivas em que é possível acontecer momentos de trocas entre os participantes, construção de vínculos e inclusão dos usuários. Este é um espaço em que eles desejam, sentem prazer e falta quando não acontece no serviço.

As oficinas são potentes instrumentos de resgate da autonomia, com a produção de artesanatos, confecção de alimentos entre outros. Estes são elementos que podem propiciar o trabalho de geração e renda nos dispositivos, em benefício dos usuários. As oficinas geradoras de renda, são como um instrumento através do aprendizado de uma atividade específica, pode ser igual ou diferente da profissão do usuário como, por exemplo, algumas sinalizadas no grupo: brechó; culinária; marcenaria; costura, bijuteria; fotografia; dentre outras (Pinto, 2011).

O cuidado também reverbera no discurso dos usuários durante o grupo como forma de atenção, acolhimento, trocas e também através do prazer do encontro e do compartilhamento da comida.

"O cuidado é brincar, conversar, tem o bom dia. O bom dia é um cuidado, tem todos os dias de segunda a sexta."(usuário 2)

"falando do cuidado, também tem o café terapêutico com bolo, café, exercício."(usuário 3)

"o cuidado é muito bom, eu gosto, eles dão muita atenção pra gente, que saber como a gente ta vivendo, o que a gente ta fazendo. Aqui (CAPS) tem reuniões, tem o café terapêutico, tem o bom dia e a gente faz exercício de manhã, eles brincam com a gente". (usuário 3)

"Aqui (CAPS) você toma café, almoça, lancha, vê televisão e depois vai para a casa." (usuário 2)

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde (PNH, 2013; p.8).



Cabe pontuar que muitos usuários na interação durante o grupo focal, localiza o "bom dia" onde esse é um momento em que os trabalhadores e os usuários juntos vão organizando como acontecerá o dia no serviço, como "um lugar de formulação e pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo" (PNH, 2013) e o "café terapêutico" um momento onde os usuários em interação com os trabalhadores tomam café, comem bolo e fazem exercícios, onde "criar espaços saudáveis; acolhedores; confortáveis e com respeito"(PNH, 2013), são maneiras dos usuários entenderem o CAPS como local de cuidado.

A partir dessa perspectiva, apontamos o lugar contraditório das oficinas dentro dos CAPS, levantamos o debate sobre o estranhamento do qual ao mesmo tempo que estas se apresentam como espaço de trocas, também podem ser espaços de cerceamento da circulação e fortalecimento da rede, uma vez que acontecem dentro dos dispositivos. Até que ponto a realização das oficinas dentro dos serviços não reproduz uma lógica manicomial de serviços que dão conta de toda a vida da pessoa?

No que cerne as oficinas, é preciso lembrar que elas foram marcadas pelas violências e explorações dos manicômios, e passam a ter um novo olhar fundamentado pelo campo da atenção psicossocial e luta antimanicomial, haja vista que o trabalho nos hospitais psiquiátricos esteve aliado ao racismo estrutural, legado deixado pela escravidão (Rodrigues, 2021). É necessário romper com estereótipos atribuídos ao usuário em sofrimento psíquico, que foram criados e perpetuados ao longo do tempo e ainda são reforçados socialmente.

Nesta direção, a demanda por oficinas e atividades dentro do CAPS pode, também, se relacionar com um desejo pelo que já é de conhecido dos usuários: espaços que oferecem tudo e eles se colocam apenas como consumidores do que está sendo ofertado. Não seria exatamente isso uma reprodução manicomial? É importante que as equipes se disponham a olhar para as situações e consigam reconhecer e acionar as tecnologias de cuidado necessárias e, desta maneira, colocar em prática e fomentar nas oficinas a construção de autonomia, questionar como são criadas, aplicadas, discutidas e como elas atuam socialmente (Brasil, 2011).

As oficinas são ferramentas importantes no que permeia o cuidado, desde que elas possam estar voltadas à produção da autonomia dos usuários e familiares, assim como estejam vinculadas ao desejo destes. Enquanto trabalhadores de saúde,



devemos refletir e nos posicionar sobre quais oficinas queremos e construímos juntos com os usuários e familiares nos serviços, senão corremos o risco de criar cardápios de oficinas, devemos analisar pontos importantes: onde está o desejo? Onde está a construção? Onde está a autonomia? senão estaremos meramente à reproduzir práticas manicomialistas travestidas de estratégias psicossociais

A produção de práticas de cuidados precisa ser centrada no usuário a partir de suas necessidades, essa relação está ligada à presença de trabalhadores e gestores implicados com essa demanda (Merhy, 2016). Por fim, que seja através da "humanização construídas relações entre trabalhadores e usuários que afirmam valores que orientem nossa política pública de saúde" (PNH, 2013), como foi tão pontuado durante o grupo focal pelos usuários, a importância das relações de afeto no cuidado nos dispositivos.

9.3 Condições estruturais e relacionais para o trabalho

A presente categoria foi elencada a partir da organização do trabalho, em seus aspectos estruturais e organizacionais. Aborda-se, também, a importância das reformas estruturais no dispositivo para os protagonistas, relacionando a estrutura física dos equipamentos ao padrão de qualidade em saúde mental. Destaca-se, também, a transição da modalidade do CAPS II para CAPS III.

Sendo assim, para esta construção foi considerada 1 unidade de resignificação:

1- Estrutura física

9.3.1 Estrutura Física

Os serviços de saúde mental necessitam de uma estrutura física adequada para acolher a população exposta a diversos problemas socioeconômicos e, em alguns casos, vulnerabilidade social. Da mesma forma, esta estrutura precisa ser capaz de atender às demandas da rede de saúde e acolher os trabalhadores (Brasil, 2004).



Os usuários e familiares evidenciam em suas narrativas durante o grupo, a importância da estrutura física para o quesito qualidade em um serviço de saúde mental, aborda-se: reformas estruturais, estética dos equipamentos e melhoria no ambiente sanitário.

"Precisa fazer outra reforma, outra reforma. Isso é qualidade." (usuário 2)

"pensando na qualidade pode melhorar, ainda tem muito a melhorar. Por exemplo: acho que a estética principalmente sinto falta disso". (usuário 5)

"pensando na qualidade pode melhorar os sanitários. Muitas vezes fica sem água, sem papel." (familiar 4)

"Eu queria que tivesse uma reforma. Está abandonado aqui (CAPS), tem goteiras." (usuário 2)

Observamos no discurso durante o grupo que os usuários e familiares do CAPS demonstram insatisfação com os aspectos estruturais do serviço, denotando uma percepção de abandono e o desejo de mudanças estruturais.

Percebe-se que a falta de recursos inviabiliza e repercute na estrutura física precária dos dispositivos de saúde, produto da ausência de comprometimento de gestores públicos na implantação de políticas públicas e na solicitação de recursos financeiros, principalmente no campo da saúde mental. Como consequência, observa-se.

A fragilidade e o esvaziamento no que tange a participação da família, dos usuários e dos trabalhadores de saúde mental nos processos de decisão nos serviços.

Nesta perspectiva, é necessário o fomento desta pauta nos dispositivos, onde:

"A comunicação entre os protagonistas do SUS provoca movimentos e perturbação e inquietação que a política de humanização considera o motor de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde" (PNH, 2013, p.3).

Mediante o descrito, trazemos para a discussão o quanto é necessário o fortalecimento dos segmentos sociais, onde é fundamental que os conselhos gestores e movimentos sociais ampliem ações de "acompanhamento, orientação e fiscalização da implantação das diretrizes e propostas de ações e serviços, além de contribuir para o fortalecimento da participação popular e do controle social" (Luzio, L'abbate, 2009, p.113).



Contudo, para além dos usuários e familiares existe também a necessidade do protagonismo dos trabalhadores. A luta para o avanço na saúde mental é de todos os protagonistas. Para tanto, é necessário uma equipe unida e articulada para que seja possível uma construção coletiva de novas possibilidades para o fortalecimento das políticas de saúde mental.



10. ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO GRUPO FOCAL COM TODOS OS PROTAGONISTAS (USUÁRIOS, FAMILIARES, TRABALHADORES E GESTORES)

Nesta construção, foram elencados os quatros indicadores de qualidade em saúde mental que emergiram a partir dos grupos focais com os protagonistas de um serviço de saúde mental na rede de saúde. Os grupos aconteceram em dois encontros no mês de julho de 2023, sendo composto por doze participantes no 1º encontro, com a presença de (3) usuários; (2) gestor e (7)trabalhadores e nove participantes no 2º encontro, com a presença de (1) usuário; (1) gestor e (7) trabalhadores.

Neste sentido, para esta construção emergiram quatro indicadores de qualidade em saúde mental. Estes estão descritos com: nome do indicador; definição; interpretação; fonte de dados; período e modelo de cálculo.

- 1- Alinhamento à clínica da atenção psicossocial
- 2- Formação/ Educação permanente
- 3- Relação do CAPS e a rede intrasetorial e intersetorial
- 4- Acesso à medicação

10.1. Alinhamento à Clínica da Atenção Psicossocial

A rede de atenção psicossocial estabelece diretrizes pautadas em políticas públicas, sob a premissa do respeito à cidadania e aos direitos do indivíduo em sofrimento psíquico.

A política nacional de saúde mental transformou-se ao longo dos anos orientada pelo processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado no final dos anos 70. As transformações guiadas pela perspectiva da luta antimanicomial, que defende a garantia dos direitos dos usuários e a reinserção social dos que são submetidos a estruturas discriminatórias e cruéis do sequestro manicomial em todas as suas expressões, fortaleceu-se a partir do surgimento de movimentos sociais, formado por trabalhadores de saúde, pessoas com necessidade de acesso a serviço de saúde mental e seus familiares (Paim, 2013).



O cuidado em liberdade, em rede e territorial é baseado nos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica brasileira e da dignidade humana (Brasil, 2004). Nessa direção, a trabalhadora no grupo focal expressa abaixo sua compreensão acerca da lógica da atenção psicossocial.

“Eu penso que a lógica da atenção psicossocial, ela vai na direção acho que da liberdade.” (psicóloga 7- AT)

Olhar o indivíduo a partir do que preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a premissa do cuidado em liberdade e integral, exige caminharmos na sustentação de uma política humanizada, voltada aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Segundo Rotelli et al (1990), a Reforma Psiquiátrica não é um processo social simples. Ao referir-se às estratégias de desinstitucionalização adotadas no Brasil, destaca-se um amplo processo, onde não é apenas limitado à reforma de serviços e às tecnologias de cuidado, sem retirar a importância de ambos. Para, além disso, segundo Birman (1992, p.72), é necessário colocar “em pauta de maneira decisiva e linear um outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural”.

No Brasil, a reforma psiquiátrica foi um processo histórico com o intuito de questionar e elaborar orientações para a transformação de um modelo de assistência psiquiátrica e do próprio paradigma da psiquiatria, assim como, criticar o saber e as instituições psiquiátricas. Avançamos em questões relativas à cidadania dos indivíduos em sofrimento psíquico, a partir do início dos anos 2000.

Pode-se perceber, com a reestruturação da atenção em saúde, uma significativa transformação no modelo assistencial, caracterizada pela inclusão de dispositivos de saúde destinados à assistência individual e coletiva dos usuários em sofrimento psíquico. Ademais, destaca-se a consolidação dos serviços comunitários, reforçando o modelo de Atenção Psicossocial (Amarante, 2007).

O modelo de atenção psicossocial delinea uma dimensão capaz de possibilitar à pessoa em sofrimento psíquico a restauração de seu melhor nível de autonomia para realizar suas funções. Além disso, busca alternativas para minimizar o poder cronificador dos tratamentos tradicionais, com um cuidado centrado nas necessidades individuais, promovendo a desconstrução dos estigmas e das representações sociais do sofrimento psíquico. Os projetos de cuidado oferecem uma abordagem integral ao sofrimento psíquico, com serviços que exploram a riqueza do território para promover



inclusão e convivência dentro da realidade local. Esses serviços abertos devem acolher e receber, constituindo-se como lugares de encontro e produção de vida, permitindo experimentar o mundo e outras maneiras de viver em comunidade. O cuidado geral de saúde é realizado pela atenção básica e pelas unidades de cuidado em saúde mental nos hospitais gerais (Pitta, 2001).

Apesar das reflexões eventuais, não é suficiente apenas uma direção clínica e terapêutica nos serviços de saúde mental no contexto da clínica da Atenção Psicossocial. É necessária a construção de dispositivos com uma perspectiva política, social e cultural. O estímulo à participação social no âmbito dos serviços, bem como nas conferências de saúde, conselhos de saúde e outros espaços, é fundamental para a construção das políticas públicas (Venturini, 2016).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem a base das políticas públicas em saúde mental no Brasil, estabelecendo-se como dispositivos estratégicos de mudança na atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2004). No entanto, a mera abertura de serviços substitutivos não garante a ruptura com a lógica manicomial, especialmente no que tange ao tratamento tutelar (Jorge et al., 2011).

Acerca do tratamento tutelar, uma participante do grupo focal, ao relatar sua compreensão da produção do cuidado na lógica da atenção psicossocial, enfatiza a importância do quanto é necessário que o usuário possa ser estimulado a ser um sujeito atuante e responsável na vida por tomada de decisões:

“(..) Muitas das vezes, a pessoa que tem um transtorno mental se vê muito numa condição de ser sempre tutelado por alguém, então não entender que aquela pessoa é um sujeito de direitos e de deveres, que ela pode ser uma pessoa funcional, na sua estrutura, desenvolvendo uma atividade e pensar como ela de como consegue participar e desempenhar essa atividade, isso é uma forma de estarmos trabalhando dentro da lógica da atenção psicossocial, alguma instância, talvez ela vá precisar se responsabilizar por como ela vai encontrar a casa dela, como ela vai fazer a comida, como ela vai até o mercado. (..) isso também diz um pouco da lógica da atenção psicossocial, tornar aquele sujeito como novamente um sujeito do que ele pode, do que é possível pra ele.” (terapeuta ocupacional- 12)

Ao considerar o exemplo fornecido pela trabalhadora no grupo, caso o usuário não consiga se responsabilizar pela organização de sua vida—seja alugando uma casa, indo ao mercado ou realizando outras atividades—é imperativo que os profissionais de saúde sejam capazes de construir e revisar os projetos terapêuticos em colaboração com o usuário. Devemos propor outras formas de cuidado que permitam aos indivíduos em sofrimento psíquico estruturarem suas vidas, facilitando,



assim, maneiras para que essas pessoas possam se relacionar dentro e fora do CAPS (Amarante, 2007).

