



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MAIZA QUIRINO DA SILVA

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O CUIDADO AO
INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

CAMPINA GRANDE/PB,

2014

MAIZA QUIRINO DA SILVA

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O CUIDADO AO
INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para a obtenção da Graduação em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

Orientador (a): Prof. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira

CAMPINA GRANDE-PB,

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586c Silva, Maíza Quirino da.
Concepções dos profissionais sobre o cuidado ao indivíduo psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [manuscrito] / Maíza Quirino da Silva. - 2014.
56 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira, Departamento de Enfermagem".

1. Reforma psiquiátrica. 2. CAPS. 3. Saúde mental. 4. Atuação profissional. 5. Psicologia. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

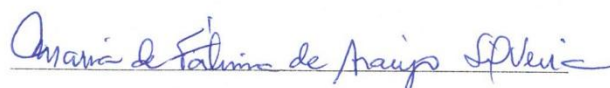
MAIZA QUIRINO DA SILVA

CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O CUIDADO AO USUÁRIO
EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba como
requisito para a obtenção da Graduação em
Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.


Orientador (a): Prof. Dra. Maria de Fátima de
Araújo Silveira

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Mércia Maria Paiva Gaudencio

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Divanda Cruz Rocha

Faculdade de Ciências Médicas- FCM

DEDICATÓRIA

Dedico a conclusão deste trabalho e toda a estruturação dele a Deus, que me sustentou nos momentos de adversidade, a quem pedi socorro quando houve o agravo das solidões, da falta de paciência, do esgotamento dos pensamentos, da fraqueza de raciocínio. A Ele, que encontro no meu íntimo, quando em silêncio reconheço sua presença na beleza da Criação, na simplicidade e na grandiosidade do Universo.

Aos meus pais, a quem devoto admiração, onde encontro o exemplo de força, humildade, persistência, resistência e afeto!

AGRADECIMENTOS

Agradeço mais uma vez a Deus pelo sustento e por fazer com que o universo, através de suas boas energias e belezas, fizesse a paz se alojar no meu íntimo.

Aos meus pais, Marlene e Noel, por sua infinita bondade e dedicação.

Às minhas irmãs Mariza e Marly (Ly), por serem minhas companheiras, mesmo que com ausência de paciência, mas com amor.

Aos meus sobrinhos Mayke e Davi, por transmitirem a bondade das crianças.

A Wandelson e Alex pela consideração.

A minha tia Marcileide por estar tão presente nos momentos que mais precisei. Sua presença me deu um respaldo de companhia materna!

Às minhas tias Marcilene e Marinalva, pelas tardes de domingo, pelos banquetes, pelas alegrias, pelas cenas cinematográficas de comédia em família.

Aos meus avós maternos, Cícero Quirino e Lourdes Guimarães, e a avó paterna, Maria Guimarães, pela recepção sempre calorosa.

Aos demais familiares pelo acolhimento, pelas oportunidades do sorriso, do abraço e ajudas de todas as formas.

Aos meus primos, pela amizade.

A Jonnat, mais que primo, sempre irmão, com uma empatia e paciência incríveis!

Às minhas amigas Patrícia e Maria de Jesus, pela irmandade, pelo carinho, pela companhia nos momentos bons e ruins. Guardo de vocês tantas lembranças, mas tantas, que a emoção não se sustenta perante a gratidão!

A Lídia, pelo abraço, pela portas da casa abertas, para compartilharmos momentos descontraídos e difíceis. Admiro demais essa sertaneja!

A Jaene, que sempre foi minha companheira nos debates e discussões. Além disso, compartilhamos de momentos hilários nas tarde e noites na universidade.

A Maria do Socorro Souza e Fernandinho Souza pela pureza e bondade. Vocês moram no meu coração!

Aos meus amigos Vladimir Matos do Ó e William Soares, pelas histórias, pelo incentivo, pelas risadas no momento em que as agonias pareciam mais fortes. Vocês também fazem parte da minha história! Acho que vocês acreditam mais em mim do que eu! Nosso escritório é na rua (risos)!

A Heleno de Freitas, que abriu as portas de sua casa e me ofereceu abrigo logo quando me mudei. Não sei como teria sido no início sem sua generosidade.

A Jéssica, Yolanda e Angela, que me receberam para que juntas pudéssemos dividir a mesma moradia e, a partir disso, construirmos uma boa amizade. Aquelas risadas de tirar o fôlego, as os desastres no domicílio, as boas experiências, estão alojadas na memória com alegria e se sobrepõem aos estresses e momentos tristes.

A Paula, Pablo, Iara e Dalvina, que me receberam em suas casas e transmitiram a luz das pessoas bondosas e amáveis.

A todos da academia Weider, que me proporcionaram momentos felizes e onde pude esquecer, mesmo que momentaneamente parte dos problemas, seja pelo bem da atividade física, seja pelas amizades, conversas e sorrisos.

A Profa. Lannuzya Oliveira por no último minuto do segundo tempo, me fazer sorrir e sentir paz. Isso não tem preço!

A Profa. Fátima Silveira, pela orientação. Gostaria que soubesse que apesar dos desentendimentos reconheço sua paciência e importância nesse trabalho. Atritos existem em toda e qualquer relação, mas tenho terna gratidão!

A Profa. Mércia Gaudêncio e Profa. Divanda Cruz, que prontamente concordaram em participar da banca, com emergente atenção. Admiro vocês, com toda sinceridade que há!

À Natureza, que nos presenteia com beleza, simplicidade e sofisticação. Através dos bichos, das plantas, das rochas, da terra, da chuva e do calor do sol, faz desabrochar em minha vida a unidade com o universo, cultivando a paz, o conhecimento e a sensibilidade para compreender os eventos e as pessoas.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o enriquecimento das minhas experiências e aprendizados.

Por tanto amor, por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz, manso ou feroz
Eu, caçador de mim
Preso a canções
Entregue a paixões
Que nunca tiveram fim
Vou me encontrar longe do meu lugar
Eu, caçador de mim.

(Milton Nascimento)

Tudo tem começo, recomeço, meio e fim: o bem e o mal, a alegria e a tristeza. Tenha ânimo!

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica foi o movimento social e político, cuja proposta principal visava à redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de atenção extra-hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e as Residências Terapêuticas, a fim de promoverem a reformulação do cuidado. Este trabalho teve por objetivo conhecer as concepções dos profissionais no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), modalidade II. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de tipologia exploratória, descritiva e transversal. A escolha da amostra deu-se de forma não probabilística, constituída por acessibilidade, composta por cinco profissionais, do sexo feminino. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, cujos discursos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, donde se originaram três categorias: compreensões a respeito da loucura e o louco; concepção do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico; e, experiências com o cuidado no Caps. Espera-se que esta pesquisa contribua para a compreensão de como as concepções dos profissionais são importantes na elaboração da assistência e a forma como isso interfere na qualidade do atendimento em Saúde Mental.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica, concepções, profissionais.

ABSTRACT

The psychiatric reform was the social and political movement, whose main proposal aimed at the reduction of beds in psychiatric hospitals and the creation of extra-hospital care services, such as Psychosocial Care Centers (CAPS) and the Therapeutic Residences in order to promote the redesign of care. This study aimed to identify what the professionals in the care to individuals in psychical suffering in the Psychosocial Care Center (CAPS), II. Dearl is a qualitative research, exploratory type, descriptive and cross. The choice of the sample was given a non-probabilistic pattern, consisting of accessibility, composed of five professionals, female. The data collection technique was the semi-structured interview, whose speeches were analyzed using content analysis, from which originated three categories: comprehension about madness and crazy; conception care users in psychological distress; and experiences with care in Caps. It is hoped that this research will contribute to the understanding of how the views of professionals are important in the development of care and how this affects the quality of care in mental health.

KEYWORDS: Psychiatric Reform, conceptions, professional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 A “LOUCURA” E O “LOUCO” NA HISTÓRIA.....	14
2.2 AS INSTITUIÇÕES DE INTERNAÇÃO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	18
2.2.1 <i>Os manicômios ou hospitais psiquiátricos.....</i>	<i>18</i>
2.2.2 <i>A Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos.....</i>	<i>21</i>
3 METODOLOGIA.....	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1 CONCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO	30
4.1.1 <i>COMPREENSÕES A RESPEITO DA LOUCURA E O LOUCO.....</i>	<i>30</i>
4.1.2 <i>PERCEPÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAPS.....</i>	<i>32</i>
- <i>O cuidado no Centro de Atenção Psicossocial.....</i>	<i>33</i>
- <i>Perspectivas sobre a recuperação e ressocialização do usuário.....</i>	<i>36</i>
4.1.3 <i>EXPERIÊNCIAS COM O CUIDADO NO CAPS.....</i>	<i>38</i>
- <i>Atitudes dos profissionais nas experiências com o cuidado.....</i>	<i>39</i>
- <i>Pensamentos ou sentimentos elaborados a respeito das experiências no cuidado ao usuário.....</i>	<i>42</i>
5 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXO I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50
ANEXO II- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ	53
APÊNDICE I- QUESTIONÁRIO 1- DADOS INSTITUCIONAIS	55
APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL	56
APÊNDICE III- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	57

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é considerada o Movimento Social e Político que foi desencadeado em alguns países, como alternativa à reformulação do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico. Este movimento provocou mudanças, tanto a nível federal, como estadual e municipal (BRASIL, 2005).

A criação de hospitais psiquiátricos representava um fato apaziguador para a sociedade, pois cerrava em seus muros a desordem. O manicômio garantia a ordem pública e social, no entanto, a confinamento culminava na perda de identidade e da dignidade, o que promovia a cronificação. A institucionalização da loucura representava um impacto social, quanto político e econômico (ROCHA, 2009).

