UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA DE LOURDES CUSTÓDIO DUARTE

**Avaliação da atenção aos familiares num centro
de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa**

Ribeirão Preto

2007

MARIA DE LOURDES CUSTÓDIO DUARTE

**Avaliação da atenção aos familiares num centro
de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa**

Dissertação apresentada para fins de obtenção do título de Mestre junto ao programa de Pós-Graduação de Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de Pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciane Prado Kantorski

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

D812a DUARTE, Maria de Lourdes Custódio

Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa / Maria de Lourdes Custódio Duarte ; orient. Luciane Prado Kantorski. – Ribeirão Preto, 2007.
173 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) –
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Curso de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica, 2007.

1. Avaliação dos serviços de saúde. 2. Saúde mental. 3. Família.
I. Kantorski, Luciane Prado. II. Título.

CDD – 610.7368

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria de Lourdes Custódio Duarte

Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa

Dissertação apresentada para fins de obtenção do título de Mestre junto ao programa de Pós-Graduação de Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de Pesquisa: O doente, a doença e as práticas terapêuticas
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta Dissertação à minha mãe Maria Ana e ao meu irmão João Batista pelo exemplo, pelo carinho, pela confiança e pelo estímulo, apoio e incentivo constantes. Vocês representam o meu porto seguro em todos os momentos da minha vida. O amor por vocês tem sido o meu principal estímulo para estudar, buscar novos conhecimentos e viver feliz. Este amor sustenta e dá asas aos meus sonhos, me enchendo de esperança, na busca de um futuro melhor!

Obrigada por tudo...

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste estudo, os meus mais sinceros agradecimentos.

Em especial...

Agradeço a Deus, ao Santo Antonio, a Nossa Senhora de Lurdes e ao meu Anjo da Guarda por estarem sempre presentes na minha vida, iluminando e orientando os meus caminhos, pensamentos e ações. Obrigada pela renovação diária de minha fé em vocês.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski pela franca acolhida, pelo interesse, carinho e respeito, e ainda pelas idéias, críticas e sugestões em todas as etapas deste estudo. Sua valiosa, competente e objetiva orientação foi responsável por me fazer acreditar que este estudo era possível. A relação orientador-orientando acaba, mas os laços afetivos permanecem.

À Prof^a. Dr^a. Cristine Wetzel que me incentivou a tentar o processo seletivo do mestrado na EERP-USP, mostrando-me que eu era capaz de alçar novos desafios. Sempre disposta a me ajudar nos momentos mais delicados, como o de morar fora do meu estado de origem. Você foi fundamental na minha trajetória acadêmica e por isso lhe sou muito grata.

À Prof^a. Dr^a. Agnes Olschowsky por ter me iniciado no mundo da pesquisa. Os dois anos que trabalhei como Bolsista de Iniciação Científica sob sua orientação foram fundamentais para que despertasse o gosto pela Saúde Mental e Psiquiatria.

À Prof^a. Dr^a. Sueli Frari Galera por me acolher em sua sala diversas vezes, pelas respostas às minhas dúvidas, pelas palavras sinceras, representando para mim um referencial em Ribeirão Preto, e até mesmo um porto seguro.

A todos os professores da EERP-USP que foram receptivos, acolhedores e incentivadores de diversos trabalhos conjuntos. Em especial à Prof^a. Dr^a. Toyoko Saekie, Prof^a. Dr^a. Maria Conceição B. M. Silva e Prof^a. Dr^a. Adriana Miasso.

Ao Dr. Ary Knijnik e a Dr^a. Nelly Zagarra que depositaram em mim confiança e que possibilitaram, na prática, o exercício de uma Enfermeira Psiquiátrica, na qual eu me formei.

A todos os profissionais, familiares e usuários do CAPS Nossa Casa, pela disposição em ajudar e pelas palavras sinceras, pois foi nesse contexto harmonioso que consegui construir este estudo avaliativo.