Enquanto trabalhadores, devemos investir em ações que se constituam em um processo cotidiano de construção de um novo lugar social para a "loucura". Amarante (1999, p. 49) refere que este novo lugar social como um espaço que não se define pela doença, anormalidade, periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incompetência, incapacidade, defeito, erro ou ausência de obra.

Portanto, não são suficientes apenas mudanças restritas ao local de cuidado, mas também é necessário transformar a organização das equipes que atendem os usuários em sofrimento psíquico. Esta é a premissa fundamental para substituir o modelo de tratamento estritamente biomédico e hospitalocêntrico por outro que acredita e aposta na autonomia e contratualidade dos indivíduos.

Na busca por construir esse novo lugar social para a loucura, surgem os serviços de base comunitária como dispositivos de saúde mental, que apostam na integralidade das ações de atenção à saúde mental. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desempenha uma função essencial na inserção dos usuários em sofrimento psíquico, promovendo ações éticas e políticas. Nesse contexto, o CAPS ocupa uma posição crucial na produção de subjetividade, sustentada pela contratualidade e fortalecimento da autonomia (Brasil, 2011).

A contratualidade é determinada pela relação estabelecida entre os trabalhadores e os usuários. Os trabalhadores devem investir na produção de mudanças na qualidade de vida dos usuários, na sua posição no mundo e na sua liberdade. Além disso, é essencial promover ações que transformem as condições concretas de vida, enriquecendo a subjetividade dos usuários (Kinoshita, 2001).

As ações devem visar à produção de novas possibilidades de troca, investimento em autonomia e exercício da cidadania. A articulação das ações do CAPS com os recursos do território são iniciativas importantes realizadas pelos trabalhadores.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem a função de contemplar as necessidades dos indivíduos, sendo construído de forma personalizada junto com o usuário. Não se restringe apenas a questões clínicas ou medicamentosas, mas leva em consideração as vulnerabilidades da pessoa, a partir das dimensões culturais, sociais e econômicas, visando construir estratégias de cuidado de acordo com as necessidades de cada usuário (Ayres et al., 2003).



Como trabalhadores no campo da atenção psicossocial, devemos estar atentos à sutileza de diversas formas de não cuidado, como o controle sobre os usuários quando acreditamos que somos capazes de decidir a vida do outro. Isso pode se manifestar disfarçado de organização ou negligência mascarada de respeito e institucionalização velada (Mendes e Rocha, 2016).

Diante do que foi mencionado, o cuidado deve ser orientado pela garantia de direito; pelo respeito à cidadania, sendo assim, na narrativa dos trabalhadores que participaram do grupo focal entende-se a lógica da atenção psicossocial nesta perspectiva.

“(sobre a lógica da atenção psicossocial) Eu acho que do acesso a direitos dá pra fazer um senso e alguma coisa assim, né, tanto os usuários, os profissionais, os familiares também, acho que de uma forma geral, conseguem acessar os direitos básicos, assim, de renda, de trabalho, estudo, moradia, enfim. Acho que isso é mais mensurável, né, mais... saneamento básico” (terapeuta ocupacional-12)

“As pessoas que fazem acompanhamento de saúde mental no CAPS tiveram seus direitos totalmente apagados e a lógica da atenção psicossocial tem algumas diretrizes, e todas elas, né, quando a gente olhar pra lei, a gente vê garantia de direitos pra esses usuários, o acompanhamento em cuidado e liberdade, que respeito ali os direitos que possam tá juntos ali pra garantir que aquele usuário, é... possa ter, pelo menos, né, direito à saúde, à moradia, engloba aí a vida dele de cidadania, né? Então eu também penso muito nisso, assim.” (gestor- 10)

Vivemos em um país onde a precariedade de acesso a direitos sociais para sobreviver é pauta cotidiana, afetando boa parte da população com o cerceamento de direitos e carência de acesso à informação. Essa realidade não é exclusiva no campo da saúde mental. Ressaltamos, porém, que o usuário em sofrimento psíquico experimenta de forma acentuada este processo de exclusão, tendo em vista a forma como são atravessados pelo estigma e pela anulação de seus bens, mensagens e afetos.

Assim como, ainda percebemos dificuldades de circulação das pessoas em sofrimento psíquico Apesar dos avanços da política de saúde mental e da implantação de seus dispositivos substitutivos às práticas manicomiais. Como cita Lobosque, 1997, p.23) "A loucura necessita de espaço de relação, da produção de alargamento na cultura para fazer caber o sujeito em sua alteridade nos contratos sociais."



Desta maneira, é necessário que os trabalhadores reflitam sobre as relações estabelecidas entre a sociedade e usuários em sofrimento psíquico nos encontros cotidianos que promovam a circulação pela cidade. Não reproduzir uma prática que se restrinja estar entre os muros dos CAPS, e sim potencializar momentos em que se circule pela comunidade, permitindo a construção de outro lugar social sobre a loucura sem espaços para estigma.

Ao refletir sobre o processo de inserção de indivíduos em sofrimento psíquico, não podemos deixar de ressaltar a implicação do estigma como uma das variáveis que afetam direta e negativamente em ultrapassar as práticas manicomiais. Segundo Leão e Barros (2011, p.142), o estigma.

"è uma das barreiras tanto para a realização das trocas sociais e a vinculação do indivíduo numa rede de sociabilidade, quanto para a inserção no trabalho, visto que a periculosidade, a improdutividade e a incapacidade são estigmas, em torno de pessoas com transtornos mentais, fortemente presentes no imaginário."

A exclusão vem em diversos contextos. Destacam-se as trocas materiais, interdidas pela dificuldade na inserção no mercado de trabalho (Silva, 1997). Como consequência, exclui-se as pessoas em sofrimento psíquico da vida produtiva e social (Demo, 2002).

Deste modo, a Reabilitação Psicossocial afirma-se como um processo de possibilitar aos indivíduos em sofrimento psíquico condições para estarem caminhando na vida a partir de suas potencialidades e atuação de forma independente (OMS, 2001). Assim como, pontos levantados nos grupos focais pelas participantes como moradia; trabalho são eixos que orientam o processo de reabilitação psicossocial (Saraceno, 1999).

Desta forma, a proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno em que elencamos para contribuir nesse debate, o próprio usuário no sistema de relações em que se encontra poderá desenvolver novas formas de autonomia que promova sua independência dos cuidados dos profissionais do sistema de saúde. A partir do entendimento, que o trabalhador de saúde mental nesse processo, tem a função de ser um facilitador, no intuito de estar junto a esse indivíduo, assim será possível desenvolver potencialidades, como por exemplo: sejam essas afetivas que possibilite a formação de vínculos sociais (Saraceno, 2001).



Em relação ao eixo da dimensão do trabalho, a partir do campo de interesse, de desejo do usuário em sofrimento psíquico, o profissional de saúde mental a partir de um processo de escuta, acolhimento junto ao indivíduo pode agir como um facilitador nesse processo de construção a partir do desenvolvimento de suas potencialidades (Saraceno, 2001).

Pensar o eixo de trabalho a partir da reabilitação psicossocial, é inserir socialmente os usuários em sofrimento psíquico, que por vezes são segregados, se trata, sobretudo, de ofertar possibilidade de cidadania para muitos (Rauter, 2000).

Importante salientar que conforme Pitta (1996) a reabilitação psicossocial não se restringe apenas ao convívio social ou trabalho, sendo um processo em que mesmo o usuário em sofrimento psíquico com limitações, consiga a melhor reestruturação de autonomia para o desempenho de suas funções.

Desta forma, é função do CAPS responsabilizar-se pela promoção do cuidado ampliado, para além de uma abordagem clínica/ terapêutica ao usuário. A partir dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial, é preciso promover a circulação através de ações que englobam esporte, cultura e lazer, bem como fomentar a inserção no mercado de trabalho e o acesso aos direitos. O cuidado na direção de um olhar a necessidade das pessoas e não somente a doença, onde seja capaz de promover melhoria na qualidade de vida do usuário (Brasil, 2004) Desse modo, proporcionar o fortalecimento da rede social dentro do contexto de vida do usuário.

10.2 Formação/ Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS) possui seu marco conceitual na concepção do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com a função de promover a aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os trabalhadores da saúde são os principais atores envolvidos na forma como ocorre o acolhimento, o respeito, a escuta e a resposta com qualidade nos serviços de saúde. A política de educação em saúde prevê mudanças nos dispositivos e na condução do sistema de saúde, transcendendo aspectos meramente técnicos. Deve envolver transformações nas relações, nos processos e, principalmente, nos atos de saúde (Brasília, 2014).



A Portaria GM nº 2.527 de 19 de outubro de 2006 define os conteúdos do curso introdutório para os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), organizados por eixos temáticos. A realização de cursos introdutórios é uma orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que visa qualificar os profissionais que ingressam na atenção básica.

Nessa perspectiva, e com base no conhecimento dos participantes sobre o processo de formação na atenção básica, durante os grupos focais, emergiu como proposta para o indicador de qualidade em saúde mental a formação/educação permanente, intitulada pelos trabalhadores e gestores como "introdutório em saúde mental", dividida em três eixos temáticos:

1. A rede de atenção psicossocial no contexto das políticas públicas de saúde mental: abordando CAPS, manicômio, internação psiquiátrica e acolhimento noturno.
2. Organização da atenção à saúde, com ênfase no planejamento de base territorial: incluindo convivência, projeto terapêutico singular (PTS), trabalho em rede e intersetorialidade.
3. Desinstitucionalização e o processo de trabalho das equipes: tratando de serviço residencial terapêutico (SRT), desinstitucionalização e técnico de referência.

Dessa forma, a proposta pedagógica prioriza o desenvolvimento de competências que fortaleçam o manejo e o acompanhamento de indivíduos em sofrimento psíquico, utilizando recursos do território. Os objetivos incluem trocas de saberes entre as equipes do CAPS durante a supervisão clínico-institucional, estendendo-se pela rede de atenção psicossocial, e abordando também os trabalhadores que atuam na Estratégia Saúde da Família.

A partir deste ponto, cada eixo temático será descrito de forma breve e objetiva, delineando o plano de trabalho com as equipes no CAPS e na atenção básica ao introdutório. Ressaltamos que os temas são apenas pontos de partida para discussões, considerando os múltiplos desafios presentes na clínica da atenção psicossocial nos serviços de saúde.

10.2.1 A rede de atenção psicossocial no contexto das políticas públicas de saúde mental: (CAPS, manicômio, internação psiquiátrica e acolhimento noturno)



Na proposta no âmbito de EPS, surgiu como primeiro eixo: A rede de atenção psicossocial no contexto das políticas públicas de saúde mental. Nessa direção, surgem dos discursos de trabalhadores e gestores as seguintes temáticas: CAPS; manicômio; internação psiquiátrica e acolhimento noturno.

“O que é um CAPS? Eu entendo que trazer um pouco da história é importante, pra que a gente fortaleça o nosso serviço, é importante saber o que se deu lá no passado, e por que aqueles profissionais lá no passado entenderam e a gente tá seguindo, que não tava legal lá, né? Então eles precisam saber como é que é a outra lógica que tanto a gente faz (...). Então talvez dizer como é que se dava o trabalho no manicômio... Não de uma forma muito extensa... acho que é importante entender que, no passado. Pinel quando propôs o cuidado através do trabalho, ele não tava sendo um cara muito ruim. Ele entendia que aquilo era um cuidado, então acho que dizer um pouco da nossa história, que naquela época fazia sentido, hoje em dia não faz mais sentido. E a gente apoia de outra maneira. “E falar um de qual a diferença do acolhimento noturno para internação” (terapeuta ocupacional -12)

Na narrativa da trabalhadora, levanta-se a importância de contextualizar a história de exclusão dos manicômios, o paradigma do paradigma psiquiátrico pautado na instituição hospitalar, o modelo asilar, o hospício com a função de recolher e manter longe as pessoas do convívio social prezando a ordem vigente (Amarante, 1995).

Revisitar os marcos históricos da reforma psiquiátrica, acompanhando a psiquiatria desde seu nascimento como especialidade médica, assim como, as grandes transformações que se estabelecem no final de 1970 com iniciativas antimanicomiais (Reis et al, 2004).

Nesta direção, o CAPS a partir de uma reflexão sobre o trabalho e prática de um modelo de cuidado em liberdade, de trabalho coletivo e territorial, garantia de direitos, dentre outros aspectos que compete à atenção psicossocial (Lobosque, 2011).

A importância dos CAPS III como recurso de cuidado, a função estratégica do acolhimento noturno, considerando a interlocução dos diversos pontos da rede, assim como, trazer a diferença do AN e internação hospitalar (Cruz et al., 2019).

Abordagem sobre o modo de articulação da RAPS, um arranjo de organização dos serviços, onde propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a interação entre os serviços da rede de saúde (Brasil, 2011).



Destaca-se também, a lei 10.216 de 6 de abril de 2011, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

10.2.2 Organização da atenção à saúde, com ênfase no planejamento de base territorial: convivência, Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho em rede e intersetorialidade

Na proposta no âmbito de EPS, surgiu como segundo eixo: organização da atenção à saúde, com ênfase no planejamento de base territorial. Nessa construção, surgem das narrativas de trabalhadores e gestores as seguintes temáticas: convivência; projeto terapêutico singular; trabalho em rede e intersetorialidade.