O advento da Reforma se deu na Europa, mais especificamente, em Trieste, Itália, sob a direção de Franco Basaglia. O movimento foi denominado Psiquiatria Democrática italiana e nos demais países assumiu desdobramentos expressivos no sentido de reorientar a assistência em Saúde Mental. Na Inglaterra, foi elaborada sob o contexto dos movimentos da contracultura e antipsiquiatria, tendo em vista os tratamentos agressivos e desumanos aos quais eram submetidos os indivíduos chamados de loucos. A antipsiquiatria previa a extinção dos manicômios e a eliminação da ideia de doença mental e era capitaneada por David Cooper, Ronald Laing e o próprio Basaglia (OLIVEIRA, 2011; PEREIRA *et al.*, 2011).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi influenciada pelos movimentos iniciados por Basaglia, na Itália, em 1971, cuja base norteadora era o fechamento dos manicômios. Basaglia acredita ser possível a construção de uma nova rede assistencial que viabilizasse qualidade no cuidado ao paciente em sofrimento psíquico. Ele foi o autor da Lei 180 de 1978, conhecida como lei Basaglia, que estruturou a Reforma Psiquiátrica Italiana e preconizava a proibição da construção de novos hospícios, a fim de que os recursos neles investidos fossem direcionados para a criação e manutenção de serviços abertos, como hospitais-dia, lares abrigados e leitos psiquiátricos, em hospitais gerais (ROCHA, 2009).

A trajetória da RPB perpassa por movimentos sociais que eclodiram em 1978. Iniciou-se como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado o principal movimento para denúncia da violência nos manicômios, mercantilização da loucura e hegemonia do saber médico. Em seguida ocorreram a 8ª Conferência de Saúde, em 1986, que

colocou em pauta a questão da Saúde Coletiva; e , em 1987, 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que marcou o início da desinstitucionalização. No mesmo ano, ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo tema era “Por uma sociedade sem manicômios”. Daí em diante, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu os princípios do SUS, os eventos desencadeados culminaram na estruturação de uma rede assistencial que viabilizou a construção de serviços que promovessem o atendimento psicossocial ao indivíduo. E, neste contexto começaram a surgir as propostas de atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sendo o primeiro construído em São Paulo, em 1987 (BRASIL, 2005; ROCHA, 2009).

Em 1989 ocorreu a intervenção no hospital psiquiátrico, a casa de Saúde Anchieta, em Santos, cujo “tratamento” provocava maus tratos e mortes dos pacientes. Os acontecimentos em Santos mostraram que a Reforma era uma realidade e não somente algo passível de descrição teórica, transitória. Outro marco importante da Reforma Psiquiátrica no Brasil em 1989, foi a apresentação do Projeto de Lei (PL) 3657/89 do deputado Paulo Delgado, que regulamentava os direitos à pessoa com transtorno mental, bem como a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

O PL passou 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, pois somente em 2001, é sancionado como lei nº 10216. Ela não prevê a extinção dos manicômios, no entanto, propõe que os indivíduos em sofrimento psíquico recebam assistência em serviços comunitários de saúde mental, através da rede extra-hospitalar, que inclui os Caps e as residências terapêuticas (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica representou a reformulação da visão a respeito da Saúde Mental. A partir deste momento, o indivíduo em sofrimento psíquico passou a ser considerado de forma integral, de modo que sua assistência fosse de encontro às suas necessidades e, não

somente à doença. A ideia é reabilitar para que usuário tenha seus direitos reconstruídos, à medida que se reconhece em seu próprio corpo tanto na dimensão afetiva, quanto emocional e comportamental, sendo tratado, como sujeito e não como objeto (ROCHA, 2009).

Considerando, que a formulação de concepções e percepções a respeito das coisas, situações e pessoas contribuem para a elaboração da assistência, esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer as concepções dos profissionais no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A “LOUCURA” E O “LOUCO” NA HISTÓRIA

Os conceitos sobre loucura variaram ao longo da história e misturaram-se com a visão que o ser “louco” obteve nas diferentes sociedades nas quais viveram. A definição do ser humano como “louco” esteve associada a atitudes de marginalização da irracionalidade que era característica de quem, por algum motivo, apresentava comportamento desviante das normas pré-estabelecidas. A loucura adquiria imagens que permeavam o imaginário das pessoas, sendo refletida nos diferentes níveis de percepção e contextos.

Para Rocha (2009), embora não houvesse Psiquiatria na Antiguidade e os transtornos mentais, não fossem descritos, sob o termo de doença mental, as perturbações psíquicas eram constantes e o sofrimento inevitável. Millani e Valente (2008), afirmam que a loucura é tratada como fenômeno, juntamente com outras doenças, na Grécia e Roma Antiga e associada a manifestações divinas e demoníacas que se apossavam dos corpos humanos. Estas conceituações estavam ligadas à prática religiosa e a consideração do sagrado que incidia sobre a vida das pessoas.

Nos tempos da Inquisição, a loucura foi entendida como manifestação do sobrenatural, demoníaco e até satânico, e classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores, tal como se praticava com os hereges. Em virtude do forte poder da Igreja, o movimento de caça às bruxas, liderado pela Inquisição, objetivava manter a aceitação e a concordância da crença religiosa. Assim, os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã eram considerados loucos, bruxos e feiticeiros, servidores do mal e de forças malignas (MILLANI; VALENTE, 2008, p.3)

Os indivíduos que ameaçassem a ordem social também poderiam ser vítimas da animalização atribuída à loucura e, portanto, loucos. Ao que parece, a concepção de pureza que era impetrada nos homens acabou por conduzi-los a uma condição de opressores sobre os que eram considerados impuros. Na verdade, estes processos são permeados por relações de poder que se estendem até a atualidade e são refletidas nas diversas formas de convivência da sociedade. A instituição religiosa detinha o poder e a verdade, logo a ela deveriam estar submissas as condutas.

Estas relações de poder podem ser vistas nas idéias de Michel Foucault , descritas em “A Microfísica do poder”:

Por outro lado, estamos submetidos à verdade também no sentido em que ela é lei e produz o discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz ao menos em parte, efeitos de poder. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2013, p. 279).

Já a partir da Idade Média até as Cruzadas, a lepra se espalha no mundo e, assim como a loucura passa a ser vista sob a égide da exclusão. Os leprosários são construídos e são tomados como refúgio para este grupo marginalizado da sociedade. Ao final da Idade Média a lepra desaparece do mundo e do século XIV ao XVII ocorre a espera do despontar no mundo de uma encarnação deste mal, que seria alvo do medo, dos processos de purificação e exclusão (FOUCAULT, 2012; MILLANI; VALENTE, 2008).

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo período de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede a lepra nos tempos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente (FOUCAULT, 2012, p.8).

O fato é que, durante muito tempo a Medicina parecia imersa no empirismo quando posta diante da busca pelo desvendamento da loucura, pois não conseguia incluí-la na nosologia classificatória, muito menos demonstrá-la por meio da anatomia patológica. Eis um grande desafio à ciência: conhecer os mecanismos pelos quais a loucura acontece (MILLANI; VALENTE, 2008).

Ao longo do Renascimento, viu-se a formação de histórias simbólicas que perpetuaram a ideia de marginalização e exclusão dos indivíduos, cujo comportamento era considerado nocivo à estabilidade da sociedade. Foucault (2012a) e Millani e Valente (2008) discorrem sobre “A nau dos loucos”, que eram navegações (barcos) encarregadas da retirada dos loucos das cidades, a fim de manter a segurança.

Apesar disso, foi ao longo do Renascimento que o sofrimento mental foi romantizado e, a partir de então, a loucura passou a ser expressa nas artes e obras literárias, indicando a profundidade dos pensamentos daqueles que tinham transtorno psíquico. Isso faz com que a loucura, exista dentro de cada homem, porque é constituída do apego que o ser demonstra por si mesmo e por suas ilusões (SOLOMON, 2010; FOUCAULT, 2012a).

Foucault (2012a) faz menções da loucura nesta fase como algo que adentra o universo da moralidade, ou seja, daquilo que é errático e defeituoso. Não é à toa que a *Nau dos Loucos* tinha como passageiros os avaros, os delatores, bêbados, devassos, luxuriosos ou qualquer um que incutisse em sua conduta irregularidades que ameaçassem a ordem e a decência da sociedade. A loucura conduzia o rol das fraquezas humanas.

No século XVII a exclusão que circunda a “loucura” ganha outros rumos. São construídos os estabelecimentos que visavam o cerramento dos indivíduos loucos. Sem nenhuma distinção da situação dos que eram levados a estes estabelecimentos, eram feitos verdadeiros amontoados de pessoas nestes locais, o que evidencia, unicamente, que seu objetivo vislumbrava a segregação da parcela “normal” da sociedade daqueles que podiam perturbar a ordem, a segurança e a “pureza”. No início, eram chamados de “casas de internação” e a elas estava destinado o abrigo de mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, eclesiásticos infratores e os próprios loucos (MILLANI; VALENTE, 2008). Segundo Michel Foucault, a partir do século XVII, a loucura foi naturalizada no internamento.

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético — de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI, uma figura que a Idade Média não teria reconhecido (FOUCAULT, 2012, p.56).

Nestas instituições eram delegados os espaços para os “inimigos da boa ordem” e estavam ali, sem distinções de condições, de comportamento. Bastavam ter o rótulo de “impuros” para estarem cerrados em condições desumanas. Misturaram-se pobres, violentos, loucos — ou até mesmo estas designações eram destinadas um único indivíduo— como forma de unir o “desfavor” da vida em uma designação única. Neste momento expõe-se um questionamento levantado por Foucault (2012b) que diz respeito a: que tipo de sensibilidade foi destinada a loucura, numa época que foi vista sob os privilégios da razão?

Em 1656 foi criado o Hospital Geral em Paris. Apesar de ser chamado “hospital” esta instituição não tinha as características das instituições hospitalares de oferecer serviços médicos. Este local tinha função política e da polícia. Tinha a pretensão de tirar das ruas os ociosos, que perambulavam pelas cidades, considerados inúteis — incluindo os loucos— a fim de conceder-lhes ocupações com baixa remuneração e de forma obrigatória. Ou seja, o Hospital tinha uma significação econômica e moralista. Somado a isto, sua função também era pautada na repressão que fortalecia a exploração e indiferença (MILLANI; VALENTE, 2008; FOUCAULT, 2012b).