As minhas tias e meus primos pelos sentimentos de força e fé que emanavam de Porto Alegre a Ribeirão Preto, o meu muito obrigada.

Aos meus avós paternos e maternos “*in memoriun*” que não puderam ver de perto o meu crescimento pessoal e profissional, aqui delineados. Porém, tenho certeza de que a energia positiva enviada foi capaz de me dar forças para morar longe da minha família e superar cada obstáculo.

A minha amiga mineira Érika Lopes Chaves que me proporcionou um ano de muitas risadas, reflexões, lágrimas, discussões e crescimento pessoal. Você me deu força para enfrentar diariamente a distância de casa e a saudade dos meus familiares. Você estará sempre no meu coração.

Aos novos amigos de Ribeirão Preto, os meus singelos agradecimentos. Vocês foram fundamentais para amenizar o meu sentimento de saudade e me proporcionaram momentos de descontração.

Aos amigos de Porto Alegre que me estimulavam a distância e que me receberam de braços abertos no meu retorno.

“Na vida é preciso ter coragem para correr riscos, para aventurar-se no espaço desconhecido. É preciso também garra, ousadia, determinação, cautela para enfrentar os momentos de tristeza, competição, confusão, solidão e raiva...”

“O importante é não desistir.”

Maria Tereza Maldonado

RESUMO

DUARTE, M. L. C. Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Este estudo trata de uma avaliação qualitativa da atenção oferecida aos familiares por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço que funciona nos moldes preconizados pela Reforma Psiquiátrica. O estudo, realizado no município de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, objetivou avaliar qualitativamente a atenção oferecida aos familiares pelo CAPS Nossa Casa. O Círculo Hermenêutico Dialético foi utilizado como técnica de coleta de dados, método preconizado pela Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln. Os instrumentos de coleta foram as observações e as entrevistas com equipe, usuários e familiares. As questões que emergiram do processo avaliativo foram agrupadas em dois eixos temáticos: avaliando a estrutura física e recursos humanos do CAPS Nossa Casa; e Atividades voltadas para a atenção à família. O acolhimento surge como um espaço de escuta para os familiares e a equipe do serviço é percebida como de fácil acesso pelos familiares, sendo caracterizada como humana. Esses profissionais utilizam bilhetes e o telefone para se comunicarem com as famílias. As reuniões de familiares são importantes para a troca de vivências e de informações, porém requerem melhor coordenação. As visitas domiciliares são realizadas regularmente, aproximando profissionais e familiares. Evidenciou-se uma sobrecarga do serviço social, que centraliza as tarefas relacionadas às famílias. A associação dos familiares surgiu da necessidade de inserir a família no serviço, porém esta unidade de cuidado frequenta pouco o serviço, não se sentindo parte do tratamento. Uma nova abordagem em grupo é pensada, destinada aos familiares para falarem dos seus sentimentos. Acredita-se que este estudo possa contribuir para a equipe do CAPS Nossa Casa e outros serviços de saúde mental para visualizar e refletir sobre as práticas direcionadas às famílias, práticas estas pautadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, como forma de qualificar o trabalho dos serviços substitutivos de saúde mental e a atenção oferecida às famílias. A forma como vem sendo consolidada a atenção às famílias nos serviços representa um desafio para os profissionais de saúde, por implicar reestruturação na formação destes e um processo de reflexão de todos os atores sociais envolvidos neste processo de mudança.

Palavras-chave: Avaliação dos Serviços de Saúde. Saúde Mental. Família.