“O que é a convivência não é ficar aqui um olhando pra cara um do outro assim. O que é um PTS. Quais são as/ o que é isso de trabalho em rede. O que é trabalhar em rede? Muitas vezes a gente também coloca numa coisa meio que não é muito concreto: Ah, vou ter que trabalhar em rede. Mas não sabe nem o que é rede. Então dizer que é possível trocar com outros serviços. Às vezes ir até o outro serviço e falar: "Olha, fulano de tal teve aqui na unidade e não tá conseguindo acesso. O que a gente consegue pensar pro cuidado dessa pessoa?" Conhecimentos compartilhados mesmo, né?" (terapeuta ocupacional-12)(...)"Talvez isso possa dizer o que é a rede, é um funcionário da Clínica da Família, mas que troca com a escola, justiça, enfim, é poder acompanhar um usuário. Eu acho que são coisas que são importantes de tá no introdutório. Algumas siglas que, às vezes, a gente usa muito: UAA, PTS, CAPS, RAPS acho que uma coisa assim...RT, SRT. Enfim... referência... isso é sempre importante de... de tá ali no introdutório.” (psicóloga 7- AT)

“Quando a gente fala de intersetorialidade no introdutório, a gente também fala dessas discussões que tem a outros atores: justiça, educação, assistência: CREAS, CRAS, conselho tutelar, INSS. Então falar dos benefícios também é um papel do introdutório falar de dinheiro, falar de renda” (psicóloga 7- AT)

No segundo eixo, o objetivo é produzir uma discussão sobre a convivência no CAPS. Este espaço, como ressaltado por um trabalhador durante o GF, por vezes é compreendido como um momento que não tem importância, mas é um dispositivo clínico de cuidado potente na atenção psicossocial. Desta forma, é fundamental trazer a discussão sobre a convivência e seu potencial no intuito de promover saúde e cidadania no campo da saúde mental (Resende, 2015).



O PTS é um instrumento de cuidado em saúde que contribui na troca de afeto e acolhimento entre a equipe, o usuário e seus familiares, construído juntos, sendo um plano assistencial individualizado de acordo com necessidade do usuário, através de uma escuta ativa. É uma ferramenta de grande potencial para a construção de intervenções e o enfrentamento de vulnerabilidades, a partir de problematização e possibilita troca entre as equipes na rede de saúde (Depole, 2022).

Como destacado por uma trabalhadora, reside no trabalho em rede a importância de compartilhar o cuidado com a atenção básica, haja vista, que o usuário transita na rede de saúde. Dentre os desafios da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, principalmente por meio das equipes de saúde da família (Delfine et al, 2009). Na mesma direção, é preciso desmistificar através de trocas e discussões em grupos de trabalhadores da Atenção Básica, as siglas e jargões utilizados no campo da saúde mental.

Aborda-se a intersectorialidade na perspectiva de uma discussão entre diversos atores e setores, onde processam contatos com a rede, bem como discutir as potencialidades e fragilidades das articulações que precisam ser considerados nas políticas públicas (Couto; Delgado 2016; Tano; Matsukura, 2015)

10.2.3 Desinstitucionalização e o processo de trabalho das equipes: serviço residencial terapêutico (SRT), desinstitucionalização e técnico de referência.

No âmbito da EPS, surgiu como terceiro eixo: desinstitucionalização e o processo de trabalho das equipes. Como proposta, emergiu das narrativas de trabalhadores e gestores as seguintes temáticas: serviço residencial terapêutico (SRT); desinstitucionalização e técnico de referência.

“Acho que também que seria importante ter mais o alcance do CAPS, né? Então aqui é um CAPS III, a questão das RTs, não são todos os CAPS que têm também né RT? Então acho que isso é uma questão da retaguarda desse suporte entre os profissionais, o que é referência, sabe? Acho que essa é uma das grandes questões.” (psicóloga 7-AT)

“É, eu acho que por isso é importante trazer essa temática, assim. Acho que ali... e assim, isso a gente fala muito nas RTs, né? O quanto que a [Desins] não é só: Ah, então tira os muros, tira as grandes, tira eles de lá... e não é isso. Aí é só a desospitalização” (psicóloga 7- AT)



Nesse último eixo, aborda-se a desinstitucionalização por vezes utilizada no campo da saúde mental como sinônimo de desospitalização. Desta forma, cabe revisitar e problematizar o que a Portaria 3088 de 2011, que institui a RAPS, traz como estratégias de desinstitucionalização como um dos seus componentes (Brasil, 2011).

Propor discussão sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos e seus desafios para se constituir em um espaço que é, também, uma casa, é tratar sobre a delicadeza do morar (Baptista, 2005). Esses equipamentos são considerados estratégicos no processo de desinstitucionalização de egressos de longas internações psiquiátricas que perderam seus vínculos sociais e familiares. Sendo assim, é fundamental proporcionar a circulação dos moradores na vida cotidiana, pela cidade, oportunizando encontros para produzir liberdade, vida e laços sociais (Pelbart, 2003).

A Portaria 106/2000 estabelece a vinculação de cada SRT a um serviço de referência como um local de tratamento para os seus moradores. Esse lugar pode ser o CAPS ou uma equipe de saúde mental com apoio matricial em saúde mental. Desta forma, importante trazer essa discussão no bojo de referência técnica, como espaço de discussão entre os serviços a refletir sobre a corresponsabilização pelo cuidado dos moradores (Brasil, 2004)

Consideramos o tema da formação e qualificação dos trabalhadores fundamental para o desenvolvimento dos processos de cuidado no campo da atenção psicossocial. Mediante a diversidade de trabalhadores que chegam ao CAPS para exercer suas atividades profissionais, sendo alguns formados numa perspectiva de atenção comunitária. Outros, porém, tiveram suas experiências pela prática de instituições asilares, tampouco experienciaram a militância antimanicomial (Assis et al, 2015).

Como gestora de um serviço de saúde mental, percebo trabalhadores, por vezes iniciando suas atividades nas unidades de saúde sem a compreensão do que é a clínica da Atenção Psicossocial, sem um olhar atento às necessidades reais dos usuários que são acolhidos no serviço. Sendo assim, é importante cada vez mais investimento em estratégias de formação em saúde mental no SUS.



10.3. Relação do CAPS e da rede intrasetorial e intersetorial

A Lei 10.216/2011 estabelece a reforma psiquiátrica, compreendendo que a saúde mental preconiza uma assistência integral e intersetorial no cuidado em saúde mental. Desta forma, o CAPS deve romper com fatores vivenciados pelos usuários em sofrimento psíquicos historicamente desumanos e de exclusão.

“A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo - lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário”(Bredow e Dravanz, 2010, p.232).

Nessa perspectiva, o campo da atenção psicossocial apresenta-se complexo e interdisciplinar. Desta forma, diferentes áreas, como trabalho, assistência social, educação, dentre outras, devem interagir e estabelecer práticas a proporcionar promoção em saúde e a inserção social dos indivíduos em sofrimento psíquico, em um fazer dialógico entre estes campos. Entender a saúde mental a partir das políticas públicas perpassa o olhar sintomático da doença e caminha na direção de um contexto social e comunitário (Fernandes, 1997).

Segundo Amarante (2007), é fundamental ressaltar que os CAPS foram criados para serem substitutivos as internações em hospitais psiquiátricos, onde a base do tratamento da “loucura” era clínico, com dispositivos de cuidado com foco territorial pautados pela reinserção do usuário por meio do acesso ao lazer, trabalho, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares.

É essencial deslocar o olhar da figura exclusiva do campo da saúde mental e, desta forma, possibilitar trocas e integração de saberes, incluindo outros atores da rede de políticas públicas. Nesta direção, trazemos a narrativa dos trabalhadores sobre a importância da rede intersetorial no que cerne a inserção do usuário em sofrimento psíquico no mercado de trabalho.

“Criar estruturas para que o usuário possa gerir sua vida é outro indicador, parceiros em forma de trabalho, parcerias de empresa... e acho que é isso”.
(psicóloga-7)

Na narrativa de uma das participantes durante os GFs, entendemos que a inserção do usuário ao mercado de trabalho é um dos pilares do campo da saúde



mental na direção do resgate aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, assim como atividades geradoras de renda, a partir de uma construção com a rede intersetorial.

Desta forma é primordial, os trabalhadores estarem atentos à identificação dos usuários dos CAPS com perfil e desejo para o trabalho para que este elemento possa integrar a construção de seu PTS a partir do estímulo e desenvolvimento de habilidades, com vistas a capacitarem-se para o mercado formal ou para a vinculação à projetos de geração de renda/economia solidária.

Desta maneira, os CAPS devem refletir sobre a necessidade de resgatar o trabalho junto aos usuários, não no sentido de procurar uma inserção rápida e imediata no mercado de trabalho, mas pautada na valorização da vida, para dar sentido a uma construção da história de vida pela narrativa da própria pessoa.

O trabalho também é apontado como afirmação do direito de cidadania, mas é primordial que as equipes do CAPS possam investir em discussões e aprofundar essa pauta na supervisão clínica – institucional e/ou no fórum de geração de renda e trabalho. Deve existir a articulação entre a clínica e a inserção do usuário no trabalho como uma proposta de (re) inserção social para além dos muros dos serviços de saúde (Rodrigues, 2010).

A oficina de geração de renda é outro espaço de extrema importância para o cuidado em saúde mental, enquanto ações que possibilitam aos usuários a inclusão social, uma rede de apoio e formação de laços sociais com relações extra CAPS. Os programas como geração de renda e economia solidária são entendidos como um meio de trabalho que possibilita ao usuário em sofrimento psíquico um lugar para desenvolverem suas habilidades, garantir o acesso a direitos e reconhecimento social (Burke e Cardozo Bianchessi, 2013).

As iniciativas de geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários/ cooperativas sociais de que trata o 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (Portaria nº 3088/2011, p.5)

Desta forma, esses são espaços em que se reconhece a importância dessa prática como produção de vínculos e relações, afeto, trocas e inclusão, sendo relevante para a qualidade da vida.



Ao incorporar a saúde mental ao campo social é possível fomentar a promoção de saúde e a prevenção, onde ambas estabelecem relações com ações possíveis de construção da cidadania do indivíduo e, desta maneira, o estímulo ao protagonismo social (Torre, Amarante 2001).

O trabalho em saúde mental se faz no território, na perspectiva da (re)inclusão social do indivíduo contribuindo no enfrentamento do isolamento causado pela estigmatização. Desta forma, é primordial “propor a ampliação da rede social de apoio por meio do fortalecimento de vínculos entre os componentes do grupo, sendo possível criar espaços de convivência entre usuários do serviço e sua comunidade, movimento promotor de saúde (Ferro, 2012; p.148)”. Nos discursos das trabalhadoras que participaram do GF acerca dos outros equipamentos para além do CAPS que promovem cuidado, destacam-se os Centros de Convivência. Estes se configuram como um dispositivo que pensa o cuidado em saúde mental com ações voltadas para a cultura, esporte, lazer, educação e trabalho (Seidinger, 2007).

“É, talvez o indicador seja esse, assim, né? Quais outros equipamentos, pra além de CAPS, que existem pra cuidado de saúde mental. Isso é importante: Eu não consigo pensar em muitos”? E aí a gente pensou na autonomia, na delicadeza do morar, no protagonismo, renda, transporte, compartilhamento do cuidado, alimentação”. (psicóloga-7)

(indicador) “De cuidado de saúde mental para além dos CAPS e da família, né, porque não deixa de ser uma instituição também. E aí a gente pode dizer pensando na autonomia, na delicadeza do morar, protagonismo do usuário, renda do usuário e do familiar”. (psicóloga -7)

Compreendemos os Centros de Convivência como equipamentos promotores de saúde, capazes de conceber novas perspectivas para o cuidado em saúde mental, fomentando a potência de vida. Os Centros de Convivência e Cultura (Cecco) são dispositivos intersetoriais previstos na Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Eles atendem a população em geral, conformando-se como um serviço comunitário e da Atenção Básica, destinados à produção de espaços de socialização, autonomia e novas formas de relações sociais. Essas relações garantem intervenções na cultura e na cidade, capazes de promover novas perspectivas para o cuidado em saúde mental e fomentar a potência de vida, utilizando arte e cultura como estratégias de promoção da saúde.



Trazemos este arcabouço teórico para embasar os Centros de Convivência, cujo funcionamento tem uma potência integradora na rede de atenção em saúde mental, a partir de uma prática intersetorial. Esses espaços surgiram no final da década de 1980, na cidade de São Paulo, com o objetivo de "instaurar comunicações, estabelecer relações e criar pontes entre o que denominamos clínica e social" (Cambuy, 2010, p. 61).

A comunicação entre a clínica e o social, promovida por este equipamento, é primordial e pode ser estimulada pela prática da Clínica Ampliada. Segundo Campos, "a Clínica Ampliada é uma clínica do sujeito, que não equivale o sujeito à sua doença, pois interpreta o sujeito como um ser biológico, social, subjetivo e histórico" (Campos, 2001, p. 101).

Ressaltamos e afirmamos a potência deste dispositivo clínico ampliado que são os centros de convivência. No entanto, ainda não existe uma legislação que determine seu funcionamento, com indicações sobre equipe mínima, horário de funcionamento, atividades e formas de financiamento. A Lei 3.088/2011 apenas menciona os centros de convivência na RAPS, apresentando-os de forma tímida. Devido a essa ausência de legislação, os centros de convivência não são encontrados em muitos municípios (Galetti, 2007).

Corroborando nacionalmente, não existe uma política pública que garanta o financiamento dos Ceccos, o que resulta em uma importante fragilidade na institucionalidade dos Centros de Convivência. Embora haja a produção de indicadores qualitativos e parâmetros para a estruturação técnico-operativa, é importante considerar alguns avanços. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, foi implantado o Fórum Permanente dos Centros de Convivência e Cultura, um importante movimento social na mobilização de gestores, trabalhadores, conviventes e familiares. Esse movimento foi potencializador para a constituição da Lei 9.323/2021, que cria a Política Estadual para os Ceccos da Rede de Atenção Psicossocial no estado do Rio de Janeiro. Esta política sustenta princípios éticos e políticos, além de atribuições e indicadores possíveis para o cuidado ampliado por meio da Política da Convivência, alinhada com a Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial.