No século XVIII, o Hotel Dieu, também não oferecia cuidados médicos para os que eram internados e os indivíduos seguiam em péssimas condições, o que culminou em revoltas que impulsionaram as mudanças assistenciais, pois essa proposta de privação de liberdade das pessoas, acabou por provocar situações que afetavam o Estado do ponto de vista econômico (MILLANI; VALENTE, 2008).

Os séculos que seguiram foram marcados pela evolução dos modelos de assistência nos diferentes países, passando pelo cotidiano dos manicômios até a Reforma Psiquiátrica.

Finalmente, percebe-se que durante muito tempo a loucura foi considerada junta às classes sociais desfavorecidas, isto é, a loucura era uma marca da pobreza ou ser pobre era condição para estar entre loucos, como se estas duas situações não pudessem afetar quaisquer indivíduos, seja no campo objetivo, seja no subjetivo. Até os intelectuais eram rotulados de loucos por não estarem de acordo com as regras impostas pelo sistema. Muitos foram encarcerados e maltratados, por estruturarem o movimento da contracultura e, posteriormente pelo tratamento dispensado nos manicômios, com a antipsiquiatria, movimento responsável por questionar o saber psiquiátrico que infringia preconceito na relação profissional/paciente (OLIVEIRA, 2011; ROCHA, 2009).

Aliás, em outros momentos a loucura não só foi associada com o desfavorecimento econômico, afetivo e emocional, mas também com os transtornos mentais severos como a esquizofrenia, que provocava o aparecimento de comportamentos desajustados. Posteriormente, com a criação do termo Saúde Mental, a loucura adquiriu outras histórias e o indivíduo dito “louco” passou a ter sua história valorizada, o contexto de sua existência e as condições de sobrevivência que o cercam considerados (COSTA JÚNIOR; MEDEIROS, 2007).

2.2 AS INSTITUIÇÕES DE INTERNAÇÃO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.2.1 *Os manicômios ou hospitais psiquiátricos*

Como foi explanado anteriormente, os primeiros locais que foram alocados como instituições para abrigar, não só indivíduos com transtorno psíquico, mas outros que pudessem ameaçar a ordem social, não tinham caráter médico. Sua função era promover a separação da parcela da população tida como “anormal”, dos “normais”. Foucault (2013, p. 171) afirma que “o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII”.

A partir do século XVIII, o hospital adquiriu também caráter terapêutico, o que caracterizava a Medicina Hospitalar, além de promover a segregação e exclusão dos indivíduos pobres ou doentes. Neste momento, era entendido que para curar, dever-se-ia segregar, pois seria através da observação das “crises” dos pacientes que os médicos fariam a prescrição da receita, além de atuarem como mediadores na busca pelo equilíbrio da Natureza (FOUCAULT, 2013).

Para Foucault (2013) as tentativas de medicalização dentro do hospital estiveram mais relacionadas ao controle das desordens que a reclusão hospitalar provocava do que mesmo ao tratamento da doença em si. Ele diz que a reformulação da assistência na direção do tratamento dos transtornos estabeleceu-se, em parte, por meio da disciplina.

Os mecanismo disciplinares são, portanto, antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado, até os séculos XVII e XVIII, quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão de homens. Fala-se frequentemente, das invenções técnicas do século XVIII —as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc.— mas, erroneamente, nada se diz da invenção dessa maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder susceptível de controlá-los (FOUCAULT, 2013, p. 180).

Desse modo, tanto o saber médico quanto a instituição hospitalar, passaram a estar atrelados à ideia de poder que culminava no controle dos corpos, que ia de encontro com a introdução da medicalização e imposição de regras como formas de tratar as desordens. Aliás, é a medicalização que vai possibilitar a disciplina, e ambas estarão relacionadas à importância econômica que o indivíduo assume a partir do momento que pode atuar como canal de

epidemias e os outros desajustes da Natureza que podem afetar, negativamente, a sociedade (FOUCAULT, 2013).

Segundo Basaglia *et al.*(1994), o médico assume papel de detentor do poder na instituição hospitalar. E, no caso dos hospitais psiquiátricos ele detém o poder “terapêutico”, “teórico”, “carismático”, “fantasmagórico” que o faz absoluto, tendo seu papel e posição definidos no contexto hierárquico de classes.

Diante desta descrição que apresenta o papel do hospital psiquiátrico e do médico na instituição hospitalar, reconhece-se quão decisivo este contexto se apresenta na relação com o indivíduo interno e a forma como isso interage no comportamento no âmbito das instituições totais. Sobre as instituições totais, Goffman (2013, p. 16) diz que “elas tendem a ter disposições para o ‘fechamento’”. Este “fechamento” implica na construção de barreiras que isolam o mundo do internado da convivência social, por meio de muros altos, portões fechados, arame farpado, fossos, água e florestas. Os manicômios estão entre as instituições totais, e seu objetivo está voltado para proteção da sociedade dos indivíduos incapazes de cuidarem de si mesmos e, por isso apresentam risco não-intencional à sociedade — os loucos.

Sendo assim, o manicômio ou hospital psiquiátrico é considerado uma instituição total e, portanto, rompe com as esferas da vida que levam o indivíduo a conviver em sociedade e a desempenhar suas atividades normais. A partir do momento que os indivíduos são colocados sob vigilância contínua, na convivência com um agrupamento de pessoas, sujeitas a uma autoridade única, fazendo atividades comuns, reguladas por regras e horários rígidos, visando atingir os objetivos oficiais da instituição, tem-se o controle das necessidades humanas e, portanto, a repressão do “eu” ou *mortificação do eu*, de onde podem advir conseqüências relevantes e importantes para a personalidade, pois sob esta situação, o indivíduo era levado a fazer substituições que significavam novas adaptações ao seu modo de vida como, por exemplo, cobrir as camas duras com jornais, transferência de objetos dentro de fronhas, que funcionariam como malas, transformação do lavatório da enfermaria em mesa de leitura e toalhas, em tapetes (GOFFMAN, 2013, grifo nosso).

Não bastassem essas condições que poderiam ser encaradas com naturalidade pelos usuários tendo em vista os processos adaptativos, o ambiente e as regras do hospital psiquiátrico recordam ao paciente que ele é só “mais um caso” de doença mental que sofreu um colapso no mundo externo, tendo fracassado e, portanto, de pouco peso social.

Dentro das instituições totais, o mundo parece reduzido e o isolamento dos indivíduos pode culminar numa introspecção que promove a reformulação das percepções e comportamentos como forma de adaptações emocionais e afetivas. O problema reside no fato de estas adaptações, muitas vezes, favorecerem a agressividade e a potencialização de transtornos pela privação da liberdade, da convivência. Neste ínterim, começam a misturar-se uma série de conceitos que levam em consideração as concepções do internado a respeito de si mesmo, as imagens criadas na relação do interno com o profissional, responsável por ele, e as crenças criadas como posicionamento ante o mundo externo e o interno, que fora reformulado, pelas mudanças profundas com as novas experiências (GOFFMAN,2013).

Destaca-se aqui uma transição: saída de um ambiente conhecido para o desconhecido. Penetra-se o universo dos rótulos, expresso na objetivação de ações que atribuem números a pessoas e a pessoa é tratada como número (expressão autêntica de perda de identidade). Não mais se reconhece a identidade nas roupas ou na preferência visual dada ao corpo. O corpo é tomado para ser de outro contexto por meio de controle rigoroso, metódico, como se não mais pudesse responder por si, sob a imposição de ordens e obrigações.

Então, estar em uma instituição total remete ao fato de perda. Perder culmina na elaboração de luto, como expõe Sigmund Freud e Melanie Klein, dois nomes da psicanálise. Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013), discorrem sobre o luto sob o ponto de vista de Freud e Klein e afirmam que estar enlutado não está relacionado apenas a morte física, mas a toda situação de perda que implica deturpações reais ou simbólicas de objetos significativos para o indivíduo. Assim, as perdas perpassam pela dimensão física e psíquica e, por este motivo, a submissão a uma instituição total recai como decisiva sobre a reformulação de concepções e de como o indivíduo percebe a si e o mundo.

Goffman (2013) expõe que essa percepção pode ser angustiante e a pessoa pode se sentir aliviada ou pior, diante da circunstância, considerando a sensação de abandono, medo, deslealdade e entrega ao desconhecido.

Pois,

A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente, organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam nosso interesse por esses estabelecimentos. E nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu (GOFFMAN, 2013, p. 22).

Segundo Rocha (2009) a instituição hospitalar visava o tratamento moral, isolando o doente mental em ambiente organizado que visava o controle, a regulação e normatização de sua vida.

2.2.2 A Reforma Psiquiátrica e os Serviços Substitutivos

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica foi um movimento que visou a reformulação do cuidado e, por meio deste ideal subsidiou a criação de uma rede de cuidado na comunidade, através dos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais (BRASIL, 2005).

A instituição destes serviços está pautada nos princípios do SUS, que prezam pelo acesso universal público e gratuito da assistência em saúde; a integralidade das ações, em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2005).

A reabilitação psicossocial é um dos grandes objetivos da Reforma. Segundo Rocha (2009), este termo diz respeito ao conjunto de ações que visam proporcionar a melhora da qualidade de vida dos que apresentam transtornos psíquicos por meio de atividades e meios que favoreçam a reinserção social, o desempenho de habilidades, a autonomia, o alívio das tensões advinda do sofrimento. Com este sentido, a cura não ocupa lugar primordial, mas a conquista da dignidade e a superação de situações incapacitantes se apresentam como importantes e significativas na reabilitação. De modo geral, a desinstitucionalização deve estar expressa na superação dos males potencializados pela segregação e reclusão.

E, os Centros de Atenção Psicossocial, especificamente, e em associação com os demais serviços substitutivos tem buscado proporcionar a efetivação do que é preconizado pela Reforma. De acordo com Rocha (2009), os Caps deverão estar habilitados ao acompanhamento dos usuários de forma intensiva, tendo em vista, que se destinam ao atendimento de clientes com transtornos graves e persistentes. Neles devem ser desenvolvidos programas terapêuticos que dêem subsídios à reabilitação.