ABSTRACT

DUARTE, M. L. C. **Evaluation of family care at a psychosocial care center:** a qualitative approach. 2007. 173 f. Dissertation (Master's) – College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

This study is about a qualitative evaluation of the care offered to family members by a Psychosocial Care Center (CAPS), a service that is performed according to the guidelines of the Psychiatric Reform. The study, carried out in the municipality of São Lourenço do Sul in the state of Rio Grande do Sul, aimed at evaluating the care offered to family members at the *CAPS Nossa Casa* – CAPS Our Home – vis-à-vis the quality. The Dialectic Hermeneutic Circle was utilized as the technique for the collection of data, the method recommended by the Evaluation of Fourth Generation proposed by Guba e Lincoln. The collection instruments were the observations and the interviews with the team, users and family members. The questions that emerged from the evaluation process were grouped into two thematic axes: evaluating the physical structure and the human resources of the *CAPS Nossa Casa* and the activities addressed to the family care. The shelter appears as a space in order to listen to the family members and the working team is perceived as being of easy access and described as human by the family members. These professionals utilize notes and telephone in order to communicate with the families. The family meetings are important for exchanging life experiences and information although they require more coordination. The home visits are performed regularly, putting professionals and family members close to each other. It has been evidenced an overcharge of social service that centralizes the tasks related to the families. The family association derived from the need of inserting the family into the service; however this care unit makes few visits to the service and does not feel as being part of the treatment. There is thought about a new group approach intended to the family members to talk about their feelings. This study is believed as a possible contribution for the team of the *CAPS Nossa Casa* as well as of other mental health services in order to visualize and reflect about the practices addressed to the families, being such practices based on the presuppositions of the Psychiatric Reform as a way of qualifying the work of substitute services on mental health and the care offered to the families. The way how the family care has been consolidated in the services represents a challenge to health professionals because it implies the restructuration of their education as well as a reflection process by all of the social actors involved in the changing process.

Keywords: Evaluation of the health services. Mental Health. Family.

RESUMEN

DUARTE, M. L. C. **Evaluación de la atención a los familiares en un centro de atención psicosocial**: abordaje cualitativo. 2007. 173 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Este estudio trata de una evaluación cualitativa de atención ofrecida a los familiares por un Centro de Atención Psicossocial (CAPS), servicio que funciona en los moldes recomendados por la Reforma Psiquiátrica. El estudio, realizado en la municipalidad de São Lourenço do Sul, en Rio Grande do Sul, objetivó evaluar cualitativamente la atención ofrecida a los familiares por el CAPS *Nossa Casa*. El Círculo Hermenéutico Dialéctico fue utilizado como técnica de recolección de datos, método establecido por la Evaluación de Cuarta Generación propuesta por Guba y Lincoln. Los instrumentos de recolección fueron las observaciones y las entrevistas con el equipo, usuarios y familiares. Las cuestiones que emergieron del proceso evaluativo fueron agrupadas en dos ejes temáticos: evaluando la estructura física y recursos humanos del CAPS *Nossa Casa*; y Actividades vueltas para la atención a la familia. La acogida surge como un espacio de escucha para los familiares y el equipo del servicio es percibido como de fácil acceso por los familiares, siendo caracterizada como humana. Estos profesionales utilizan billetes y el teléfono para comunicarse con las familias. Las reuniones de familiares son importantes para el cambio de experiencias de vida y de informaciones, pero requieren mejor coordinación. Las visitas domiciliarias son realizadas regularmente, aproximando profesionales y familiares. Se evidenció una sobrecarga del servicio social, que centraliza las tareas relacionadas a las familias. La asociación de los familiares surgió de la necesidad de insertar a la familia en el servicio pero esta unidad de cuidado frecuenta poco el servicio, no sintiendo parte del tratamiento. Un nuevo abordaje en grupo es pensado, destinado a los familiares para hablar de sus sentimientos. Se acredita que este estudio puede contribuir para el equipo del CAPS *Nossa Casa* y otros servicios de salud mental para visualizar y reflexionar acerca de las prácticas direccionadas a las familias, prácticas estas pautadas en los presupuestos de la Reforma Psiquiátrica, como forma de calificar el trabajo de los servicios substitutivos de salud mental y la atención ofrecida a las familias. La forma como viene siendo consolidada la atención a las familias en los servicios representa un desafío para los profesionales de salud, por implicar reestructuración en la formación de ellos y un proceso de reflexión de todos los actores sociales envueltos en este proceso de cambio.