Esses equipamentos podem oferecer possibilidades de uso dos recursos disponíveis na comunidade. No que tange à formulação de políticas públicas em saúde mental a partir de uma visão integradora do indivíduo, que considera a



convivência social fundamental para o tratamento, ainda enfrentamos muitas dificuldades. Estas dificuldades são fragmentos de uma política manicomial (Dimenstein, 2006).

Muitos são os desafios em trabalhar em rede, cabe enfatizar a história de exclusão da loucura e isso gera impactos nessa dificuldade de articulação

[...] a rede de saúde se mostra como um conjunto de pontos fragilmente articulados e burocratizados. No caso da saúde mental, essa situação se agrava, pois, historicamente, sempre houve a fragmentação dos serviços de saúde mental das redes de saúde em geral, consolidando o modelo hospitalocêntrico. Isso gerou uma exclusão do portador de transtorno mental da rede de saúde geral bem como do meio social (Severo e Dimenstein, 2011, p.643)

Todavia a saúde mental deve ter um trabalho de articulação sempre com a rede intersetorial, desta forma, é capaz de superar a lógica de fragmentação das políticas públicas no que tange o enfrentamento da questão social.

10.4 Acesso à medicação

O uso indiscriminado de medicamentos no campo da saúde mental insere-se em um cenário global complexo (Whitaker, 2017). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso de psicotrópicos tem se tornado uma prática acrítica e habitual na vida das pessoas (OMS, 2007).

Em resposta a situações alarmantes no Brasil, em 2007, foi implementado o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), com o objetivo de monitorar e controlar o consumo abusivo de medicações psiquiátricas (Anvisa, 2010).

Em 2015, o fórum sobre medicalização da Educação e da sociedade (FMES) divulgou dados do SNGPC sobre o consumo de psicofármacos no Brasil. Com crescimento exponencial num relatório de 2008 a 2014, o relatório registra crescimento de 296% do consumo de ritalina e, de 2009 a 2013, de 531% do consumo de clonazepam (FMES, 2015)

Após a contextualização sobre o uso abusivo e indiscriminado de medicamentos, durante as narrativas das trabalhadoras nos GFs surgiu o seguinte



critério: o recebimento de medicamento gera satisfação e sua falta à insatisfação ao usuário e a família.

(...) “na visão do usuário, o recebimento da medicação, acho que isso tem um peso muito grande. Claro que financeiramente e tudo mais, mas acho que na lógica do cuidado, que a gente tava falando, sabe? Pro usuário, pelo menos essa é minha impressão, e inclusive o que se passa na mídia. Os CAPS só aparece na mídia quando tá faltando medicação. É tudo nesse viés, de quando não tem depakene, de quando não tem a risperidona e é sempre nesse lugar. E a insatisfação dos usuários aparece, por exemplo, quando não tem medicação. É, e aí eu acho que tem esse peso, sabe, na lógica do que até então a gente construiu do que é cuidado” ((psicóloga -7)

“Os familiares demandam a gente de várias formas, já chegou essa medicação e aquela? É, eu acho que a medicação é importante de fato. A demanda vem em peso”. (psicóloga 9- AT)

“É, eu acho que essa coisa da mídia, do que aparece, em relação principalmente às medicações, enfim, sempre joga/ lança uma bomba, eu acho que é uma forma, inclusive, de mensurar, o que tá sendo dito, qual que é a visão que a sociedade na verdade tem do que é uma lógica psicossocial, assim, e que até agora, pelo menos, tá atrelada muito aos remédios, à medicação. Então eu acho que a satisfação entra nisso também, a medicação como forma de satisfação, eu concordo com o que o já disseram, assim, dessa continuidade entre esses dois indicadores.”

Em consonância a compreensão de que a satisfação do usuário é um importante critério para avaliar a qualidade em saúde mental, esse indicador é capaz de gerar informações e influenciar na tomada de decisões, proporcionando oportunidade para avaliação e mudança (Silva, 2014).

Desta forma, trazemos uma reflexão e alguns apontamentos. A satisfação do usuário em receber a medicação, por vezes, pode vir acompanhada do desconhecimento da terapia medicamentosa. É importante que essa construção aconteça a partir de seu PTS e com a participação do usuário, sendo assim, poderá refletir numa melhor adesão ao tratamento.

Propomos para esse debate a temática sobre a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), a partir do entendimento da ampla prescrição de medicamentos psicotrópicos, num contexto de aumento da medicalização para situações da saúde e da vida. Faz-se necessária a criação de estratégias para proporcionar ações de cuidado alternativo (Zorzanelli et al.; 2014).

A GAM é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. Foi construída e pesquisada, tanto no Quebec quanto no Brasil, com



usuários considerados portadores de transtornos mentais severos e persistentes (Brasil, 2002).

A GAM também se apresenta nas relações de gestão compartilhada de processos coletivos em saúde (Passos et al., 2013). Desta forma, ao entender os efeitos das medicações e qual a função no tratamento, os usuários têm possibilidade de agir de forma mais autônoma em relação aos medicamentos (Del et al., 2013).

Sendo assim, a GAM é uma estratégia com um convite a ter um olhar a novas formas de pensar, refletir modos possíveis de cuidado no mundo onde cada vez mais a medicalização cresce e expande como fórmula de aliviar o sofrimento.

No discurso da trabalhadora durante o GF surgiu a riqueza do atendimento na farmácia, um olhar para além da medicação, como esse usuário transita nesse espaço, a importância do farmacêutico quando se pensa na medicação em termos de satisfação.

“Esse atendimento dentro da farmácia, eu acho que faz muita diferença, inclusive porque ultrapassa a medicação, vira, de fato, um atendimento psicossocial ali. Não só as medicações, de como toma, se toma com água, com suco, com leite, enfim, algumas coisas ali que são do dia a dia, mas a escuta ali sempre que eu vou na farmácia, sempre tem um usuário contando da vida, do que aconteceu até chegar ali, o que vai fazer quando sair. Então quando a gente pensa na medicação em termos de satisfação eu acho que entra um trabalho do farmacêutico também, sabe? Que acaba ficando ali dentro da salinha, enfim, não circula tanto, mas eu acho que faz diferença”.(psicóloga -7)

No discurso da participante, destaca-se a importância do farmacêutico como um elemento crucial no processo de cuidado. Assim, dentre as diversas formações que atuam no CAPS, no campo da saúde mental, emerge uma particularidade que se fortalece pela política e pelo desejo de compartilhar saberes e experiências. Esse fortalecimento visa a reverberar um cuidado potente no cotidiano das pessoas assistidas, transcendendo a mera assistência farmacêutica e buscando uma atuação interdisciplinar que coloca o indivíduo no centro do cuidado (Yassui, 2009).

A assistência farmacêutica envolve atividades relacionadas à medicação, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. A participação do farmacêutico é de suma importância para garantir o uso racional dos medicamentos e a segurança dos usuários (Alves, 2014). É fundamental que a direção do cuidado farmacêutico seja pautada na reconstrução das histórias de vida dos usuários, indo além do diagnóstico e do sintoma, e posicionando os trabalhadores



como agentes ativos na reelaboração do sofrimento e na reinvenção da vida (Dimenstein, 2004, p. 114).

O campo da saúde mental tem como premissa ampliar o foco de abordagem e romper com a delimitação dos saberes tradicionais, onde a especialização poderia ser um obstáculo a uma visão ampla do ser humano (Vasconcelos, 1997). Na afirmação de práticas de cuidado, o trabalhador da atenção psicossocial deve ser questionador, abrir-se a novas experiências e construir um trabalho inventivo, pautado na ética e no respeito, buscando no contato com o indivíduo as melhores estratégias de cuidado.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH, 2013), o acolhimento é uma diretriz que dialoga com o princípio da universalidade do SUS, partindo do entendimento de que todo e qualquer indivíduo deve ser acolhido em um serviço de saúde. Um dispositivo acolhedor respeita as pessoas, presta um atendimento resolutivo e realiza uma abordagem adequada às necessidades de cada indivíduo.

Quanto à importância do farmacêutico no contexto da medicação e da satisfação dos usuários, propomos uma educação em farmácia que aborda o atendimento psicossocial. Este deve incluir diversas ações realizadas com os usuários, numa perspectiva de debate à saúde. Silva (2016) destaca que as ações educativas sobre o uso racional de medicamentos e outros assuntos em saúde são fundamentais, descrevendo a contribuição dos trabalhadores em diversos contextos de vida.

Neste contexto, o medicamento deve ser indicado a partir de uma avaliação criteriosa, realizada por um profissional de saúde devidamente habilitado. Além disso, o acompanhamento do usuário em sofrimento psíquico deve ser feito por uma equipe multiprofissional, incluindo a participação do farmacêutico. Esta abordagem é primordial para a identificação e resolução de problemas relacionados ao tratamento farmacológico, fortalecendo assim o Sistema Único de Saúde (SUS) e promovendo a consolidação de uma saúde universal, equânime e integral.



11. INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE MENTAL CONSTRUÍDA COM OS PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A construção dos indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental, se deu a partir de amplas discussões coletivas com os protagonistas do SUS, através de grupos focais, com o objetivo de identificar e caracterizar o que para esses atores sociais era cuidado; qualidade e indicadores.

Os principais achados serviram como base para a construção dos indicadores das propostas e priorização das temáticas tratadas. Sendo o SUS, o meio mais eficiente para essa elaboração, considerando um contexto de atendimento territorializado e comunitário de cuidado.

Assim, também traçamos uma direção em refletir sobre a qualidade do cuidado em saúde mental para a construção dos indicadores com os protagonistas; onde promover qualidade é um passo importante para garantir um SUS mais igualitário, mas essa tarefa não é simples.

O SUS insere a saúde como parte dos direitos sociais, assegurando ser dever do Estado sua manutenção, onde práticas privadas são subordinadas a sua regulação e inclui a participação da sociedade em instâncias de controle (Fleury et al, 2008).

Á reforçar sobre a importância da participação popular e de controle social, conforme é ressaltada na Lei Orgânica da Saúde; ao estabelecer a criação de conselhos paritários entre gestores, prestadores de serviços; trabalhadores e usuários para deliberar e controlar as ações de políticas públicas; desta forma os indicadores de qualidade de cuidado em saúde mental foi construído com todos os protagonistas; onde além dos trabalhadores e gestores se beneficiarem com a melhoria do seu trabalho no planejamento de ações para ampliar o acesso ao cuidado; os usuários e familiares também puderam atuar nas decisões e contribuir nessa construção (Mendes, 2007).

Como afirmamos anteriormente nos capítulos sobre a importância do indicador, retomamos ao enfoque que ele possui uma relevância técnica e política na atenção psicossocial, sendo uma ferramenta para dar sentido aos indivíduos e ao cuidado em saúde a partir de diretrizes com políticas públicas de saúde mental orientadas pelo



respeito à cidadania e aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico (Matta; Moreno, 2014).

A partir da análise dos indicadores elencados pelos protagonistas que participaram deste estudo, emergiram como produto, os quatros indicadores de qualidade em saúde mental através dos grupos focais. Estes foram descritos da seguinte forma: nome do indicador; definição; interpretação; fonte de dados; período e modelo de cálculo.

Contudo, o produto final tem como objetivo a validação pelos participantes e será entregue à Superintendência de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, objetivando assim a avaliação da gestão e possível implementação do produto desta pesquisa nos CAPS III. Pretende-se também que através deste estudo, haja produção de um artigo científico em parceria com os orientadores e/ou participantes do mesmo e apresentações em eventos científicos.

11.1 Indicador: Alinhamento à clínica da atenção psicossocial

- **Definição**

O alinhamento da clínica da atenção psicossocial são estratégias de atenção em saúde mental desempenhadas pelas equipes multiprofissionais dos CAPS. A produção do cuidado acontece a partir da perspectiva da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial, sob a lógica da territorialidade; discussão e compartilhamento de casos nos espaços de supervisão de território e matriciamento entre as equipes na rede de saúde. O cuidado deve estar alinhado de forma integral, longitudinal e propiciar a construção de uma direção clínica às diversas necessidades apresentadas pelos usuários em sofrimento psíquico em suas vidas cotidianas.

- **Interpretação**

Aponta o envolvimento do serviço de saúde mental em ter um olhar biopsicossocial ao sujeito; aposta no trabalho coletivo pautado no cuidado em liberdade e territorial como um lugar de encontro e produção de vida; a participação do indivíduo e família na construção do PTS; fomenta os direitos sociais e promover melhoria na qualidade de vida do usuário.

- **Fonte de dados:** prontuário eletrônico, ata das reuniões



- **Período:** Trimestral
- **Modelo de cálculo:** N° de casos discutidos no matriciamento com alinhamento à clínica da atenção psicossocial/ Total de casos elencados para discussão.

Nº de casos discutidos na supervisão de território com alinhamento à clínica da atenção psicossocial / Total de casos elencados para discussão

11.2 Indicador: Formação/ Educação permanente

- **Definição:**

Ações de educação permanente, trocas e saberes entre as equipes do CAPS durante a supervisão clínico - institucional e estende-se pela Rede de Atenção Psicossocial; aborda-se também aos trabalhadores que atuam na estratégia de saúde da família com a proposta de introdutório com temáticas pautadas na intersetorialidade, com o objetivo de trocas e compartilhamento de saberes entre as equipes.

- **Interpretação:**

Os temas são propostos em três eixos temáticos.

1. A Rede de Atenção Psicossocial no contexto das políticas públicas de saúde mental.
 - a. CAPS; manicômio; internação psiquiátrica e acolhimento noturno.
2. Organização da atenção à saúde com ênfase no planejamento de base territorial
 - a. Convivência, Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho em rede e intersetorialidade
3. Desinstitucionalização e o processo de trabalho das equipes
 - a. Serviço Residencial Terapêutico (SRT); desinstitucionalização e técnico de referência.