A portaria de criação do CAPS também estabelece que haja a supervisão e capacitação das equipes de Atenção Básica, serviços e programas de Saúde Mental no seu âmbito, a fim

de que esta nova prática seja fortalecida e favoreça o trabalho integrado das equipes em prol da melhoria assistencial aos usuários em sofrimento psíquico (ROCHA, 2009).

Segundo a portaria que instituiu as modalidades de Caps, nº 336/2002, eles devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, que funcione de acordo com a lógica do território no qual está inserido. As três modalidades, Caps I, Caps II e Caps III, cumprem a mesma função no atendimento em Saúde Mental, distinguindo-se por características pontuais que serão descritas a seguir. O Caps II pode oferecer suporte para crianças, sendo chamado de CAPS i e para usuário de álcool e outras drogas, o Caps ad. As equipes que trabalham nos Caps devem estar capacitadas para priorizar o atendimento a usuários com transtornos severos e persistentes (BRASIL, 2002; ROCHA, 2009).

As atividades desenvolvidas nos Caps incluem a realização de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, etc.), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a reinserção familiar e social do usuário e oferta de refeições aos usuários. A equipe mínima deve ser constituída por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnico de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. A quantidade de profissionais está relacionado com a modalidade de Caps e a demanda (BRASIL, 2002).

O Caps I foi constituído para o atendimento em municípios com população de até 70 mil habitantes, cujo funcionamento deve se dá das 8h às 18 h, nos cinco dias úteis da semana; O Caps II, para a assistência nos municípios de até 200 mil habitantes, funcionando dois turnos, 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno, até as 21h; o Caps III deve ser instituído para atendimento a populações com mais de 200 mil habitantes e a assistência deve ser ofertada durante 24h, durante os dias úteis, fins de semana e feriados. Além disso, pode ofertar leitos observação do estado daqueles usuários que demandem maior atenção. Existe também a modalidade para atendimento a crianças adolescentes, gravemente comprometidos psiquicamente em uma população de até 200 mil habitantes, o Caps i II; e o Caps ad II, para o atendimento, aos usuários com transtornos decorrentes da dependência e abuso de drogas (ROCHA, 2009).

Os Caps devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos Caps o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o Caps é o núcleo de

uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005, p.27).

Para Brasil (2005), os Caps têm papel estratégico para RPB, pois articulam a assistência em saúde mental, em um determinado território, além de regular a porta de entrada da assistência aos usuários em sofrimento psíquico, evitando as internações em hospitais psiquiátricos. Os Caps se constituem instrumentos da Reforma, pois subsidiam o atendimento abrangente que permite assistência às crises, suporte social, orientação à família, alternativas de lazer e referência institucional.

A operacionalização da assistência, por meio do vínculo profissional/usuário, no Caps, é expressa na elaboração do projeto terapêutico. Para Brasil (2004), o projeto terapêutico é um processo constituído por momentos de atuação individual e em equipe, que visa discutir a situação do usuário, os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e avaliação dos resultados. O projeto terapêutico deve incluir ações que promovam o aumento da autonomia do usuário e a conscientização da família sobre o seu problema. Além disso, deve promover atividades que estimulem o sentido do cuidado de si, bem como a capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados.

Trata-se de um engajamento multiprofissional que possibilita a interação dos diferentes profissionais na compreensão da situação de saúde do indivíduo, bem como o compartilhamento de conhecimentos que favorecem a melhoria da assistência, de modo que as ações para intervenção na saúde, na doença e reabilitação, sejam reforçadas (BRASIL, 2004).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com caráter qualitativo. Segundo Bardin (2009), a pesquisa qualitativa suscita a busca e a compreensão do sentido dos discursos emitidos por outrem, além de permitir a realização de inferências pautadas na percepção da presença ou ausência, levando-se em consideração o âmago do dito — indo de encontro ao não dito — no contexto das subjetividades que compõem as experiências que são impressas nas palavras faladas. Bardin afirma que a pesquisa qualitativa corresponde a um processo intuitivo, maleável e adaptado, que recorre a indicadores não frequentiais.

Para Neves (1996), a pesquisa qualitativa compreende diferentes significações no âmbito das ciências sociais, sendo entendida com um conjunto de técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema de significados que estão imbricados em conceituações, ideias, pensamentos, opiniões, posicionamentos frente ao outro e ao ambiente no qual está inserido. Em pesquisas sociais, considerando as situações de marginalização explícitas ou implícitas na sociedade — fazendo um paralelo com a história da loucura ao longo dos tempos — a inquietação não diz respeito à estrutura social, mas sim aos processos sociais que culminam em comportamentos, organizações da comunidade por conceitos hierárquicos, segregação em guetos, agrupamentos por afinidade cultural, etc.

Esta pesquisa foi desenvolvida no Caps II Novos Tempos, localizado na cidade de Campina Grande-PB. Esta cidade possui população de 385.213 habitantes, segundo censo de 2010. Localizada na região oriental do Planalto da Borborema, possui uma área de 970 km², estando situada a 550 metros acima do nível do mar, Campina Grande fica a 130 km da capital João Pessoa (IBGE, 2010).

O Caps II Novos tempos, atende ao público constituído por usuários acima de 18 anos, com transtornos psiquiátricos que incluam distúrbios afetivos como depressão e transtorno bipolar; distúrbios ansiosos, como doença do pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), distúrbio obsessivo-compulsivo e distúrbio de estresse pós-traumático; distúrbios psicóticos, como a esquizofrenia (TOWNSEND, 2011). As atividades desenvolvidas no serviço são: oficinas terapêuticas, acolhimento, grupo de família, grupo terapêutico, atendimento psiquiátrico, psicológico e visita domiciliar. O horário de atendimento abrange o

turno diurno das 8h às 17h. A Portaria 336/2002, preconiza horário de funcionamento das 8h às 18h, podendo comportar um segundo turno, até as 21h.

A equipe deste Caps é constituída por psiquiatra, clínico, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, assistente social, pedagogo, técnico administrativo e auxiliar de serviços gerais. A equipe mínima preconizada em legislação inclui: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível, podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e pedagogo; e, seis profissionais de nível médio (BRASIL, 2002).

A escolha da amostra deu-se de forma não probabilística, ou seja, os profissionais foram contatados e participaram de acordo com a disponibilidade ou conveniência. Foi constituída pela equipe que oferece cuidado aos usuários, totalizando 05 profissionais, sendo o enfermeiro, psicólogo, um técnico de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e uma pedagoga. Os participantes serão identificados nos resultados com a letra P, seguida de um numeral correspondente à ordem de realização das entrevistas. Por motivo de falta de disponibilidade ou ausência por férias, o (a) médico (a) e o (a) assistente social não participaram da pesquisa.

Foram inclusos na pesquisa profissionais que trabalhem no Caps, maiores de 18 anos, independentemente da formação e sexo.

Como critérios de exclusão, determinou-se a menoridade, profissionais que não desejaram participar do estudo, ou profissionais que não façam parte do quadro da instituição, como professores que acompanham estágio na instituição.

Para a coleta dos dados institucionais, sócio-demográficos e profissionais foram aplicados questionários e, em seguida, foram formuladas perguntas que guiaram uma entrevista semi-estruturada, na qual os profissionais foram indagados quanto às experiências que tiveram com os usuários, qual a sua concepção sobre o cuidado no Caps.

Segundo Boni e Quaresma (2005), com a entrevista semiestruturada o informante tem a possibilidade de discorrer livremente sobre o tema proposto, por meio de respostas a perguntas abertas e fechadas. Neste sentido, o pesquisador define previamente as questões a serem abordadas, que devem ser aplicadas no contexto de uma conversa informal. No

momento oportuno, o entrevistador pode intervir no sentido de tornar a conversa direcionada ao objetivo do estudo, na tentativa de elucidar questões que não foram explícitas ou de retomar o contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha “fugido” do assunto. Nesse tipo de entrevista, há um direcionamento maior para o tema e ele é utilizado quando se deseja reduzir o número de informações, tendo em vista o foco para o alcance das metas.

Desse modo, os entrevistados foram submetidos aos seguintes questionamentos:

- O que você entende por cuidado em Saúde Mental?
- Quais as experiências sobre o cuidado ao usuário que você teve ao longo de sua vida profissional? Como enfrentou a situação e que pensamentos elaborou a respeito disso?
- Como você vê seu cuidado para com os indivíduos que são assistidos aqui? Gostaria de fazer algo e não fez?

As entrevistas foram gravadas com autorização prévia, para posterior transcrição e análise. Foram realizadas no mês de novembro de 2014. Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, os aspectos éticos que incluem riscos, benefícios e o sigilo das informações. Após preenchimento do questionário sócio-demográfico e profissional, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Consentimento para Gravação de voz, os entrevistados foram submetidos aos questionamentos em uma sala disponibilizada no serviço para esse fim.

As entrevistas foram analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo, cuja precursora é Laurence Bardin. Segundo Campos (2004), a Análise de Conteúdo é um método muito utilizado na apreciação de dados qualitativos e é considerado um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento.

Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante, que faz parte da etapa inicial da análise de conteúdo, chamada pré-análise, a fim de subsidiar a escolha dos documentos que fomentaram as discussões sobre os temas. Em seguida, foi feita a exploração do material, que consiste na codificação e recortes, a fim de extrair deles as unidades de registro e unidades de contexto. Para Bardin (2009), as unidades de registro podem ser: a palavra, o tema, o objeto ou referente, o personagem, o acontecimento e o documento. Para efeito deste estudo, optou-se pelo tema.

De acordo com Bardin (2009, p. 131), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Considerando ainda as palavras de Bardin, o tema, enquanto unidade registro, pode ser utilizada para estudar motivações, opiniões, valores, atitudes, crenças imbricadas em questionamentos, entrevistas, psicoterapia, testes, reuniões de grupo e comunicações de massa.