Palabras-clave: Evaluación de los servicios médicos. Salud Mental. Familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Círculo hermenêutico-dialético.....	63
Figura 2 – Mapa do Rio Grande do Sul com destaque para São Lourenço do Sul	65
Figura 3 – Rede de Saúde Mental em São Lourenço do Sul	68
Figura 4 – CAPS Nossa Casa	87
Figura 5 – Esboço layout CAPS Nossa Casa: nível inferior.	91
Figura 6 – Esboço layout CAPS Nossa Casa: nível superior.	92
Figura 7 – Convite para a validação dos dados das entrevistas.....	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos ministeriais que orientam a atenção em Saúde Mental em relação aos CAPS tipo I, nos quesitos estrutura física e recursos humanos.	90
Quadro 2 – Descrição dos Grupos realizados pelo CAPS Nossa Casa.	108
Quadro 3 – Descrição das Oficinas realizadas no CAPS Nossa Casa.	111
Quadro 4 – Cronograma das atividades do CAPS Nossa Casa.	114

LISTA DE SIGLAS

AFAU	Associação dos Familiares e Amigos dos Usuários
AT	Acompanhantes terapêuticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSUL	Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTG	Centro Tradicionalista Gaúcho
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMATER	Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PT	Projeto Terapêutico
PTI	Plano Terapêutico Individual
RS	Rio Grande do Sul

SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIOESTE	Universidade do Oeste do Paraná
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	24
2.1 Reforma Psiquiátrica e Família.....	25
2.2 Avaliação dos Serviços de Saúde Mental.....	44
3 REFERENCIAL TEÓRICO: avaliação a partir do enfoque construtivista	54
4 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO	59
4.1 Tipo de estudo	60
<i>4.1.1 Avaliação de Quarta Geração.....</i>	<i>60</i>
<i>4.1.2 Enfoque responsivo</i>	<i>61</i>
<i>4.1.3 Tarefa do avaliador.....</i>	<i>62</i>
<i>4.1.4 O processo hermenêutico-dialético</i>	<i>63</i>
4.2 O campo e seus instrumentos	64
<i>4.2.1 Local do estudo.....</i>	<i>64</i>
<i>4.2.1.1 O município de São Lourenço do Sul e a rede de Saúde Mental</i>	<i>65</i>
<i>4.2.2 Coleta de dados</i>	<i>69</i>
<i>4.2.2.1 Observação</i>	<i>70</i>
<i>4.2.2.2 Entrevistas</i>	<i>72</i>
<i>4.2.3 Aplicando as etapas do trabalho de campo.....</i>	<i>74</i>
<i>4.2.3.1 Contato com o campo</i>	<i>74</i>
<i>4.2.3.2 Organização da avaliação</i>	<i>76</i>
<i>4.2.3.3 Identificando os grupos de interesse: os sujeitos do estudo</i>	<i>77</i>
<i>4.2.3.4 Desenvolvendo construções conjuntas</i>	<i>79</i>

4.2.3.5 Ampliando as construções conjuntas.....	80
4.2.4 <i>Análise de dados</i>	80
4.2.5 <i>Princípios éticos</i>	82
5 DISCUSSÃO DO PROCESSO AVALIATIVO.....	85
5.1 O CAPS Nossa Casa	86
5.2 Avaliando a estrutura física e recursos humanos do CAPS Nossa Casa.....	89
5.3 ATIVIDADES VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À FAMÍLIA	117
5.4 Preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse.....	139
5.5 Realizando os grupos.....	140
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
APÊNDICE B – Questões norteadoras.....	170
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e informado.....	171
APÊNDICE D – Carta de solicitação para a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da cidade de Pelotas, RS.....	172
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética.....	173

1 APRESENTAÇÃO

Para iniciar a abordagem do tema deste estudo, “avaliação da atenção aos familiares num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)”, optei por fazer uma apresentação de parte de minha trajetória e de sua relação com a construção do objeto do estudo.