- **Fonte de dados:**



Lista de presença; prontuário eletrônico

- **Período:**

Trimestral

- **Modelo de cálculo:**

- N° de ações de educação permanente no CAPS/ N° total de supervisão clínico-institucional.
- N° de ações de educação permanente com a rede de atenção psicossocial realizada pelo facilitador / N° total de ações realizadas pelo facilitador.

* Contamos com Facilitador: profissional do CAPS que participa do introdutório levando as temáticas.

11.3 Indicador: Relação do CAPS e da Rede Intrasetorial e Intersectorial

- **Definição**

Fomentar a proposta da (re)inserção ao mercado de trabalho, através de trabalho apoiado, buscando oferecer suporte nesse processo de inclusão. Com o objetivo de debates em espaços para além da supervisão clínica - institucional, a partir da proposta da intersectorialidade. Assim como, a construção de grupos de trabalho no CAPS, discussões no fórum de geração de renda com o intuito de promover informações sobre as oportunidades de seleção nas empresas que se disponibilizam a ofertar vagas para a inserção ao mercado de trabalho.

- **Interpretação**

Demonstra a importância em que o serviço tem em promover a (re)inserção do usuário ao mundo de trabalho, através do trabalho apoiado em espaço de GT e no fórum de geração de renda, com trabalhadores; usuários; familiares através da intersectorialidade, de uma rede comunitária e movimentar o território para a construção de ações coletivas para o fortalecimento do trabalho.



- **Fonte de dados**

Prontuário eletrônico, ata do fórum de geração de renda, grupo de trabalho e supervisão clínica institucional.

- **Período**

Trimestral

- **Modelo de cálculo**

- N° de pessoas inseridas ao mercado de trabalho com discussão de caso prévio em supervisão / N° total de usuários que participaram da seleção para a inserção ao mercado de trabalho.
- N° de pessoas que participaram do fórum de geração de renda e se interessaram a participar do processo seletivo/ N° total de usuários que participaram da seleção para a inserção ao mercado de trabalho.
- N° de pessoas que participaram do GT no CAPS e se interessaram a participar do processo seletivo/ N° total de usuários com participação em processos seletivos para a inserção ao mercado de trabalho.

11.4 Indicador: Acesso ao medicamento

- **Definição:**

A satisfação do usuário ao conseguir o medicamento através de atendimento psicossocial realizado pelo farmacêutico, promoção da estratégia GAM no serviço, um convite a ter um olhar a novas formas de pensar, refletir modos possíveis de cuidado no mundo onde cada vez mais a medicalização cresce e expande como fórmula de aliviar o sofrimento.

- **Interpretação:**

Demonstra a importância do serviço promover outra maneira de somente a retirada do medicamento na farmácia, pensar num cuidado em que aborda-se a realização de atendimento psicossocial pelo farmacêutico. Implantação da estratégia GAM, com o objetivo do usuário entender os efeitos e as reações, e qual a função do medicamento com a possibilidade de agir de forma mais autônoma em relação ao seu tratamento.



- **Fonte de dados**

Prontuário eletrônico, controle de dispensação da farmácia

- **Período**

Trimestral

- **Modelo de cálculo**

- N° de usuários que retiram os seus medicamentos com abordagem psicossocial realizada pelo farmacêutico/ N° total de usuários ativos no CAPS.
- N° total de usuários que participaram do GAM/ N° total de usuários convidados a participar do GAM.



12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eis que chegamos até aqui, a finalização deste ciclo só foi possível com o apoio de diversos parceiros que me ajudaram a não desistir e seguraram minhas mãos durante toda a longa caminhada. Aos poucos nas inconstâncias durante o caminhar com os protagonistas fui encontrando os sentidos das coisas. E assim, chegamos a conclusão desta pesquisa.

Minhas experiências profissionais anteriores e atualmente gestora de um serviço de saúde mental me levaram ao interesse de propor aos protagonistas do SUS a construção de indicadores de qualidade do cuidado em um CAPS III e diante de toda a complexidade do sistema foi primordial refletir com esses atores sociais a qualidade do cuidado.

No processo dessa construção, foi importante reforçar e não podemos esquecer que o SUS foi criado pela sociedade, uma grande conquista da população brasileira. Neste sentido, o processo empreendido para a elaboração dos indicadores contou com a participação de usuários, familiares, trabalhadores e gestores de um CAPS III no MRJ.

A operacionalização de indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental impõe desafios, um deles é historicamente a prática de indicadores no campo da saúde mental ser mais escassa quando comparada a outras áreas, como por exemplo a atenção básica, atenção hospitalar.

A saúde mental é uma área que possui como tradição não explicar o que se almeja, ou seja, trata-se de um campo com muitas questões subjetivas e indefinidas (Pitta, 2016). Nesse contexto, para a construção dos indicadores foi importante incorporar a temática sobre a melhoria da qualidade do cuidado em saúde mental e nada melhor do que incluir nesse debate os usuários e seus familiares, mesmo que durante esse processo a participação desses atores se deu de forma tímida e em quantidade discreta, a presença foi de grande valia para o debate sobre qualidade do cuidado.

A participação e a colaboração dos gestores e trabalhadores em todo o processo possibilitou com que eles fossem participantes ativos e assim também, a partir dessa experiência sobre as temáticas pautadas poderão ser utilizadas na melhoria de sua prática cotidiana nos serviços.



Outro ponto a ressaltar, todos os protagonistas contribuíram substancialmente para o debate em torno da qualidade do cuidado em saúde mental, mas sabemos que por ser um conceito subjetivo, o usuário tem perspectiva distinta quando comparado ao gestor e trabalhador, com muita clareza essa diferenciação apareceu durante os grupos focais.

O SUS é o maior sistema de saúde do mundo, refletir sobre a qualidade do cuidado é extremamente necessário e urgente, assim temos a possibilidade de pensar caminhos possíveis para garantia de um melhor cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, sendo uma contribuição para a ampliação do campo da atenção psicossocial.

O presente estudo pode identificar e analisar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores em um centro de atenção psicossocial III na Área Programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro. A partir de dois grupos focais com gestores e trabalhadores, a discussão foi pautada em temas relacionados ao cuidado em saúde mental, qualidade e indicadores.

A análise do corpus documental utilizando análise de conteúdo apontou para um quantitativo de 88 Unidades de Registro e 229 repetições, que foram aglutinadas em 4 categorias: 1) Modelos e Concepções acerca da produção do cuidado; 2) Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares (estratégia); 3) Condições estruturais e relacionais para o trabalho; 4) Compreensão da equipe acerca dos indicadores de qualidade em saúde mental), com o total de 13 URs mantidas.

Na análise das categorias dos grupos focais com trabalhadores e gestores, a escolha das Unidades de Registro seguiu o critério de exclusão das URs com menos de quatro repetições e o descarte das narrativas que não se alinhavam às reflexões sobre as temáticas abordadas.

Os dois grupos focais com usuários e familiares, a discussão foi pautada sobre cuidado e qualidade em saúde mental, acolhimento, oficinas, importância do CAPS e sua estrutura física, sobretudo no que tange à qualidade, também reverberou palavras de afeto pelos usuários e de auxílio no manejo de crise pelos familiares.



A análise do corpus documental apontou para um quantitativo de 10 Unidades de Registro e 69 repetições, que foram aglutinadas em três Categorias: 1) Modelos e concepções acerca da produção do cuidado; 2) Competências dos serviços na recepção dos usuários e familiares; 3) Condições estruturais e relacionais para o trabalho, com o total de 4 URs mantidas.

Os dois últimos encontros com todos os protagonistas permitiu a elaboração de um discurso coletivo que refletiu a compreensão conjunta de todos acerca do conceito de qualidade em saúde mental. Os grupos com todos os protagonistas possibilitou emergir suas compreensões sobre qualidade do cuidado em Saúde Mental, permitindo, assim, a elaboração de indicadores.

A análise do corpus documental apontou para um quantitativo de 28 Unidades de Registro e 50 repetições, que foram aglutinadas em 8 categorias/indicadores. Na análise das categorias dos grupos focais, a escolha das Unidades de Registro seguiu o critério de exclusão das URs com menos de quatro repetições e o descarte das narrativas que não se alinhavam às reflexões sobre as temáticas abordadas.

Como produto final, para esta construção emergiram 4 indicadores de qualidade em saúde mental, sendo esses: 1) alinhamento à clínica da atenção psicossocial; 2) formação/ educação; 3) Relação do Caps e da rede intrasetorial e intersetorial e 4) acesso ao medicamento.

Em resposta ao 2º indicador, discutir qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir de seus protagonistas. Neste sentido, a partir da concepção de usuários e familiares sobre a compreensão da qualidade do cuidado em saúde mental aborda-se o reconhecimento do CAPS como lugar de cuidado; assim como, o afeto e o cuidado nas relações entre trabalhador, familiar e usuário e a importância da medicação para os protagonistas.

Os usuários e familiares também evidenciam em suas narrativas, a importância da estrutura física para o quesito qualidade em um serviço de saúde mental, aborda-se: reformas estruturais, estética dos equipamentos e melhoria no ambiente sanitário.



A partir da concepção de qualidade do cuidado, os gestores e trabalhadores localizam o CAPS como um ponto de inflexão entre o antigo modelo manicomial e o novo paradigma da atenção psicossocial, sendo este capaz de promover acolhimento e um lugar de desconstrução do estigma da loucura. Assim como, na desconstrução dos estigmas criados em torno da loucura, ampliando esta tarefa para o âmbito familiar. Afirma-se, deste modo, que uma das funções do CAPS é o acolhimento aos familiares.

A compreensão que o conhecimento da rede sobre o trabalho da RT pelas equipes que compõem a RAPS representa a qualidade do cuidado em saúde mental; a gestão da informação nos serviços da rede de saúde contribui para a qualidade do cuidado, uma assistência prestada aos usuários onde os registros no prontuário eletrônico realizados pelas equipes irão auxiliar, fortalecer as ações e a continuidade do cuidado.

Assim como o acolhimento e escuta, representam o caminho e a capacidade que aquela organização de saúde tem disponível a ofertar e seus recursos; a educação continuada como processo formador das equipes dos serviços de saúde, de modo a proporcionar o desenvolvimento profissional, incluindo a realidade de cada serviço de saúde e que possa reverberar na qualidade do cuidado.

A importância da infraestrutura reverberam na qualidade do cuidado como por exemplo: um espaço adequado para que possam realizar as evoluções nos prontuários, locais seguros para realizar as supervisões clínicas institucionais, copa com ambiente limpo e com condição dos usuários realizarem suas refeições.

A compreensão de indicadores é um importante elemento que contribui para a organização e o funcionamento do serviço, bem como para a avaliação do trabalho e de como acontece a dinâmica do processo de trabalho, também estão relacionados a qualidade do cuidado.

Em resposta ao 3º objetivo, propor indicadores de qualidade em saúde mental. Conseguimos apontar a partir da análise realizada pelos protagonistas que participaram deste estudo, os seguintes quatro indicadores: 1) alinhamento à clínica da atenção psicossocial; 2) formação/ educação; 3) Relação do Caps e da rede intrassetorial e interssetorial e 4) acesso ao medicamento.



Esperamos que os resultados apresentados sirvam como estímulo para novas pesquisas sobre os indicadores de qualidade do cuidado em saúde mental, assim como, a identificação de indicadores e a temática sobre a qualidade possam contribuir para o monitoramento das ações em saúde mental.

Como limitação do estudo, destacamos o fato dele ter sido desenvolvido em apenas um serviço de saúde mental do MRJ, onde possui uma ampla RAPS. Como desdobramento evidencia-se a possibilidade deste estudo ser desenvolvido em outros serviços de saúde mental para além do MRJ, assim como também os indicadores apresentados possam ser aplicados em outros estudos.

Atuar no campo da atenção psicossocial requer luta, resistência e afetação para construir modos de lidar com a loucura, de modo que não esteja presente traços do modelo de exclusão e segregação.

Frente ao exposto, os indicadores poderão auxiliar na tomada de decisões no campo da atenção psicossocial em que se estabeleça um avanço no sentido da reforma psiquiátrica, sob o conceito de desinstitucionalização. A efetiva utilização dos indicadores é de grande importância para o reconhecimento de uma política que preza pela liberdade, comprometimento e produção de vida. Assim como, criar novas possibilidades e práticas de cuidado, capazes de ampliar o campo da atenção psicossocial.

Por fim, na expectativa de estarmos contribuindo para a abertura de um novo diálogo quando inserimos os diversos atores sociais, reforçamos o compromisso político e ético com a Reforma Psiquiátrica, a partir de um novo olhar do modelo assistencial dentro dos princípios do SUS, buscou-se a construção dos indicadores e que esses possam auxiliar na tomada de direção e direcionamento dos processos de trabalho, impactando na melhoria de qualidade dos serviços de saúde.



13. REFERÊNCIAS

Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2017;70(5):981-7. [Acesso 3 fev 2024]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=pt.
[http:// dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337)

ALMEIDA, F. A.; CEZAR, A. T. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. IGT rede, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180725262016000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 març. 2024.

AMARANTE, P.(org.) **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. Saúde mental e Atenção psicossocial. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, Aline Lage et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. Texto contexto-enferm., Florianópolis, v.20, n.1,p.85-93, Mar.2011.

AMARANTE, P. Saúde Mental Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 86-88 p. AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2017, p.61-65

Amarante, P. (2017). *Teoria e crítica em saúde mental. Textos selecionados*. São Paulo: Zagadoni.