A etapa seguinte foi a categorização, que consiste na classificação dos elementos constitutivos dos discursos, por diferenciação, seguida de reagrupamento por analogias de sentidos dos temas. Foram suscitadas três categorias: compreensões a respeito da loucura e do louco; percepções do cuidado ao usuário no CAPS, com as subcategorias “o cuidado no CAPS” e “Perspectivas sobre a recuperação e ressocialização do usuário”; experiências com o cuidado no CAPS, com as subcategorias “atitude dos profissionais nas experiências com o cuidado” e “pensamentos ou sentimentos elaborados com as experiências”.

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba sob o protocolo 38264314.3.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto da Reforma Psiquiátrica, Campina Grande, na Paraíba, é conhecida nacionalmente por ter aderido a este movimento nos seus primórdios. O processo de desinstitucionalização no município, como em outras cidades do país, sofreu forte impacto após a criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria). O PNASH é um instrumento de avaliação que permite aos gestores a realização do diagnóstico da qualidade da assistência nos hospitais psiquiátricos, com o intuito de verificar se o atendimento hospitalar está de acordo com as normas do SUS (BRASIL,2005).

A demanda de Saúde Mental em Campina Grande era recebida pelo Hospital Dr. Maia e pelo Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF. Após avaliação negativa do PNASH/Psiquiatria do ICANERF, teve início o processo de desinstitucionalização, com descredenciamento do Sistema Único de Saúde e fechamento da instituição. Os egressos deste hospital passaram a ser assistidos nos serviços substitutivos implantados pela Secretaria de Saúde de Campina Grande.

Atualmente, a Rede de Atenção à Saúde Mental de Campina Grande está constituída por cinco centros de atenção psicossocial, sendo um Caps ad, no bairro Alto Branco; Caps II Novos tempos, no Catolé; Caps III Reviver, no Centenário; Caps i Viva gente e Caps II Centro Campinense de Intervenção Precoce, ambos no bairro da Prata, uma Unidade de Emergência Psiquiátrica e seis residências terapêuticas (BRASIL, [s.d]).

A amostra foi constituída apenas por indivíduos do sexo feminino, casadas (40%) e solteiras (60%), com idades compreendidas entre 31 e 52 anos. Estes dados assemelham-se ao estudo realizado em Fortaleza, no qual havia predominância do sexo feminino (71%), no estado civil solteira (40%) e faixa etária compreendida entre 35 e 45 anos de idade, evidenciando a maturidade no perfil dos profissionais que trabalham no CAPS. Além disso, o fato de a maioria ser solteira corrobora a ideia que os indivíduos têm priorizado a carreira profissional e a estabilidade econômica, para só então constituir família (JORGE *et al.* 2007).

Quanto à incorporação da mulher no mercado de trabalho, Hoffmann e Leone (2004) afirmam que a partir da década de 1990 houve uma crescente inserção da mulher como força de trabalho. O fato de haver maior quantidade de mulheres no trabalho em saúde, tem uma característica significativamente qualitativa, considerando-se que o sexo feminino é marcadamente responsável pelo cuidado com destreza, paciência e dedicação (MACHADO, 1989 *apud* AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Quanto ao nível de escolaridade, três possuem pós-graduação (sendo uma *stricto sensu* e duas *lato sensu*), uma profissional com ensino superior incompleto e uma com ensino médio completo, evidenciando uma qualificação para o mercado de trabalho (JORGE *et al.*, 2007). Sobre o tempo de profissão, há uma oscilação entre 5 e 29 anos de exercício profissional.

Sobre as atribuições desenvolvidas por estes profissionais, segue a descrição, cedida pelos mesmos:

- Enfermeira: possui dois anos de atuação no CapsII, realiza oficinas terapêuticas, acolhimento, visitas domiciliares e coordenação do serviço;
- Técnica de Enfermagem: atua como técnica de referência, essa designação é usada para se referir ao profissional responsável pelo monitoramento do usuário, elaboração do projeto terapêutico, contato com a família e avaliação das metas que foram traçadas no projeto. Além disso, realiza visitas domiciliares aos referenciados e participação na direção das oficinas terapêuticas. A técnica possui nove anos de atuação no Caps II;
- Pedagoga- realiza atividades relacionadas ao acolhimento, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares e seu tempo de atuação no Caps II, situa-se em um ano e dez meses;
- Psicóloga- realiza acolhimento, atendimento psicoterapêutico individual, grupo terapêutico, escuta a usuários e familiares. O tempo de atuação no Caps II compreende seis meses;
- Auxiliar de serviços gerais – Responsável pela limpeza do serviço, há oito anos exerce a profissão no Caps II.

4.1 CONCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO

A Reforma Psiquiátrica proporcionou mudanças de pensamentos no que diz respeito ao cuidado e reescreveu o papel dos profissionais na assistência, na medida em que o objeto da Saúde Mental é conduzido para uma abordagem psicossocial, em detrimento da visão biomédica que cristalizava o tratamento no diagnóstico, na medicalização e na internação em instituição Psiquiátrica (ROCHA, 2009). O cuidado foi transpassado por essa mudança de paradigma e percorreu caminhos que se inserem desde sua concepção no manicômio até a criação do Caps.

Portanto, diante da Análise dos discursos dos profissionais emergiram três categorias, que seguem: compreensões a respeito da loucura e o louco, percepção do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico no Caps e experiências com o cuidado no Caps.

4.1.1 COMPREENSÕES A RESPEITO DA LOUCURA E O LOUCO

Esta categoria reúne discursos sobre a loucura que irão oferecer subsídios para as concepções do cuidado no CAPS. Ao longo das falas, os profissionais expressam suas compreensões da loucura no cuidado ao usuário. A loucura é compreendida sob a égide da abordagem psicossocial. E, não é uma questão de considerar “a loucura” isoladamente, mas dar vida ao indivíduo que tem o sofrimento psíquico, não como um “louco”, mas como alguém que tem uma sensibilidade elevada, que experimenta uma condição humana, que possui uma história, que pode conviver e superar sua situação.

E hoje se estuda tanto essa loucura generalizada, partindo dessa condição humana,... a loucura ta entre nós (P1)

A gente pensava assim: “Aquele já nasceu doido”... Mas, hoje a gente vê que qualquer um de nós, agente ta exposto a ter um transtorno, a evoluir pra um transtorno (P2)

Foucault (2012, p. 33) diz que “em grande escala, tudo não passa de loucura; em pequena escala o próprio todo é loucura”. Ele ainda afirma que a loucura é o que é pela frágil razão dos homens.

O acolhimento e a escuta são entendidos como meios de dar suporte à loucura.

Eu acho que até hoje eu tenho conseguido suportar a loucura diante de mim... Eu acho que é poder até me esvaziar pouco um de tudo, para poder acolher, esse suportar é isso. Suportar também, no sentido de dar suporte, de acolher...Eles têm uma sensibilidade muito grande... (P1)

A loucura fascina o homem em todo o tempo. Ela é encarregada de construir imagens já existentes em nosso âmago e de transmitir ao mundo o que é inacessível e o que é secreto (FOUCAULT, 2012).

Alguns autores consideram a mente torturada pela loucura, mais valorosa, pois é como se esta favorecesse a aproximação de Deus, à medida que inspirava para o afloramento da inteligência. Sem ser desconsiderada como uma condição de sofrimento, durante algum tempo a loucura passou a ser considerada sob a égide do aperfeiçoamento da mente (SOLOMON, 2010). O sofrimento mental parece dar lugar ao desenvolvimento e expressão dos talentos internalizados. Por isso, a loucura se configura um paradoxo. Alguns profissionais relatam admiração ao ver a engenhosidade das obras dos usuários.

Não é à toa que a loucura por um bom tempo foi tido como os iluminados, os profetas, os que diziam... Eles veem as coisas, assim, escancaradas, na cara e eles vão dizendo... Talvez o viés de saída deles fosse aquela a poesia, a escrita, a pintura... Era uma forma de ele se colocar ali e se sustentar naquilo, não se desmoronar, porque deve ser muito difícil, ser um louco nessa sociedade, onde se cobra determinada coisa e você não consegue dar conta (P1)

Porque eles assim, você for ver o que, que eles produzem nas oficinas você vai ficar assim, de boca aberta porque eles produzem coisas interessantes que a gente diz: “Meu Deus, eu não acredito que isso é um usuário que faz” (P2).

O usuário é considerado digno de todo cuidado possível, no sentido de promover seu bem-estar, pautado na acolhida humanizada, no ambiente que favoreça o exercício de suas potencialidades e que lhe ajude superar as dificuldades, principalmente a marginalização que é expressa no preconceito. Rocha (2010) expõe que esse preconceito provoca uma dicotomia: loucos, irrecuperáveis e indivíduos absolutamente sadios. Esta questão ainda é real e potencial, mas é necessário que se considere a reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico e que isso seja feito de forma integral e compreensiva.

Eu acho ele, aquela coisa... delicada, sabe... mesmo que esteja agressivo e tudo, a gente vê, a gente sabe que é uma pessoa que precisa muito, que a gente precisa realmente (P1).

Eles trazem muito a questão do preconceito aí fora, da dificuldade com a família, de assim de perder, realmente, o nome e ser chamado como doido, como louco... A gente tenta mostrar para eles: “Não, as pessoas tem essa visão, mas vocês têm que mostrar o contrário. Que o fato de você tomar medicação, não quer dizer que você vive em surto” (P4).

4.1.2 PERCEPÇÕES DO CUIDADO AOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CAPS

Esta categoria abrangerá os discursos dos profissionais, que abordam as concepções sobre o cuidado no Caps, ou seja, o que eles consideram como cuidado em Saúde Mental, quais as ações envolvidas que se configuram em maneiras de cuidar no contexto psicossocial. Foram elaboradas duas subcategorias. Uma tratará das concepções sobre o cuidado no Centro de Atenção Psicossocial e a outra, abordará as perspectivas dos profissionais, sobre este cuidado, a partir das ações por eles desenvolvidas no serviço substitutivo.

O cuidado no Centro de Atenção Psicossocial

A concepção dos profissionais sobre o cuidado no Caps inclui a escuta, a abordagem diferenciada que não deixa o usuário à deriva de seus próprios problemas, a inclusão da família. Os profissionais consideram este o grande diferencial na assistência psicossocial. Além disso, o direito de ir e vir, a oportunidade da fala e oferta de um atendimento humanizado, contribuem para a melhora significativa do usuário.