Iniciei a graduação em Enfermagem em 2001, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Até o quarto semestre, não sabia em qual área eu queria atuar quando formada. A dúvida não era porque eu não gostava de nenhuma especificidade da enfermagem, mas justamente porque eu gostava de todas e, de certa forma, essa situação me angustiava.

Nesse mesmo semestre tive a disciplina de Saúde Mental I, e por ser totalmente teórica, talvez não me chamasse muito a atenção. Nessa época, confesso, tive muito de ir para o campo de estágio e lidar com o paciente psiquiátrico, e, até então, a hipótese de trabalhar com esse tipo de clientela era muito remota. Nessa disciplina tive contato com as questões de Reforma Psiquiátrica e o novo modelo de assistência aos portadores de transtorno mental, por exemplo, os CAPS.

Já, no quinto semestre da graduação, na disciplina Prática de Saúde Mental II, estagiei em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral de Porto Alegre, RS. Essa experiência foi um marco na minha trajetória acadêmica por dois motivos: decidi que queria ser uma enfermeira psiquiátrica, e conseqüentemente, trabalhar com sujeitos em sofrimento mental e, também, porque iniciei na pesquisa, como bolsista de iniciação científica.

A experiência em iniciação científica foi extremamente importante para entrar em contato com pesquisas da área de psiquiatria e saúde mental e também para me despertar o interesse em fazer o mestrado após o término da graduação.

Nesse primeiro estágio, pude fazer a conexão entre a teoria aprendida em sala de aula e a prática vivenciada no campo de estágio. Aprendi a importância da escuta e pude perceber que os familiares desses pacientes eram esquecidos e suas opiniões pouco valorizadas.

Nesse contexto, Pejler (2001) entrevistou familiares de sujeitos com transtornos mentais e percebeu o conflito entre o sistema de saúde que presta o cuidado e o sistema cultural familiar. Além da sobrecarga dos sentimentos de culpa, vergonha e tristeza, a família se sente à mercê do cuidado prestado pelos profissionais da área, que resistem em dar informações. Os familiares, por sua vez, têm dificuldades em questionar a atenção oferecida pelos profissionais pelo receio de haver uma interferência negativa no cuidado dispensado ao seu familiar enfermo. A autora finaliza, sugerindo que os profissionais de saúde mental precisam estar atentos às suas atitudes e à forma de tratar os familiares, devendo melhorar a cooperação e o suporte oferecido ao sistema familiar, e, principalmente, criar oportunidades de encontros entre os familiares de sujeitos com transtornos mentais.

Paralelamente a esse estágio, desenvolvi uma pesquisa sobre visita domiciliar em um CAPS de Porto Alegre, também na função de bolsista de iniciação científica. Uma de minhas tarefas era fazer observação e fui conhecendo a proposta do serviço, o modelo de trabalhar da equipe e como era organizada a assistência prestada, tanto para os usuários quanto para suas famílias. Percebi, nesse serviço, que a família estava um pouco esquecida e ninguém lhe perguntava se suas necessidades estavam sendo atendidas, ou se estava satisfeita com o serviço prestado pelo CAPS.

Muitas vezes, perguntei-me: “De que modo esses familiares avaliam esse serviço?”, “Será que suas expectativas em relação ao cuidado estão sendo atendidas?” ou, então, “Será que esses familiares teriam alguma sugestão quanto ao serviço?”.

Após o primeiro estágio na área de Saúde Mental, comecei a fazer estágios voluntários na área e cada vez mais me envolvi com trabalhos para apresentar em eventos e em questões da Reforma Psiquiátrica.

Um dos requisitos para a conclusão do Curso de Enfermagem era elaborar uma monografia, então, prontamente, decidi desenvolvê-la nessa área. O tema da monografia foi

os saberes e os fazeres dos enfermeiros de uma unidade psiquiátrica de um hospital geral de Porto Alegre, cujo pressuposto era: que se os enfermeiros psiquiátricos comesçassem a perceber os seus conhecimentos e suas atividades como importantes, o rótulo de que esses profissionais nada fazem, poderia ser superado.