AMARANTE, Paulo. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995

Anéas TV, Ayres JRJM. Significados e sentidos das práticas de saúde: ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011;15(38):651-62.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *SNGPC*: resultados 2009. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/30NCxFK>>. Acesso em: 15 fev. 2024.
» <https://bit.ly/30NCxFK>

Arah AO, et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicator Project. Int J Quality in Health Care. 2006



Aranha e Silva, A. L., & Fonseca, R. M. G. S. da. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3),441-449. doi:10.1590/s0104-11692005000300020. Acesso: 9.fev.2024

ARAUJO, J. R. de; ARAUJO FILHO, D. C. de; MACHADO, L. D. S.;MARTINS, R. M. G; CRUZ, R. de S. B. L. C. **Sistema e-SUS AB**: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019>. Acesso em: 31 jan. 2024

Assis JT de, Scafuto JCB, Lenza RCP, Kinoshita RT. Educação Permanente na RAPS: A Experiência dos “Percurso Formativos na RAPS”. In: Contribuições do Seminário Mineiro Psicologia na Saúde Pública. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2015, p. 29-32.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev. 2004

AYRES, R. C. M (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 6 (1), 63-72.

Ayres JRC, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. P.117-39.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 70.ed.São Paulo,2011

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BENILTON, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BOFF, L. (2000). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: vozes, p .70-73

BRASIL\MS, *Série Acolhimento à demanda espontânea. “Normas e Manuais Técnicos”*. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 28, Volume I, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 01 març. 2022.

BRASIL. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*.2003, p.1-11 documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1 ed. Brasília disponível em www.saude.gov.br/vs/humanizasus. Acesso em: 02 de fevereiro de 2022.

BRASIL. M. S. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE. Brasília, 2004. Acesso:24.jan.2024



BRASIL. Lei 8080/1990. Disponível em:
www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 01 març. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: relatório final. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_o_equipes.pdf. Acesso em: 16 març.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço. Disponível:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 12 de març.2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013. 176 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013. 176 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf . Acesso em: 12 de març.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. p.104. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 12 de març.2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 17 de fev. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 1174/GM* de 7 de julho de 2005.

BARBOSA, N.B.; ELIAS.P. E. M. As Organizações sociais de saúde como forma de gestão público/ privado. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, V.15, n.5, p.2483-2495, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: MS, 2004.

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: 12 fev 2024.

BAREMBLITT, 2012. G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática.6.ed.Belo Horizonte. Editora FGD, 2012. 260 p.

BARROS, C.M.B & FLAIN,S.V. O marco civil da internet: Um olhar sobre a proteção dos direitos e garantia dos usuários na sociedade em rede. Impacto nas relações sociais e nas instituições. 13º Seminário Internacional Demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea, 2016.<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/15760>. Acesso em 31.jan.2024.

Baptista LA. Dispositivo Residencial e as Máquinas do Morar. In: Jacó-Vilela AM Cerezzo AC, Rodrigues HBC, organizadores. **IV Encontro Clio-Psyché - História e Memória** Volume 1. Juiz de Fora: Clioedel; 2005.

BONTEMPO, Valéria Lima. A assembléia de usuários e o CAPSI. *Psicol. Cienc. prof.*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 184-189, mar. 2009. disponível emhttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 17.jan.2024

BUENO, W. S. **Organizações sociais**: autonomia de quem e para que? São Paulo: Câmara Municipal de São Paulo, jun., 1998. Debate sobre as OS disponível em: < <http://www.uff.bfr/saudecoletiva/professores/Merhy/artigos-15.pdf>>. acesso em: 4.jan.2024.



BRASIL. Manual de Planejamento no SUS. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 a. v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de atenção Básica. **A implantação da Unidade de saúde da Família** : caderno de atenção básica 1. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAP, para atendimento público em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 fev.2002. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/2ACrS4> . Acesso: 15.fev.2014

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da saúde, 2003.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política interse- torial, integral e resolutiva. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, ago./dez. 2010

Birman J. A cidadania tresloucada. In: Bezerra B, Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estado da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 71-90.

Burke, K.P; Cardozo Bianchessi, D.L. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, V.13, n.3, 2013

BEZERRA, A. L. Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinale, 2003.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1): 77-93.

Cambuy K. (Tese) Experiências comunitárias em saúde mental: repensando a clínica psicológica no SUS. Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2010.

Campos, D. B., Bezerra, I. C., & Jorge, M. S. B. (2020). Produção Do Cuidado Em Saúde Mental: Práticas Territoriais Na Rede Psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), 1–18. 10.1590/1981-7746-sol00231.



Campos RO. Clínica: a palavra negada– sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde debate* 2001; 25(58): 98-111.

CAVALCANTI, M. T. **Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005

CANTO, C. e SIMÃO, L. (2009). Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo- mente: um estudo de caso, *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (2), pp. 306-317.

CECCIM, R. B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso, a humanização entre laços e perspectivas. *Interface*, Botucatu, V. 13, suppl.1 , p.531-542, 2009.

CECCIM, R.B & FERLA, A. A (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde. In Pinheiro, R, & Mattos, R. A (orgs). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (165-184). Rio de janeiro: CEPESC

CECÍLIO LCO, MATSUMOTO NF. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: Pinheiro AF, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, Caxias do Sul: EDUCS/UFRS; 2006. p. 37-112.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, v. 1, 2003, p. 197-210. Disponível http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27.fev. 2022.

CERQUEIRA, J. P. de et al. *Iniciando os conceitos de qualidade total*. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. São Paulo: Pioneira, 1994. Série Qualidade Brasil.

COLVERO, L.A . et al. Cotidiano de cuidados e saúde mental na atenção Básica à saúde . In: MACHADO, A.L .; COLVERO, L.A .; RODOLPHO, J. R.C (ORGS). *Saúde mental: Cuidado e subjetividade*. São Caetano do Sul: Difusão Editora; Rio de Janeiro : Editora SENAC. Rio de Janeiro, 2013. Cap.4, p. 97-129. V. 2

Constantinidis, T. C., & Andrade, A. N. de. (2015). Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 333-342

Comunicação, Saúde, Educação, 13(30), 67-77.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300007>.
Acesso:11.fev.2024

CORREIA, Valmir Rycheta ; Barros, Sonia ; Colvero, Luciana de Almeida. saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45 , n .6 , Dec. 2011.



COSTA- ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. A Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

Costa GMC, Celino MC, Coura AS. Saúde-Doença Mental na atenção primária: uma prática assistencial em construção. Rev APS[Internet]. 2012. 15(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a19v14n1.pdf>. Acesso: 4.fev.2024

Coutinho, G.L.O; Sampaio,J; Ferreira, T.P.S; Oliveira, D.L; Gomes, I.B. A reestruturação do cuidado e a produção de ferramentas na saúde mental. In : (Org). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. v.2. Rio de Janeiro Hexis; 2016, p.296-300.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Orgs.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 217-279.

Cruz, K. D. F., Guerrero, A. V. P., Scafuto, J., & Vieira, N. (2019). Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista do NUFEN*, 11(2), 117-132. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51> » <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51>. Acesso: 15.fev.2024

DALLA VECCHIA, Marcelo & Martins, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface 9(Botucatu), Botucatu, v.13, n.28, Mar. 2009.

Dell'Acqua, G., & Mezzina, R. (2005). Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In P. Amarante (Coord.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2* (p.161-194). Rio de Janeiro, RJ: Nau

Del Barrio LR, Cyr C, Benisty L, Richard P. Autonomous Medication Management(GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2879-2887.

Delgado, P. G. (2014). Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1103-1126.

Demo, P. Charme da exclusão social. 2.ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 16.

DEPOLE, Bárbara de Fátima; QUEVEDO MARCOLINO , Taís; NUNES DE OLIVEIRA , Gustavo; TENÓRIO CUNHA , Gustavo; FERIGATO , Sabrina Helena. Projeto

Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica





brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 14, n. 38, p. 01–25, 2022.

DOI:10.5007/cbsm.v14i38.73119. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/73119>. Acesso em: 15 fev. 2024.

DESVIAT, M.; RIBEIRO, V. A Reforma Psiquiátrica. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

Dimenstein, M. D. B. et al. (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, 2, 95-127.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n.4, p. 112-117, dez. 2004. Disponível em: . Acesso em 15.fev.2024

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental* 2006; 4(6), 69-82

DISTRITO FEDERAL. Governo do Estado, Secretaria do Estado da Saúde. Pactuação interfederativa 2017 – 2021: caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFED E RATIVA-2017-2021.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2022

DONABEDIAN. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, New York, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, Sept. 1988.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; 44:166-203. Reprodução autorizada em *Rev Calidad Asistencial*, 2001; 15:S11-S27

Duarte. M. L. C., & Kantorski, L. P. (2011). Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 47-52.

Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes BRASÍLIA – DF 2014

FRANCO, T. B, MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 125-171.

FRANCO, T. B., & MERHY, E.E (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 6(2), Pág. 151-163. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.4, n.3, p. 317-321, jul. / set., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf> Acesso em: 12 març. 2022.



FERREIRA. J. B. B. Boletim Saúde & Gestão. Universidade de São Paulo. Ano III | n. 1 | jan. 2020, p. 01. ISSN: 2674-8878. Disponível em <http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-Sa%C3%BAde-Ges t%C3%A3o-Indicadores-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em 12. març. de 2022.

Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., Souza, A. C. N., Oliveira, D. L., & Gomes, L. B. (2017). Care Production in Mental Health: The Challenges beyond Institutional Walls. *Interface* (Botucatu), 21(61), 373-384.

Fernández-Rios L, Cornes J. Psicologia preventiva: concepto y perspectivas. In: Buela G, Fernández-Rios L, Carrasco T (eds.) *Psicologia preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevencion*. Madrid: Ediciones pirámide; 1997. p. 39-58.

Ferro LF, et al. Grupo de Convivência em Saúde Mental: perspectivas de usuários e a experiência do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* 2012; 23(2), 146-152.

FEUERWERKER, L. C. M. BERTUSSI, D. B.; MERHY, E. E .Cuidar em saúde. In: (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. v.2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016, p.35-47

FIGUEIREDO, 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.

FIGUEIREDO, A.C. UMA PROPOSTA DA PSICANÁLISE PARA O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. *MENTAL [ONLINE]*, v. 3, n. 5, p. 43-55, 2005 [CITADO 2010-10-31]. DISPONÍVEL EM: . DUAS OU TRÊS COISAS QUE APRENDEMOS SOBRE A FUNÇÃO DA SUPERVISÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, EM 12 ANOS DE CAPS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *REVISTA DA ESCOLA DE SAÚDE MENTAL, SMS-RIO, ANO 1, N. 1, P. 63-69, DEZ.2008*

FIGUEIREDO MD. *A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS AMPLIADAS E COMPARTILHADAS EM SAÚDE: APOIO PAIDEIA E FORMAÇÃO [TESE]*. CAMPINAS (SP): UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS; 2012

FIRMO, A. A. M., & JORGE, M. S. B. (2015). EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES DE PESSOAS COM ADOECIMENTO PSÍQUICO EM FACE À REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRODUÇÃO DO CUIDADO, AUTONOMIA, EMPODERAMENTO E RESOLUBILIDADE. *SAÚDE E SOCIEDADE*, 24(1), 217-231.

Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-64.

FMES - FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. *Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil: dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados Anvisa (2007-2014)*. [S.l.], 2015. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/2FtMGSm> >. Acesso em: 15.fev 2024. >> <https://bit.ly/2FtMGSm>



GATTAZ HEALTH & RESULTS - ATIVIDADES DE BEM ESTAR E CONDICIONAMENTO FÍSICO - SÃO PAULO - SP.-
[HTTPS://BR.LINKEDIN.COM/COMPANY/GATTAZ-HEALTH-RESULTS-](https://br.linkedin.com/company/gattaz-health-results-) ACESSO:11.FEV.2024

GALLETTI MC. (TESE). ITINERÁRIOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SÃO PAULO: TRAJETÓRIAS DE UMA SAÚDE POÉTICA. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO. 2007.

GIGANTE RL. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA GESTORES: QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO E GESTÃO DEMOCRÁTICA [DISSERTAÇÃO]. CAMPINAS (SP): UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS; 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Contribuições dos Estudos do PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. et al (org). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, – p. 569-609.

GELATTI, A. R.; SOUZA, R. L. de; SILVA, R. L. da. Poder público, TIC e-gov: uma análise acerca do uso das novas tecnologias na administração pública. In: Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade, 3, 2015, Santa Maria. **Anais**. Santa Maria: UFSM, 2015. p. 1-15.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T.. Métodos de pesquisa - coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS, Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2009.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2015, p.16

GONÇALVES, D. A. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface* 2000; 9(17):287-301

GIL, Carlos, A. Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 4ª edição. São Paulo, Atlas, 2007

GRYSCHEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: Como as equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica? *Cienc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.3255-3262, Oct 2015.

IGLESIAS, A. AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

Jorge MSB, Pinto DM, Quindere PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promocao da Saude Mental - Tecnologias do Cuidado: vinculo, acolhimento, co-responsabilizacao e autonomia. *Cienc Saude Colet*[Internet]. 2011.

19];16(7):3051-60.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800005&Ing

=en. Acesso: 04.fev.2024





JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina; MANTOVANI, Alexandre. As assembléias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs. Vínculo, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-40, 2015.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 17.jan.2024

Kinochita, Roberto Tikanori. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: Pitta, Ana. Reabilitação psicossocial no Brasil. (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00158815, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21.abr.2022.

KULPA, S.; TALLEMBERG, C.; MERHY, E. E. E o louco, é de quem mesmo? (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. v.1. Rio de Janeiro: Hexis; 2016, p.316.

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 249-262.

LANCETTI, **A clínica peripatética**, São Paulo: Hucitec, 2006.

Leão, Adriana. Barros, Sônia. **Inclusão e exclusão social**: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Revista Interface: comunicação, saúde e educação, Rio de Janeiro, 2011.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acesso em 8 de març.2022

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2015;24(1):154-60. [Acesso 03 fev 2024]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00154.pdf.