O profissional concebe a escuta como terapêutica e associa este fato às oportunidades que a reabilitação psicossocial no novo paradigma para a assistência em Saúde Mental, tem possibilitado. Isso está evidente na frase “*eu acho que o que diferencia cuidado em Saúde Mental, é essa escuta*”. A partir do momento que o usuário é escutado, a atenção faz emergir a questão do vínculo.

Eu acho que o que diferencia o cuidado em Saúde Mental é essa escuta, que a gente investe muito nela, pelo menos na nossa realidade. A questão do vínculo, que eles conseguem ter com o serviço, não como um objeto, que é jogado lá na hora que tá dando trabalho em casa, eles são jogados... (P1)

O Caps é visto como um local que possibilita socializações. Nesse discurso a socialização é entendida como a possibilidade de conviver em harmonia com todos. O profissional percebe o cuidado no CAPS como uma forma de apresentar aos usuários seus direitos e deveres, de modo que estes compreendam regras para a boa convivência.

Ela conseguiu se socializar. Por exemplo: sabe usar um celular. Antes, vivia presa numa cela e as pessoas tinham medo dela. Hoje, ela lhe abraça, ela consegue conversar com você, normalmente... Sabe os direitos, os deveres, entendeu!?! (P2)

Primeiro, aqui eles têm uma atenção por parte da equipe, eles são escutados, eles são bem vistos, eles tem o tratamento mais humanizado, mais direcionado. (P4)

O cuidar hoje, em Saúde Mental, pra mim, tá no momento, no ouvir, no parar para ouvi-lo, é o primeiro passo do cuidado, você parar pra ouvir (P5)

Para Neves (2007) escutar não é apenas um mecanismo que envolve o funcionamento dos sentidos. Logicamente, que este é um aspecto essencial, mas escutar implica apreender conhecimento e inseri-lo num sistema de relações. Escutar tem a ver com subjetividades. Rocha (2009) diz que o cuidado psicossocial promove a autonomia, enriquece as diferenças, o acolhimento, a escuta.

Sobre o cuidado prestado no Caps, os profissionais enfatizam o direito à fala. De acordo com os entrevistados, o usuário pode ser estimulado a falar durante as reuniões, expôr suas queixas, suas opiniões, defender seus interesses, reafirmar as regras do convívio. O profissional considera que o ato de falar pode propiciar o entrosamento com o grupo, na identificação dos problemas e na sua resolução.

Eles têm o direito de questionar, de se posicionar e a gente tentar junto com eles, melhorar o serviço, melhorar o atendimento...Então, uma coisa que, pra eles tem sido positiva, é justamente a questão da escuta... (P4)

Quanto ao fato de pegar ônibus, ir às festas, essas situações refletem o desenvolvimento da noção de responsabilidade que deve ser creditada ao usuário que foi liberto dos muros do manicômio e passa a se reconstruir nas suas escolhas, no responsabilizar-se por si (MACEDO; SILVEIRA; EULÁLIO, 2011).

A atenção psicossocial é ampla e inclui os aspectos que caracterizam a aquisição de autonomia por parte do usuário. O cuidado engloba não só a manutenção da integridade física, mas também inscrevê-lo nos ambientes sociais, de modo a garantir-lhe o bem-estar de se sentir livre.

A vida dela hoje é outra, ela vive normalmente, pega ônibus, vai à festa, por exemplo, convive com os familiares, entendeu?... É como se fosse assim, 50 % o CAPS e 50% a família... Porque a gente faz aqui,

*se a família não continuar em casa, o tratamento não vai pra frente...
(P2)*

Para o profissional, incluir a família no cuidado ou nas ações referentes à recuperação do usuário pode ser considerado uma das situações importantes presente no cuidado, desenvolvido no Caps. Neste sentido, considera-se não só o tratamento do usuário, mas dos possíveis problemas que se desenvolvem no meio familiar, que potencializem os sintomas, já presentes, ou desencadeiem situações desagradáveis, que sejam negativas na evolução do tratamento (ROCHA, 2009).

O familiar também ganha voz e é considerado um relator por excelência do saber adquirido na convivência com o usuário em sofrimento psíquico e oferece subsídios para o cuidado a ser desenvolvido no Caps. Esse saber dará sentido à compreensão das expressões do usuário, dando vida às metáforas e imagens que lhe são marcas na história, discorrendo sobre o processo de saúde-doença e o convívio em família.

Colvero, Ide e Rolim (2004), identificam a família como um campo em que são estabelecidas relações entre pessoas que compartilham experiências e significados existenciais. E no modelo de atenção atual, preconizado para a Saúde Mental, o seguimento e evolução do tratamento devem seguir no interstício da família. Com isso, o familiar se depara com a responsabilidade que antes era delegada ao hospital psiquiátrico. O ato de cuidar no Caps inclui a *articulação com a família* no tratamento ao usuário em sofrimento psíquico.

Então, acho que a diferença do cuidado, aí é isso: essa possibilidade de a gente pode fazer todo esse, esse link, onde tem esse acolhimento, essa escuta, essa articulação com a família, essa implicação, essa tentativa de implicar a família nesse tratamento (P1)

Porque um dos pontos positivos do CAPS também é a questão da participação da família, no tratamento, pra poder dar continuidade àquilo que a gente trabalha aqui com eles (P4)

Diante desse serviço hoje que é oferecido a gente pode ver que favorece, junto ao contexto familiar... A família hoje retrata eles de outra forma, tratam de outra forma... (P5)

Nesta subcategoria o cuidado no Caps é expresso, sobretudo pela participação familiar e a dedicação na escuta do usuário. Estes foram marcados como diferenciais na evolução do cuidado em Saúde Mental.

Perspectivas sobre a recuperação e ressocialização do usuário

Os profissionais elaboraram também às perspectivas sobre o cuidado oferecido ao usuário, no Caps. Elas se referem às melhorias que as ações em Saúde Mental podem promover seja na recuperação do usuário, seja na reinserção social.

A maioria dos discursos é otimista quanto ao quesito reinserção, porém existem aqueles que acreditam que a reinserção é um trabalho árduo, ou seja, para que seja efetivado, não basta apenas que o Caps trabalhe em prol do acolhimento destes indivíduos na sociedade. Faz-se necessário que o próprio sistema esteja apto a recebê-los.

Que na verdade, as atividades, eu não sei se a gente consegue muito a reinserção no sentido é... Porque eu acho que a reinserção a gente conseguiria mais, se a gente tivesse esse campo, onde eles pudessem tá lá fora, fazendo muita coisa. Mas, normalmente, a sociedade não consegue acolhê-los e admiti-los da forma com eles são... E, eles escapam a lógica da produção, da sociedade, não conseguem responder (P1)

Acho que nesse ponto é importante, mas eu acho que às vezes, as oficinas, elas, porque, Saraceno, é quem diz muito que “as oficinas...” acho que é Saraceno que diz isso, num texto dele “Que as oficinas não podem ser uma coisa de ocupação. Elas precisam ser de produção de prazer... (P1)

Este profissional demonstra através deste discurso que as expectativas quanto à reinserção não podem ser vislumbradas por meio da elaboração de oficinas terapêuticas, apenas. A forma como o discurso prossegue, desperta para uma possível obrigação dos usuários em participar das oficinas e, portanto, parecem ineficazes para a reinserção. Além

disso, a possibilidade de indiferença da sociedade frente ao indivíduo com transtorno que pode lhe causar sofrimento.

A Reforma Psiquiátrica, cujos ideais estão impressos nos serviços substitutivos, encarregados de operacionalizar a assistência, suscitou debates e ações para a superação da exclusão social, por meio da reinserção do usuário, principalmente, no que se refere ao trabalho. Leão e Barros (2008) afirmam que a exclusão social pela via do trabalho é ainda mais delicada para os indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, pois tanto a estigmatização da doença mental quanto o desemprego podem apresentar-se como problema potenciais para a convivência nesta sociedade que visa a produtividade e competitividade.

Segundo Jorge e Bezerra (2004) a sensação de marginalização, seguida de exclusão das atividades que fazem parte da vida dos seres humanos traz sofrimento psíquico, principalmente, para quem após um adoecimento mental tenta reconstruir sua vida, num contexto em que os diferentes são tidos e ditos como “anormais”.

Desse modo, os profissionais consideram que este acolhimento da sociedade para com os usuários que padeceram algum sofrimento psíquico, é vital para que eles retomem suas vidas com certa naturalidade, desconstruindo a visão que eles mesmos elaboraram a respeito de si, com as estigmatizações que o entorno os fez conhecer.

Goffman (2013, grifo nosso) fala dessa *visão de si* como alvo das transformações impostas pela desfiguração e profanação do corpo, quando o indivíduo através dos símbolos e situações que lhe acometem não consegue se reencontrar na concepção anterior do *eu*. Isso é considerado perturbador e por que não seria em se tratando de perder a identidade enquanto cidadão, já que o trabalho é visto como constituinte dos mecanismos identitários para cidadania.

Sobre o trabalho e a possibilidade de reinserção, por meio das ações ou cuidados no Caps, os profissionais discorrem:

Eu acho que a gente deveria viver numa sociedade melhor, mais organizada, onde as pessoas tivessem mais oportunidades, mais oportunidades, mais oportunidades de vida, de moradia, de dignidade, de condição financeira, de o Estado poder realmente, puder ajudar essas pessoas (P1)

Com certeza, capazes... de ser reinseridos na sociedade, a poder é... ter ânimo pra dar continuidade a essa, a vida mesmo, como alguns que, que, tinham uma lanchonetezinha, poder voltar a fazer seus lanches, poder ter ânimo(P4).

Elas consideram os usuários capazes, porém dependentes de uma possibilidade, de uma oportunidade, em que o sistema fosse articulado para lhes proporcionar o recomeço, por isso, o uso constante da conjunção condicional *se*, em associação com o modo verbal no subjuntivo, no pretérito imperfeito, expressando condição ou desejo.