No início do último semestre da graduação, trabalhei em uma pesquisa com uma professora da área, recém retornada do doutorado realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Considero esse encontro fundamental para a minha ida Ribeirão Preto rumo à seleção do mestrado.

No último semestre da Faculdade elaborei o projeto para a seleção do mestrado da EERP-USP. Nele, fiz uma retrospectiva de todas as minhas experiências na área de Saúde Mental. O tema sobre família veio à tona rapidamente, pois nos estágios que realizei, minha atenção, na maioria das vezes, voltava-se para a família daqueles pacientes a quem prestava assistência. Assim, emergiu o tema de avaliação da satisfação daquelas pessoas que convivem diariamente com normas, regras, falta de informações, falta de apoio da maioria dos serviços de Saúde Mental, os familiares.

Em relação à delimitação do local do estudo, optei por desenvolvê-lo no CAPS Nossa Casa, em São Lourenço do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, do qual eu já havia tomado conhecimento sobre a qualidade de sua assistência, voltada principalmente para a inserção social e a liberdade de ir e vir dos sujeitos com transtornos mentais.

O CAPS Nossa Casa, foi escolhido para desenvolver este estudo, principalmente pelo seu pioneirismo – um dos primeiros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos na região sul do país – e também por ser considerado um serviço modelo de assistência para outros serviços da região. Vale ressaltar que o CAPS Nossa Casa desenvolve uma assistência não-manicomial preconizada pela Reforma Psiquiátrica, desde 1988.

A assistência em Saúde Mental no Brasil veio se modificando. Em muitos municípios, o atendimento em hospitais psiquiátricos foi substituído por serviços comunitários, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial preconizadores da inserção social do sujeito em sofrimento mental.

O estado do Rio Grande do Sul, historicamente, apresentou resistência ao modelo hospitalocêntrico da psiquiatria tradicional. O município de São Lourenço do Sul conta, atualmente, com três CAPS e uma unidade de internação psiquiátrica inserida em um hospital geral.

Em 2006, iniciei o Curso de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP, e cursei algumas disciplinas importantes para a construção do objeto de estudo. A partir dessas disciplinas entrei em contato com textos sobre família, avaliação, satisfação, atendimento, atenção, pesquisa qualitativa e Centro de Atenção Psicossocial, dentre outros.

Nessa época, decidi fazer o Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental na EERP-USP. Foi uma decisão difícil por acarretar uma árdua rotina de estudos dividida entre a Especialização e o Mestrado. A Especialização teve duração de um ano e hoje percebo a sua importância para que eu me tornasse enfermeira psiquiátrica e entrasse em contato com professores e conteúdos que até então eu desconhecia.

No segundo semestre do Mestrado, participei do Projeto de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), quando experimentei a docência, supervisionando estágio da graduação em enfermagem da EERP-USP, além de conhecer um serviço de psiquiatria da região, uma unidade psiquiátrica de um Hospital Geral de Ribeirão Preto que se propõem a atender pacientes crônicos e agudos.

O PAE e todas as disciplinas cursadas, tanto as do Curso de Especialização quanto as do Mestrado foram importantes para delimitar ainda mais o meu objeto de estudo em torno da

avaliação da atenção aos familiares num Centro de Atenção Psicossocial Nossa Casa, em São Lourenço do Sul, sob um enfoque qualitativo. Acredito que ao avaliar a atenção oferecida aos familiares por um serviço de saúde, o CAPS, pode ser uma estratégia para tornar essas instituições mais eficazes no que se propõem a fazer, como estimular a participação da família no tratamento do seu familiar enfermo nos serviços de Saúde Mental.

Esta dissertação está vinculada ao projeto de pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) denominado CAPSUL, o qual é financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Em 2005, o MCT-CNPq e MS abriram o Edital 07/2005 para financiamento de pesquisas na área de saúde mental, com uma linha de pesquisa específica para avaliação dos CAPS. Mais de 200 projetos concorreram neste edital e o projeto de Avaliação CAPSUL foi um dentre os cerca de 20 dos selecionados. O projeto é coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvido em parceria com duas outras universidades públicas: a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Cascavel. O CAPSUL irá avaliar CAPS dos três estados, através de um projeto que se desdobra em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo, e propõe-se a investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados.