Lima, M. C., & Gonçalves, T. R. (2020). Apoio Matricial Como Estratégia De Ordenação Do Cuidado Em Saúde Mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), 1–21. 10.1590/1981-7746-sol00232

Lobosque, Ana Maria. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo, Hucitec, 1997

LOPES, G.B. de C. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário. Physis [online], 2012, v.22, n3, p.1237-1242. ISSN 0103- 7331.



Lucchese R, Castro P, Ba S, Rosalem V, Silva A, Andrade M, et al. Saberes profissionais na atenção primária à saúde da pessoa/família em sofrimento mental: perspectiva Le Boterf. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 .48(Spe2):123-31. Available from: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103117/10145>- Acesso: 04.fev.2024

LUZ, M. T (2006). Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In Pinheiro, R; & Mattos, R. A (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade (09-20).

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12. fev. 2024

MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A. A Cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. Revista Eletrônica Tempus, V.7, n.2, 2013.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: Pinheiro, R.; Ferla, A. A.;

. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R.; Costa, E. S. (Orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** 1. ed. São Paulo: IPUSP, 1999.

MATEUS, M.D. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental in: MATEUS, M.D. (ORG): Políticas de saúde mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de saúde, 2013.

MATTOS, R. A. (Org.). Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educus; IMS/Uerj; Cepesc, 2006. p. 51-64.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. Rev. Mineira Enferm., v.7, n.1, p.61-65, 2003.

MARON, Gloria. "Urgência sem emergência?". IN: **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Instituto de Clínica Psicanalítica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado de saúde. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 27-40.

MATTA, G. C.; MORENO, A. B. Saúde Global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. Interface (Botucatu), v.18, n.48, p. 09-22, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0009.pdf> . Acesso em 12 de març. 2022



MATTOS, R. A (2001). Os sentidos da integralidade: algumas das reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In Pinheiro, R , Mattos , R. A., (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO. P. 39-64.

MEDEIROS, Regina. Construção Social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde e Soc.* Belo Horizonte, n.1, p. 105-117. 2014.

MEDEIROS, J. B. *et al.* O e-SUS atenção básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. **Revista de Aps**, v. 20, n. 1, p. 145-149, 31 jul. 2017.

Mello, R., & Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 457-464.

Mendes DCVR. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. *Rev Katalysis*. 2007; 10(2):143-153.

Mendes, M. F. M. & Rocha, C. M. F. (2016). Avaliação em Saúde Mental: Uma análise de Políticas nacionais e internacionais. *Saúde em Redes*, 2(4),352-359.

MERHY, E. E. "As potências e desafios da construção de redes vivas de saúde: encontros e conexões". In: Seminário Nacional da pesquisa "Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa", 2016. Rio de Janeiro. 2016

MERHY,E.E; FUERWERKER,L.M.**Síntese das Reportagens do Seminário nacional da Pesquisa RAC**. São Bernardo do Campo, abril de 2016

MERHY, E. E & ONOCKO, R (orgs). (1997). Agir em saúde: Um desafio para o público. São Paulo, SP: Hucitec. p. 135- 138.

MERHY, E. E, FEUERWERKER, L. C. M; CERQUEIRA, M..P. " Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. Cuidar em Saúde. In : (Org). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. v.2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016, p.35-47.

MERHY, E.E. (2002). Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo, SP: Hucitec. p. 151- 163

MERHY, E.E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Merhy, E.E. Campos, C. R & Malta, D. C. (orgs). Sistema Único de saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público. (p. 103-120). São Paulo: Xamã.

MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 77- 111.



Merhy et al. Apagando incêndios- desafio do cotidiano do trabalho em saúde mental: uma panorâmica de nossa vivência compartilhada numa RAPS em São Paulo. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, et al., organizadores. Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 271-275. (v. 1).

Merhy, E. E. (2007). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H (Org.). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 55-66. Retirado de http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/alegria-e-alivio-nos-caps-em-erson/at_download/file . Acesso: 9.fev.2024

MIELK, Fernanda Barreto & OLCHOWSKY, Agnes. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, 15 (4), 762- 768, Oct- Dec. 2011.

MINAYO, M.C.S: A construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. Revista Brasileira de educação médica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 83- 91, jan.2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/36mvLQPqTjRTp8kLXbs3b5Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 març.2022

MINAYO, M.C.S: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 11ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2009, p. 57

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em 15. abr.2022.

Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. Acesso: 24.jan.2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Política Nacional de Educação Permanente: o que se tem produzido para seu fortalecimento? Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF ; 2018. p.1-78.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/ MS nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17. fev. 2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília. Disponível: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em 16. març. de 2022.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável– PAB variável, 2011 d.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

Acesso em: 13 de març.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.c

Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília. acesso:24.jan.2024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília, 2004.

Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: consolidação do modelo de atenção intersectorialidade drogas & vulnerabilidade, formação e produção de conhecimento para a Saúde Mental Pública. Relatório de Gestão 2007 - 2010. Brasília (DF): MS; 2011.

Ministério da Saúde. Zeferino, Maria Terezinha. Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 97 p. ISBN:

978-85-8328-022-4 1. Saúde Mental – Pontos Estratégicos. 2. Crise e Urgência. I. Rodrigues, Jeferson. II. Assis, Jaqueline Tavares de. III. Título. 2015

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saude Publica*, 43(Supl.1), p. 101-108, 2009.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: Edufma, 2016. 45 p.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan./mar. 2005.



Organização Mundial da Saúde - OMS. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO/WONCA;2008.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; TRAPE, T.; EMERICH, B.F; SURJUS, L.T.L.E.S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, v.41, p. 71-83, 2017.

Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018. p. 4- 10. Disponível: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em 13 març. 2022.

Organização Mundial de Saúde. Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001

ORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 146-148

Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica* 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013

PALADINI, E. P. Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas. 1995. 286 p. para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e outras providências. Diário Oficial da União. 8 Jul. 2005. Seção I:38. Acesso em 28 fev. 2022

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação. *Aletheia*, Canoas, n. 41, p. 24-38, 2013.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008

PEREIRA; SILVA,. As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) como aliados para o desenvolvimento. In: **Caderno de Ciências Sociais Aplicadas**, n° 10, Vitória da Conquista – BA, p. 151-174, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uesb.br/index.php/cadernosdeciencias/article/viewFile/884/891>>. Acesso em: 06.jan.2024



PERES, R.S.; BORSONELLO, E.C.; PERES, W.S. A esquizoanálise e a produção da subjetividade; considerações práticas e teóricas. **Psicologia em estudo**, V.5, n.1.2000.

Pelbart PP. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras; 2003.

Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Diário Oficial da União. 8 Jul. 2005. Seção I:38.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: //epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html. Acesso em 12 de fevereiro de 2022. p.

PINHEIRO, R; & MATTOS, R. A. (ORGS). (2005). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A de; FERLA, A.A. O Programa Nacional de melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, vol.38, 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PITIÁ, A. C. A. & FUREGATO, A. R. F. (2009). O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT): DISPOSITIVO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL. INTERFACE

Pitta, A.M. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 2001

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta, A. (Org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-30.

Política Estadual dos Centros de Convivência da Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro- Lei Nº 9323 de 14 de junho de 2021. Disponível em: www.jusbrasil.com.br. Acesso em: 07 març.2024

PÔRTO, K. F. Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311876>. Acesso: 15.abr.2022

PORTARIA GM/ Nº 3.088, de 30 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.

Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial



R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

RAUTER, C. Oficinas para que? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P.(Org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. cap.12, p. 267-277

RODRIGUES, H.C.B, **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 6(2),São João del-Rei, agosto/dezembro 2011 p..236

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, 2008, p.14 – 2a Edição. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em 12 de març. de 2022.

.Rosa, L. C. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.

Rosa, L. C. S. (2001). E afinal, quem cuida dos cuidadores?. *Caderno de Textos*. III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 11. fev 2024 de <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1251.pdf> [Links]

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015

RIGOTTO, R. M. Investigando saúde e trabalho. In: ROCHA, L. E. et al. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.In: ROCHA, L. E.; HARNECKER, M. **Os Conceitos Elementares do Materialismo Histórico**. São Paulo: Global Editora, 1998.

RODRIGUES, Ariana Campana. (2021). Caleidoscópio de pensamentos: ensaios e prosas sobre loucura, trabalho e oficinas na saúde mental/ Tese de Doutorado - Universidade Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras. Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

ROSÁRIO, C. A; BAPTISTA, T. W. F. M.; CORREA, G. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. 124, pp. 17-31. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>>. Acesso em: 21 abr. 2022

Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde Soc.* 2004;13(3):36-43. doi: 10.1590/S0104-12902004000300005

RESENDE, Tania Inessa Martins de. Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em:https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21117/1/2015_TaniaInessaMartinsResende.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.



Ribeiro, J. P., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., & Nunes, J. (2015). Ulterior validação do questionário de saúde geral de goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 278–285. <https://www.researchgate.net/publication/317470058>

Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2016). Integrative Review of Literature on the Construction of Therapeutic Projects Singles in the Mental Health Field. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 12(4), 240-248. Acesso: em 11 fev, 2024, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n4/07.pdf> [Links]

Rodrigues, R. C.; Marinho, T. P. C.; Amorim, P. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social pelo Trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, suplemento1, p. 1615-25, jan./jun. 2010.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio, M.F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 2001, 2ª edição, p. 17-59

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização* São Paulo: Hucitec; 1990. Jorge, M. S. B., Campos, R. O., Pinto, A. G. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 22(4),1543-1561. doi: 10.1590/S0103-73312012000400015.

Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(1):73-81

SANTANA, E. L. F. F. Família monoparental feminina: Fenômeno da contemporaneidade? In: POLÊMICA: Laboratório de Estudos Contemporâneos. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2014. p. 1225-1236. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/10618/8518>>. Acesso em: 3 fev. 2024.

Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface comum saúde educ. [periódico on line] 2009. [citado 05 fev 2013]; 13(1). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>. Acesso: 3. fev.2024.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001

SILVA, S.L.c., & Rosa, L.C.S (2019). Cidadania da pessoa com transtorno mental: avanços e impasses na dinâmica da reforma psiquiátrica brasileira . Humanidades e Inovação.v.6 (17)

Silva, A.L.A. O projeto copadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1997.

Silva M. Satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental. In: M Bandeira, LA Lima, S Barroso, organizadores. *Avaliação de serviços de saúde mental*:



Princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida
Petrópolis: Vozes; 2014. p. 55-86

Silva, T. C. F. et al (2020). Acolhimento noturno em um centro de atenção psicossocial III. *rev.Bras. Enferm.*, 73 (1).

Silva EMN et al. Educação medicamentosa de usuários com transtorno mental atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. TCC (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Atenção Psicossocial. 2016

Silva, M., & Batista, E. (2017). A enfermagem no campo da saúde mental : uma breve discussão teórica A enfermagem no campo da saúde mental : uma breve discussão teórica Nursing in the field of mental health : a brief theoretical discussion. *Revista Amazônia Science & Health*, 5(June), 40–46.
10.18606/2318- 1419/amazonia.sci.health.v5n2p40-46

Scafuto JCB, Benedetto S, Delgado PGG. Formação e educação permanente em saúde na perspectiva da desinstitucionalização. *Comun. ciênc. saúde*. [Internet]. 2017[acesso em 23. març.2024];28(3/4):350-58. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/277/109>

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, Marco A. S. et al. (orgs.). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev. Tempus Actas. Saúde Colet.*,n.4, V.1, 2010. p.122-124.

Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6(1): 73-85

VALENTINI, W; COSTA, C.R; OKI, N; AZEVEDO, M.A: A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano. HARARI, A; VALENTINI,W; (ORGS).. Editora Hunitec São Paulo, 2001. Cap.4, p. 15 - 69. V. 1.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Caderno Saúde Pública*, 199VILELLA, E. F. M. *Boletim Saúde & Gestão*. Universidade de São Paulo. Ano III | n. 1 |jan. 2020, p. 02. ISSN: 2674-8878. Disponível em <http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-Sa%C3%BAde-Ges t%C3%A3o-Indicadores-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em 12. març. de 2022.

VUORI, H. A qualidade da saúde. *Cad. Ciência e Tecnologia*, v. 3, p. 17-24, 1991.

VENANCIO, Ana Tereza; LEAL, Erotildes Maria & DELGADO, Pedro Gabriel, orgs., 1997. *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora - Instituto Franco Basaglia. BIRMAN, Joel, 1997. 516 p.



Venturini E. *A Linha Curva. O espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.

Seidinger FM. Uma reflexão sobre a reabilitação e a clínica ou o que nos ensina o dispositivo do “Convivência e Arte”? In: Merhy EE, Amaral H. (org.) *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2007. p. 211-9.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 135-136 p. *Loucura & Civilização* collection. ISBN 978-85-7541-362-3.
<https://doi.org/10.7476/9788575413623>.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

World Health Organization. Ministério da Saúde (BR). A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) [Internet]. Brasília (DF): World Health Organization; 2007 [cited 2024 mai 31]. 51 p. Available from: Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf
» http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf



APÊNDICE I - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL I

ROTEIRO DISPARADOR PARA O GRUPO FOCAL: TRABALHADORES / GESTORES.

- 1) O que vocês entendem por indicadores de saúde?
- 2) Quais os indicadores de saúde são utilizados neste serviço?
- 3) Quais seriam as melhores formas de avaliar a produção do cuidado em saúde mental? (incentivar a fala acerca da periodicidade e dos métodos de cálculo)
- 4) O que vocês entendem por cuidado em saúde mental?
- 5) O que vocês entendem por qualidade em saúde mental?
- 6) O que vocês esperam de um serviço de saúde mental?



APÊNDICE II - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL II

ROTEIRO DISPARADOR PARA O GRUPO FOCAL: USUÁRIOS / FAMILIARES

- 1) Quais seriam as melhores formas de avaliar a produção do cuidado em saúde mental?
- 2) O que vocês entendem por cuidado em saúde mental?
- 3) O que vocês entendem por qualidade em saúde mental?
- 4) O que vocês esperam de um serviço de saúde mental?