A gente pudesse enganchar eles no mercado de trabalho, eu queria muito, se pudesse assim (P5)

E, eu queria que assim, eu pudesse que cada uma conseguisse fazer pra si própria, ter uma renda, condição... Se eu pudesse eu, assim, de todos que passassem, conseguisse um emprego (P5).

4.1.3 EXPERIÊNCIAS COMO CUIDADO NO CAPS

Esta categoria faz referência às situações pelas quais os profissionais passaram junto aos usuários que lhe foram significativas. Nela foram inclusas as seguintes subcategorias: “Atitudes dos profissionais nas experiências com o cuidado e pensamentos ou sentimentos elaborados”. Os profissionais relataram desde experiências que consideraram positivas, até as negativas, que lhe provocaram a reflexão sobre o que é tido por ideal no cuidado e o que se apresenta como realidade.

Eles foram questionados sobre “o que pensaram durante determinada evento”, porque se entende que este é um processo extremamente importante, tanto para a elaboração da atitude frente a uma situação, quanto durante, na sustentação, como também no pós-ação, que despertará o indivíduo para a reflexão sobre o que foi feito.

Atitudes dos profissionais nas experiências com o cuidado

Atitude é um termo utilizado para designar maneira de agir, de se comportar, motivada por algum estímulo interno ou externo. Ao referir experiências, o profissional é incumbido a discorrer sobre as situações que lhe foram impactantes e a forma como agiu. Agir em Saúde Mental é complexo. É um momento em que não se tem apenas um sujeito em crise, mas um ser humano. A crise perpassa por acessos de agressividade e, sendo assim, tende a provocar o medo, o receio da aproximação, a desesperança da recuperação e até a desistência do cuidado.

Na fala que segue, o profissional aponta para uma crença, que direciona sua atitude. Ele acredita no poder do diálogo. É a primeira tentativa realizada: o acordo. Porém, nem sempre estes acordos serão acatados e deve-se recorrer ao controle do corpo por meio da medicação. É quando entra a figura do profissional que aplica não o poder da fala, mas o da ciência, por uma necessidade extrema em se tratando da nova perspectiva para as atitudes em Saúde Mental. Logicamente, que a medicação não é descartada no novo modelo de atenção, mas considerá-la primordialmente, em detrimento da reabilitação psicossocial é tratar os sintomas e esquecer de fortalecer as bases de enfrentamento do problema por parte do usuário.

A reabilitação psicossocial remete à produção de saúde e este é um campo cujas articulações devem favorecer o lugar social onde o sujeito se reproduz, busca sua recuperação, a superação dos sintomas (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2005).

A gente fez todas as tentativas, de negociação, de acordo... Todas as tentativas podiam ser feitas, porque numa crise, geralmente, a gente tenta acordos, porque se não gente não faz muita coisa. Essa pessoa muito grande. Essa pessoa tinha que ser contida por medicamento (P1)

O profissional ver-se impactado não só pela questão do uso da medicação, porque a tentativa de acordo falhou, mas também recorreu ao poder do Estado expresso na polícia, para intimidar o usuário. É como se esse sistema de repressão fosse libertar o usuário de qualquer profanação do meio social, que estivesse presente em sua conduta moral. O próprio internamento como era concebido no hospital psiquiátrico possuía o caráter de polícia (FOUCAULT, 2012).

... Foi um impacto muito grande que vai de encontro um pouco com ideal da Reforma, que foi ter que chamar apolícia para ajudar a gente (P1)

Apesar dessa atitude, que é colocada não como alvo de recriminação, mas como forma de mostrar que os poderes das instituições são determinantes na sociedade, a profissional acredita no vínculo possível, de se disponibilizar no acolhimento ao usuário, abrir-se à situação com o esvaziamento de si, para entender o outro.

Poder que a gente tem é essa possibilidade, de criar um vínculo, chegar aqui, “eu tou, eu tou aqui”, e poder fazer isso, porque também se eu não me esvaziar, se eu também tiver com muita coisa, se eu também não tiver realmente atento àquilo, eu não vou acolher (P1).

Apesar de na atualidade ser preconizado o tratamento psicossocial para os usuários, existirão aquelas situações em que a internação se apresenta como medida importante, prudente, ainda que imperativa, para abordar os casos em que as ações do usuário infringirem a integridade física e moral de outros, procedendo-a com o consentimento deste.

Segundo a Lei nº 10216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, existem três tipos de internação: voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; involuntária, que ocorre sem o consentimento do usuário, mas a pedido de terceiros; e, a internação compulsória que é feita a pedido da justiça e determinada por juiz competente, de acordo com a legislação vigente. Esta última é indicada quando o usuário representa risco para si, o estabelecimento no qual recebe assistência, para os demais usuários e os funcionários.

É vedada a internação em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas de atendimento integral, expresso não só no profissional médico, mas também na presença de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc. (BRASIL, 2001).

No art.33, do Capítulo XII da resolução 2057/2013, do Conselho Federal de Medicina, consta que a natureza e o tipo de tratamento oferecido nas internações psiquiátricas, são apontados pelo médico assistente. A art. 15 explicita que a internação deve durar o tempo suficiente para a recuperação do usuário.

Eu fui chamada pelo Ministério Público pra fazer uma internação compulsória, pra internar ela à força, numa emergência psiquiátrica a pedido do irmão, que dizia não suportar mais ela... Ele queria que a gente organizasse pra interná-la e o que a gente discutiu foi o seguinte: Não, ela tem uma chance, ela deve ter uma chance de tentar se recuperar sem a internação e foi isso que aconteceu com ela. Eu garanti a ele... (P2)

Apesar de ser determinada por magistrado, a internação compulsória nesta experiência, foi superada através do diálogo. A profissional garantiu ao Ministério Público, que as medidas para recuperação seriam tomadas sem ser necessária a internação.

Sim, várias pessoas da equipe desistiram... Ele totalmente agressivo. Teve um dia que ele chegou no CAPS quebrando tudo, foi luta pra segurar ele. Realmente, ele teve que ir à emergência, mas foi liberado em seguida (P2)

A agressividade é marco nestas reações fortes advindas do usuário em crise. As agitações são intensas, principalmente se o usuário for acometido por delírios e alucinações. No caso, se houver necessidade de contenção e uso de medicações, é importante que isso seja feito de forma humanizada. É imprescindível que no caso de ameaças, o profissional tenha uma atitude firme, tentando analisar com o usuário a realidade dos fatos. Se os efeitos não forem positivos, pode-se recorrer à medicação (ROCHA, 2009).

Eita, eu fui ajudar, ajudar eles em crise, mas é difícil que às vezes, eles querem bater. Assim, conversando com eles direitinho né, ajudando, dando água assim, que eles... As crises deles são pesadas, visse!? Agressivo mesmo. (P3)

O isolamento parece o extremo da agressividade, no entanto, eles podem ser complementares. Isolar-se é uma reação, na qual o indivíduo parece estar distante, ausente, sem o contato com o mundo ao redor, principalmente, se for acometido por sintomas

depressivos. A sua abordagem deve se dá de forma afetiva, com “menos fala e mais escuta”, com atitude empática.

Alguns pacientes... Alguns pacientes isolados demais: “Gente, vamos viajar, quem tem a oportunidade de viajar, vamos pra praia, pra casa de familiares, vamos conversar mais, vamos formar grupos de amizades, de amigos... Assim, eu tenho muitos referenciados que tem crises depressivas, que perdem o ânimo totalmente, que ficam com pensamentos negativos, querendo se suicidar... então, a gente senta, a gente dá aquela atenção maior... Que realmente, na maioria das vezes a gente traz o paciente pra uma sala e a gente tenta escutá-lo e dependendo da situação, a gente já leva o caso pra um médico, pra já fazer uma intervenção também medicamentosa é... Já transfiro também é...aliás, eu já socializo também com o psicólogo que possa fazer essa escuta (P4)

Além da atitude empática, o contato com os demais membros da equipe oferece subsídios aos profissionais na elaboração do direcionamento para o cuidado. Rocha (2009, p.96) “considera de fundamental importância que os profissionais consigam se articular para realizar o trabalho em equipe”, somada a atitude individual de incentivar, estimular a auto-estima e a segurança do usuário.

O cuidar, o momento que eu passo a mostrar pra eles que eles têm condições, que eles, inserindo eles na sociedade, com a família também... (P5)

Pensamentos ou sentimentos elaborados a respeito das experiências no cuidado ao usuário

É natural do ser humano elaborar pensamentos a respeito de algo e agir conforme estas elaborações, até porque fazem parte das subjetividades.

Nos discursos, a agressividade não é descartada enquanto uma possibilidade comportamental em indivíduos com transtornos psicóticos, porém o profissional mantém firme seu posicionamento em defesa do usuário e dos ideais do cuidado psicossocial. Afirmar, que o indivíduo em sofrimento psíquico é um “animal” é uma construção social e os profissionais tentam desfazer essa concepção. Sobre isso, eles descrevem seus sentimentos, que embora, preenchidos por medo e incertezas, são preenchidos pela esperança da recuperação e sobriedade.

Apesar destes pensamentos, cabe ao profissional aperfeiçoar em si, o que for vital no sentido de promover o cuidado humanizado, investindo na sua capacidade de compreender os fenômenos da vida e da morte, as forças energéticas, entre tantos outros saberes (ROCHA, 2009).

Assim, incorpora-se a este texto, os seguintes discursos:

Ela não tinha condições de responder por ela... ela podia fazer uma besteira com ela, com outro... Ele ta numa crise, ele não é um bicho... Grande maioria das vezes a gente consegue sustentá-lo numa crise, eles conseguem fazer acordo com a gente. Sabe, não é esse mito “ele é agressivo”... Ele é agressivo porque o outro quer impedi-lo de fazer alguma coisa que ele quer fazer (P1)

Na hora assim, a gente fica com medo. Eu mesmo...depois passa o medo, eu mesmo não tenho medo mais não. Depois fui ajudar (P3)

Juntamente com a experiência, vem a realidade. O que é apresentado na teoria nem sempre se configura como algo que pode ser apresentado fidedignamente na prática. O aprendizado pode se dá de forma chocante e a profissional passa a ter um tipo de desencantamento, usado os verbos no pretérito, como se este sentimento estivesse inacabado e pudesse ser reconstruído com os pensamentos e perspectivas positivas.