Na etapa qualitativa do CAPSUL estão sendo realizados cinco estudos de casos, dos quais São Lourenço do Sul é um deles. Esta etapa prevê a aplicação da metodologia de Avaliação de Quarta Geração, desenvolvidos por Guba e Lincoln (1989), numa avaliação construtivista que utiliza o círculo hermenêutico-dialético, tendo como foco três grupos de interesses: usuários, familiares, equipe.

Nessa etapa da pesquisa, o círculo hermenêutico-dialético foi aplicado aos familiares, equipe e usuários do CAPS Nossa Casa, localizado em São Lourenço do Sul, e o grupo de familiares tornou-se o foco desta dissertação, que tem o objeto de estudo da mesma centrado na atenção aos familiares.

A minha inserção no projeto de origem sobre avaliação surgiu ainda quando eu era bolsista de iniciação científica, ao participar da organização e da construção do projeto de pesquisa. Após ingressar entrar no mestrado fui convidada pela minha orientadora, coordenadora do projeto do CAPSUL, a entrar com a minha dissertação como um subprojeto da parte qualitativa, pois a temática do meu estudo também seria sobre avaliação em um CAPS da região sul do país.

A Avaliação de Quarta Geração desenvolvida por Guba e Lincoln (1989), utilizada na parte qualitativa do projeto CAPSUL, será a mesma utilizada por este estudo, norteando o processo teórico-metodológico da presente pesquisa.

Estudos de Bandeira, Pitta e Mercier (1999, 2000) abordam esse tema, mas sob a ótica quantitativa. No contexto de estudos qualitativos sobre o assunto, o de Furtado (2001) e o de Wetzel (2005) são alguns exemplos, pois abordam a Avaliação de Serviços em Saúde Mental na perspectiva qualitativa. Ao realizar este estudo qualitativo pretendi proporcionar aos familiares discorrerem sobre o atendimento prestado em um CAPS sob um enfoque em que a subjetividade e a singularidade da experiência do familiar pudesse ser explicada. Os aspectos estrutura física do CAPS, atendimento clínico, expectativas em relação ao serviço, equipe multidisciplinar, atenção dispensada aos familiares, normas, serviços de apoio aos familiares, informações sobre a patologia e o tratamento prestado entre outros assuntos apareceram no decorrer das entrevistas e serão abordados neste estudo.

Com essa pesquisa creio poder identificar aspectos positivos e negativos em relação a esses serviços substitutivos, tendo como sujeitos desse processo (a opinião) aqueles que

convivem diariamente com regulamentos, normas, falta de informações, desprezo e, principalmente, que convivem com o louco em casa. Frente à problemática apresentada e a necessidade de repensar a qualidade dos serviços de saúde mental prestados, sob a ótica dos familiares de usuários de um CAPS, é que se faz necessário este estudo.

Dessa forma, esta pesquisa tem como tema avaliação da atenção prestada aos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Nossa Casa, no município de São Lourenço do Sul, RS, sob uma abordagem qualitativa.

2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

2.1 Reforma Psiquiátrica e Família

O tema aqui abordado tem suas origens em um movimento de transformação da assistência psiquiátrica denominado Reforma Psiquiátrica. Este movimento de nível mundial repercutiu no Brasil, nos últimos anos, mais precisamente no final da década de 1970 (AMARANTE, 1996) e teve como objetivo criar modelos de atenção em Saúde Mental substituindo, assim, o hospital psiquiátrico, modelo tradicional de cuidar dos loucos.

Para Birman (1992, p. 71), o movimento da Reforma Psiquiátrica expressa “[...] uma maturidade teórica e política”, podendo ser entendido como estratégias de transformação em psiquiatria, que transcendem a busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontar a questões a um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais.