APÊNDICE III- ROTEIRO DISPARADOR COM O DIAGNÓSTICO INICIAL DOS INDICADORES APÓS OS GFs (TRABALHADORES E GESTORES) E GFs (USUÁRIOS E FAMILIARES) PARA SER UTILIZADO NOS GFS COM TODOS OS PROTAGONISTAS

ROTEIRO DISPARADOR PARA O GRUPO FOCAL COM TODOS OS ATORES INCLUSOS

- 1) Trabalho na lógica da atenção psicossocial: Qual é a lógica da atenção psicossocial? Como podemos mensurar?
- 2) Satisfação do usuário ao conseguir a medicação pelo SUS: a satisfação do usuário está apenas nas medicações? Como mensurar?
- 3) Os outros serviços sabem o que é um CAPS? Como mensurar?
- 4) Proposta do introdutório ser um indicador, a partir da intersetorialidade (o que é? Como mensurar isso?
- 5) Será que o livro de ocorrências da RT é um indicador? Estamos falando especificamente do livro de ocorrência ou dos instrumentos de comunicação entre a equipe? Como mensurar isso?
- 6) Criação de indicador para RT: indicador para a RT como possibilidade de abertura de mais RT (dificuldade em pensar num indicador para a RT mediante a complexidade da equipe). Como mensurar?

APÊNDICE IV – TCLE FAMILIARES



Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - FAMILIARES

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Indicadores de qualidade em saúde mental: a construção coletiva a partir dos protagonistas do sistema Único de Saúde**, que tem como objetivo geral: analisar a qualidade da gestão do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir da percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial. Os objetivos específicos serão: identificar e analisar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores em um Centro de Atenção psicossocial III na área programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro; discutir qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir de seus protagonistas; propor indicadores de qualidade em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ).

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 03(três) meses, com término previsto para o mês de maio de 2023.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em participação do grupo focal, por sua possibilidade de proporcionar um espaço de discussão acerca da qualidade do cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial III. A proposta do presente projeto de pesquisa é que, considerando os elementos abordados anteriormente acerca do cuidado em saúde mental, seja possível, no decorrer do processo, mobilizar a construção de indicadores de qualidade em saúde mental a partir da contribuição dos protagonistas do SUS, a saber: usuários e familiares, trabalhadores e gestores do dispositivo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.



Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de extravio das informações, constrangimento e conflito serão minimizados com a garantia da guarda dos registros dos grupos focais e as demais informações referentes ao estudo, em acesso restrito à pesquisadora, orientadores e pessoas envolvidas com o estudo. Será garantido também o anonimato no relatório final da pesquisa e nas publicações subsequentes. Em relação ao constrangimento e inibição, você tem garantido a retirada da pesquisa, em qualquer momento, sem prejuízos de qualquer tipo. Sobre a possibilidade de conflito, assegura-se que os grupos não objetivam encontrar respostas corretas. Assim, opiniões divergentes devem ser valorizadas e respeitadas. A pesquisadora estará atenta e buscará conduzir os grupos de maneira a mitigar potenciais incômodos e desconfortos. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Se em algum momento você se sentir desconfortável durante a realização do grupo focal, você tem o direito de ficar em silêncio.

Em relação aos potenciais benefícios com este estudo, as informações que o(a) senhor(a) fornecer serão úteis para qualificar o cuidado em saúde, podendo beneficiar os usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Caso haja dúvidas, constrangimento e necessidade de esclarecimentos, a pesquisadora coloca-se à disposição para orientações imediatas que se façam necessárias no que se refere à pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa e posterior publicações. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável:

Pesquisadora responsável: Liliane Morcelle de Almeida, enfermeira, mestranda do HESFA/UFRJ- lilianemorcellesmsrio@gmail.com - telefone: (21) 3155-7015

Orientador: Tiago Braga do Espírito Santo-
tbes81@gmail.com telefone:(21)28688236

Co Orientador: Clarissa Terenzi Seixas-
claseixas@gmail.com telefone: 0157278199

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar deste estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via



assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____

. Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Pesquisadora:

1. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

2- Instituto Coparticipante: Comitê de Ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- Rua Evaristo da Veiga, 16- 4º andar- Centro - RJ CEP: 20031-040 - Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Responsável: Coordenadora Salésia Felipe de Oliveira

APÊNDICE V – TCLE USUÁRIOS



Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIOS

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Indicadores de qualidade em saúde mental: a construção coletiva a partir dos protagonistas do sistema Único de Saúde**, que tem como objetivo geral: analisar a qualidade da gestão do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir da percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial. Os objetivos específicos serão: identificar e analisar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores em um Centro de Atenção psicossocial III na área programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro; discutir qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir de seus protagonistas; propor indicadores de qualidade em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ).

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 03(três) meses , com término previsto para o mês de maio de 2023.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em participação do grupo focal, por sua possibilidade de proporcionar um espaço de discussão acerca da qualidade do cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial III. A proposta do presente projeto de pesquisa é que, considerando os elementos abordados anteriormente acerca do cuidado em saúde mental, seja possível, no decorrer do processo, mobilizar a construção de indicadores de qualidade em saúde mental a partir da contribuição dos protagonistas do SUS, a saber: usuários e familiares, trabalhadores e gestores do dispositivo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.



Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de extravio das informações, constrangimento e conflito serão minimizados com a garantia da guarda dos registros dos grupos focais e as demais informações referentes ao estudo, em acesso restrito à pesquisadora, orientadores e pessoas envolvidas com o estudo. Será garantido também o anonimato no relatório final da pesquisa e nas publicações subsequentes. Em relação ao constrangimento e inibição, você tem garantido a retirada da pesquisa, em qualquer momento, sem prejuízos de qualquer tipo. Sobre a possibilidade de conflito, assegura-se que os grupos não objetivam encontrar respostas corretas. Assim, opiniões divergentes devem ser valorizadas e respeitadas. A pesquisadora estará atenta e buscará conduzir os grupos de maneira a mitigar potenciais incômodos e desconfortos. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Se em algum momento você se sentir desconfortável durante a realização do grupo focal, você tem o direito de ficar em silêncio.

Em relação aos potenciais benefícios com este estudo, as informações que o(a) senhor(a) fornecer serão úteis para qualificar o cuidado em saúde, podendo beneficiar os usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Caso haja dúvidas, constrangimento e necessidade de esclarecimentos, a pesquisadora coloca-se à disposição para orientações imediatas que se façam necessárias no que se refere à pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa e posterior publicações. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Pesquisadora responsável: Liliane Morcelle de Almeida, enfermeira, mestranda do HESFA/UFRJ- lilianemorcellesmsrio@gmail.com - telefone: (21) 3155-7015

Orientador: Tiago Braga do Espírito Santo-
tbes81@gmail.com telefone:(21)28688236

Co Orientador: Clarissa Terenzi Seixas-
claseixas@gmail.com telefone: 0157278199



Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar deste estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 ____

. Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Pesquisadora:

1. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

2- Instituto Coparticipante: Comitê de Ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- Rua Evaristo da Veiga, 16- 4º andar- Centro - RJ CEP: 20031-040 - Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Responsável: Coordenadora Salésia Felipe de Oliveira

APÊNDICE VI – TCLE GESTORES



Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - GESTORES

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Indicadores de qualidade em saúde mental: a construção coletiva a partir dos protagonistas do sistema Único de Saúde**, que tem como objetivo geral: analisar a qualidade da gestão do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir da percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial. Os objetivos específicos serão: identificar e analisar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores em um Centro de Atenção psicossocial III na área programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro; discutir qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir de seus protagonistas; propor indicadores de qualidade em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ).

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 03(três) meses , com término previsto para o mês de maio de 2023.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em participação do grupo focal, por sua possibilidade de proporcionar um espaço de discussão acerca da qualidade do cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial III. A proposta do presente projeto de pesquisa é que, considerando os elementos abordados anteriormente acerca do cuidado em saúde mental, seja possível, no decorrer do processo, mobilizar a construção de indicadores de qualidade em saúde mental a partir da contribuição dos protagonistas do SUS, a saber: usuários e familiares, trabalhadores e gestores do dispositivo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.



Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de extravio das informações, constrangimento e conflito serão minimizados com a garantia da guarda dos registros dos grupos focais e as demais informações referentes ao estudo, em acesso restrito à pesquisadora, orientadores e pessoas envolvidas com o estudo. Será garantido também o anonimato no relatório final da pesquisa e nas publicações subsequentes. Em relação ao constrangimento e inibição, você tem garantido a retirada da pesquisa, em qualquer momento, sem prejuízos de qualquer tipo. Sobre a possibilidade de conflito, assegura-se que os grupos não objetivam encontrar respostas corretas. Assim, opiniões divergentes devem ser valorizadas e respeitadas. A pesquisadora estará atenta e buscará conduzir os grupos de maneira a mitigar potenciais incômodos e desconfortos. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Se em algum momento você se sentir desconfortável durante a realização do grupo focal, você tem o direito de ficar em silêncio.

Em relação aos potenciais benefícios com este estudo, as informações que o(a) senhor(a) fornecer serão úteis para qualificar o cuidado em saúde, podendo beneficiar os usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Caso haja dúvidas, constrangimento e necessidade de esclarecimentos, a pesquisadora coloca-se à disposição para orientações imediatas que se façam necessárias no que se refere à pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa e posterior publicações. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Pesquisadora responsável: Liliâne Morcelle de Almeida, enfermeira, mestranda do HESFA/UFRJ- lilianemorcellesmsrio@gmail.com - telefone: (21) 3155-7015

Orientador: Tiago Braga do Espírito Santo-
tbes81@gmail.com telefone:(21)28688236

Co Orientador: Clarissa Terenzi Seixas-
claseixas@gmail.com telefone: 0157278199

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar deste estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via



assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Pesquisadora:

1. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

2- Instituto Coparticipante: Comitê de Ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- Rua Evaristo da Veiga, 16- 4º andar- Centro - RJ CEP: 20031-040 - Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Responsável: Coordenadora Salésia Felipe de Oliveira

APÊNDICE VII – TCLE TRABALHADORES



Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - TRABALHADORES

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Indicadores de qualidade em saúde mental: a construção coletiva a partir dos protagonistas do sistema Único de Saúde**, que tem como objetivo geral: analisar a qualidade da gestão do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir da percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial. Os objetivos específicos serão: identificar e analisar a percepção de gestores, trabalhadores, usuários e familiares acerca da qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores em um Centro de Atenção psicossocial III na área programática 4.0 no Município do Rio de Janeiro; discutir qualidade do cuidado em saúde mental e o uso de indicadores a partir de seus protagonistas; propor indicadores de qualidade em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ).

A coleta de dados da pesquisa terá duração de 03(três) meses , com término previsto para o mês de maio de 2023.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em participação do grupo focal, por sua possibilidade de proporcionar um espaço de discussão acerca da qualidade do cuidado em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial III. A proposta do presente projeto de pesquisa é que, considerando os elementos abordados anteriormente acerca do cuidado em saúde mental, seja possível, no decorrer do processo, mobilizar a construção de indicadores de qualidade em saúde mental a partir da contribuição dos protagonistas do SUS, a saber: usuários e familiares, trabalhadores e gestores do dispositivo. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na



pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de extravio das informações, constrangimento e conflito serão minimizados com a garantia da guarda dos registros dos grupos focais e as demais informações referentes ao estudo, em acesso restrito à pesquisadora, orientadores e pessoas envolvidas com o estudo. Será garantido também o anonimato no relatório final da pesquisa e nas publicações subsequentes. Em relação ao constrangimento e inibição, você tem garantido a retirada da pesquisa, em qualquer momento, sem prejuízos de qualquer tipo. Sobre a possibilidade de conflito, assegura-se que os grupos não objetivam encontrar respostas corretas. Assim, opiniões divergentes devem ser valorizadas e respeitadas. A pesquisadora estará atenta e buscará conduzir os grupos de maneira a mitigar potenciais incômodos e desconfortos. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Se em algum momento você se sentir desconfortável durante a realização do grupo focal, você tem o direito de ficar em silêncio.

Em relação aos potenciais benefícios com este estudo, as informações que o(a) senhor(a) fornecer serão úteis para qualificar o cuidado em saúde, podendo beneficiar os usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde.

Caso haja dúvidas, constrangimento e necessidade de esclarecimentos, a pesquisadora coloca-se à disposição para orientações imediatas que se façam necessárias no que se refere à pesquisa.

Os dados coletados serão utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa e posterior publicações. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável:

Pesquisadora responsável: Liliane Morcelle de Almeida, enfermeira, mestranda do HESFA/UFRJ- lilianemorcellesmsrio@gmail.com - telefone: (21) 3155-7015

Orientador: Tiago Braga do Espírito Santo-
tbes81@gmail.com telefone:(21)28688236

Co Orientador: Clarissa Terenzi Seixas-
claseixas@gmail.com telefone: 0157278199



Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar deste estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Participante:

Assinatura da Pesquisadora:

1. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

2- Instituto Coparticipante: Comitê de Ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- Rua Evaristo da Veiga, 16- 4º andar- Centro - RJ CEP: 20031-040 - Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Responsável: Coordenadora Salésia Felipe de Oliveira



ANEXO I - TERMO DE ANUÊNCIA



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL CAPS III MANOEL DE BARROS

O Centro de Atenção Psicossocial III Manoel de Barros da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Indicadores de Qualidade em Saúde mental: A construção coletiva a partir dos protagonistas do Sistema Único de Saúde, sob a responsabilidade da pesquisadora Liliane Morcelle de Almeida, inscrita formalmente no curso de pós - graduação do Programa Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Coparticipante Secretaria Municipal de Saúde, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta unidade de saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.



Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e para a equipe de saúde da unidade onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anuente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 27 11 2022

Camila Marvila Luz Tavares
Coordenadora Administrativa
CAPS III Manoel de Barros
Mat 69/4 057 703-1 Rio de Janeiro

Camila Marvila Luz Tavares
Coordenadora Administrativa CAPS III Manoel de Barros