Foi a primeira que comecei a separar o ideal do real... A gente até certo ponto, a gente consegue. Eu acreditava nesse poder da escuta, nessa relação possível (P1)

No discurso que segue a profissional passa a se dar conta que a ciência é falha ao tentar naturalizar os problemas cotidianos. No entanto, as respostas para determinada problemática parecem evasivas ou limitadas para comportar a complexidade de uma pergunta. Nas relações interpessoais, no caso entre profissional e usuário, há que se considerar que a pessoa a ser cuidada dispõe de uma saber resultante de suas experiências e que não é a ciência ou a pessoa que cuida que podem enxertar qualquer teoria, para fundamentar-lhe a vida, quando o seu sentido para as coisas, situações e pessoas, é único (ROCHA, 2009).

E, nossa ciência, ela é ainda tão positivista que a gente ainda acredita que ela consegue dar conta das coisas e aí a ciência vive morrendo, se engolindo, tentando o tempo todo dar conta e ela não dar conta (P1)

A seguir a profissional expressa sentimentos de admiração pelos usuários, no sentido de que a superação faz parte de suas vidas. Extrai lições para si da convivência com os usuários e entende que todos estão vulneráveis ao decaimento emocional, afetivo e comportamental, neste mundo que é dinâmico, diferente, onde todos merecem respeito.

Enxergo eles como um exemplo de vida, que cada um de nós, em qualquer instante das nossas vidas, em qualquer momento estamos sujeitos a estar desse outro lado. E, pelo fato de vim trabalhar com eles, eu superei esse outro lado (P5)

Ofereceram para trabalhar com emergência psiquiátrica, com transtorno mental e eu “Meu Deus, como é que eu vou fazer isso...será que vou saber fazer, será que eu vou conseguir?”(P2)

5 CONCLUSÃO

Conhecer as concepções, atitudes e emoções elaboradas sobre algo ou alguém é importante, não só como forma de verificar ou inferir o modo como será a assistência prestada, mas também entender como ocorre esse processo de objetivação dos pensamentos no âmbito social, considerando que o ser humano está inserido num contexto, influencia e é influenciado por ele.

Sendo assim, os profissionais compreendem ou concebem o cuidado em Saúde Mental como uma situação que subsidia a escuta dos usuários e a participação da família no cuidado, consumando-se de forma humanizada. Além disso, consideram a loucura uma condição humana, que apesar de muitas vezes, desencadear a agressividade, a sensação de vazio e dor nos indivíduos, ela pode encontrar-se no campo das sensibilidades, que promovem a criatividade da mente.

Além disso, apesar de algumas experiências serem marcadas por medo e incertezas da recuperação ou saída de uma crise, o otimismo é marcante e as crenças sobre a capacidade dos usuários, para se superarem e produzirem no meio social são marcantes. Tratam também da questão do preconceito e a forma como a estigmatização interfere na reinserção o usuário, principalmente no âmbito do trabalho. Os indivíduos em sofrimento psíquico são considerados capazes de desenvolver suas atividades normais, sendo dirigida a eles admiração e confiança.

A atenção psicossocial é encarada como uma possibilidade para a emancipação do indivíduo em sofrimento psíquico, da mesma forma que não deve ser considerada isoladamente em se tratando da aceitação do indivíduo na sociedade, seja como cidadão, trabalhador, ou ser humano. Trata-se de imbuir todo o sistema para este acolhimento que possibilite a inclusão e o bem-estar do usuário.

Portanto, a partir do momento que os profissionais entendem seu papel no cuidado, valorizando a importância da escuta, da fala dos usuários, a promoção de um ambiente agradável, que proporcione a melhora das crises, intervindo, quando necessário, isso poderá contribuir para uma assistência qualificada, ao mesmo tempo em que abre espaço à ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico.

Ademais, este trabalho poderá oferecer subsídios para a elaboração de outros estudos em Saúde Mental, considerando a importância dos relatos, a captação das subjetividades por meio das experiências.

REFERÊNCIAS

ARANHA E SILVA, A L; FONSECA, R M G S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 maio-junho; 13(3):441-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a20.pdf>>

AQUINO, E M L; MENEZES, G M S; MARINHO, L F B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (2): 281-290, abr/jun, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a11.pdf>>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009, 281p.

BASAGLIA, F *et al.* Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P D C (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BONI, V; QUARESMA, S J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev Eletr. dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC** Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Disponível em: <http://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>

BRASIL. Resolução CFMnº 2.057/2013. **Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria**. Conselho Federal de Medicina. Brasília-DF, 20 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf>

BRASIL. Resolução nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 06 de abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 01 de mar de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Caps e outros serviços**. [s.d.] Disponível em:
<<http://www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/capsparaiba.php>>

CAMPOS, C J G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>

CAVALCANTI, A K S; SAMCZUC, M L; BONFIM, T E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicólogo in Formação**, ano 17, n. 17, jan./dez. 2013. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/4552/3751> Acesso em: 23 de set 2014.

COLVERO, L A; IDE, C L A C; ROLIM, M A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Ver Esc Enferm USP** 2004; 38(2):197-205. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v38n2/11.pdf>>

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26 ed. São Paulo: Graal, 2013, 171-189 p.

FOUCAULT, M. Stultifera Navis. In: FOUCAULT, M. **A História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2012, 3-44 p.

FOUCAULT, M. A grande internação. In: FOUCAULT, M. **A História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2012, p. 45-78.

GABBAY, R. Loucura e cidadania: um paradoxo? **Polêm!ca**, v. 9, n. 3, p. 43 – 55, julho/setembro 2010. Disponível

em:<<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/viewFile/2790/1905>>
Acesso em: 11 de set de 2013.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2013, 13-69 p.

HOFFMANN, R; LEONE, E T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. **Rev. Nova Economia**, Belo Horizonte, 14 (2)_35-58_maio-agosto de 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. **O Cidades é uma ferramenta para se obter informações sobre todos os municípios do Brasil num mesmo lugar. Aqui são encontrados gráficos, tabelas, históricos e mapas que traçam um perfil completo de cada uma das cidades brasileiras**. 2010. Disponível em:
<<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=250400>>>

JORGE, M S B, *et al.* Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 417-25. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a06v16n3.pdf>>

JORGE, M S B; BEZERRA, M L M R. Inclusão e exclusão do doente mental no trabalho. **Rev. Texto Contexto Enferm**, 2004, Out-Dez; 13(4):551-8. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a07.pdf>>

JÚNIOR, F C; MEDEIROS, M. Alguns conceitos de Loucura entre psiquiatria e saúde mental: diálogos entre opostos? **Psicologia USP**, 2007, 18(1), 57-82. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642007000100004>
Acesso em: 03 de mar de 2014.

JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda-Sá. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. [Editorial] **Rev. Psiquiatr RS**.2007;29(2):156-158. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>> Acesso em: 11 de set de 2013.

LIMA, I M S O; CORREIA, L C. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde.**Rev.Disan**, São Paulo v. 12, n. 3, p. 139-160 Nov.2011/Fev.2012. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/693/703>> Acesso em: 03 de Marc de 2014.

MACEDO, J Q ; SILVEIRA, M F A; EULÁLIO, M C. Com a palavra, os profissionais: estudo das representações sociais da autonomia dos moradores da “Casa Azul”. In:

SILVEIRA, M F A; SANTOS JÚNIOR, H P O (Org.) **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

MIELKE, F B, *etal.* Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de Saúde Mental. **Rev. Bras. Enferm.**, , **ju. 64, n.3**, 2012 mai-jun; p. 501-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672012000300016&script=sci_arttext> Acesso em: 03 de mar de 2014.

MILLANI, H F B; VALENTE, M L L C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Revista eletrônica de Saúde Mental, álcool e drogas**, 2008, v. 4, n 2, artigo 8. Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> acesso em: 03 de mar de 2014.

NEVES, J L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisas em administração. São Paulo, v. 1, nº 3, 2º sem. 1996. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>

OLIVEIRA, W V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde– Manguinhos**,, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.141-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009> acesso em: 03 de mar de 2014.

PEREIRA, I L. Resgatando vidas e redefinindo sonhos: experiência da residência terapêutica de João Pessoa- Paraíba. In: SILVEIRA, M F A; JÚNIOR, H P O S. (Org.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011, 257-273 p.

ROCHA, R M. **Enfermagem em saúde mental**. 2 ed., atualizada e ampliada.. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2009, 187 p.

SOLOMON, A. História. In: SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

TOWNSEND, M C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ANEXO I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Concepções dos profissionais sobre o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Concepções dos profissionais sobre o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** terá como objetivo geral “Conhecer as representações sociais do cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao voluntário só caberá a autorização para **entrevista** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **33153312** com **Maria de Fátima de Araújo da Silveira**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo

com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

ANEXO II- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Concepções dos profissionais sobre o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Maíza Quirino da Silva a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Maíza Quirino da Silva, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N.º. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande-PB, 09 de outubro de 2014.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

APÊNDICE I- QUESTIONÁRIO 1- DADOS INSTITUCIONAIS

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CRIAÇÃO _____

ENDEREÇO _____

OBJETIVO DA INSTITUIÇÃO _____

PÚBLICO _____

ATENDIDO _____

ATIVIDADES _____

DESENVOLVIDAS _____

HORÁRIO _____ DE

FUNCIONAMENTO _____

EQUIPE _____

Nº _____ DE _____ USUÁRIOS

CADASTRADOS _____

APÊNDICE III- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1 - PERGUNTA

O que você entende por cuidado em Saúde Mental?

2 - PERGUNTA

Quais experiências sobre o cuidado com o usuário que você já teve ao longo de sua vida profissional? Como enfrentou a situação? Quais pensamentos elaborou a respeito disso?

3 - PERGUNTA

Como você ver seu cuidado para com os indivíduos que são assistidos aqui? Gostaria de fazer algo e não fez? Por quê?