Os manicômios que serviam de depósito de pessoas passaram a ser substituídos por locais que visam à inclusão social e a desinstitucionalização do indivíduo portador de sofrimento psíquico. Kantorski, Machado e Oliveira (2000) afirmam que a internação em manicômios deu lugar à assistência oferecida nos serviços comunitários.

Para Amarante (1996, p. 101),

À medida que o manicômio vai sendo desativado vão também sendo construídas novas estruturas assistenciais, como centros de saúde mental territoriais, onde todas as funções básicas de um serviço assistencial psiquiátrico podem ser cumpridas, até mesmo a internação em período de crise.

A partir da fala de Amarante (1996), o ideal seria que à medida que os manicômios fossem desativados, novos centros de saúde mental de base comunitária fossem construídos para atender com qualidade os indivíduos mentalmente enfermos. Porém, vive-se, ainda, um processo de construção que tende a se aproximar de um ideal desejado, mas ainda encontra barreiras para atingi-lo.

Uma das inúmeras mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica é a de que o sujeito em sofrimento psíquico deva ser assistido em um sistema comunitário de saúde mental denominado Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a reinserção social deste indivíduo.

Entende-se a desinstitucionalização como um processo de desconstrução de velhas práticas manicomiais e a construção de novos saberes que privilegiam a subjetividade do sujeito, a autonomia e o livre exercício de cidadania. É preciso desconstruir os manicômios internos que ainda permeiam a sociedade, superando o paradigma doença/cura e voltando-se para o resgate e reconstrução dos indivíduos enquanto sujeitos que sofrem.

Concorda-se com a afirmação de Amarante (1996) e Rotelli et al. (2001) de que a desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades, a ser co-construída pelos atores sociais envolvidos no processo de mudança. Significa a superação dos antigos manicômios, a ruptura da causalidade linear doença/cura, sinal/sintoma e problema/solução. Rotelli et al. (2001) ressaltam: as novas instituições devem estar à altura da complexidade da tarefa de constante reconstrução do sujeito em sofrimento.

Uma das premissas da desinstitucionalização preconizadas pelo novo modelo que se propõe a romper com o modelo asilar é a Reabilitação Psicossocial. Para Saraceno (1996, p. 152) a reabilitação psicossocial consiste em um processo de “[...] reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. Ainda pode-se definir reabilitação como um processo pelo qual “[...] se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível de autonomia de suas funções na comunidade” (PITTA, 1996, p. 24).

Em relação a essas definições, pode-se entender que a reabilitação considera a complexidade do indivíduo, reintegrando-o à sociedade. A cronificação e o empobrecimento

do sujeito com transtorno mental não são intrínsecos à doença, mas ocasionados por um conjunto de variáveis externas ao indivíduo, em geral ligadas ao contexto da família e da comunidade, passíveis de intervenções. Por serem variáveis ambientais pressupõem intervenções que se distanciam de intervenções tradicionais de abordagem biológica (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR; LUSSI, 2006).

Para que ocorra, portanto, a efetiva reabilitação é fundamental a reinserção do indivíduo com transtorno mental na sociedade, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo saúde-doença. Nesse contexto, a reabilitação psicossocial precisa considerar o indivíduo na sua subjetividade, complexidade e individualidade, o que requer dos serviços de saúde mental, criatividade e engajamento para recolocá-lo novamente na sociedade. Essas atitudes exigem de todos os profissionais envolvidos compromisso e ética com o sujeito portador de transtorno mental.

A reabilitação psicossocial prevê programas, projetos terapêuticos totalmente individualizados de tratamento nos serviços comunitários de saúde mental. Para viabilizá-los e torná-los possíveis é preciso uma interlocução permanente entre comunidade, família e usuários dos serviços, pois todos são atores participantes desse processo. A sociedade também precisa ser trabalhada para incluir, receber e acolher os sujeitos com sofrimento mental, e os serviços de base territorial precisam atuar junto à comunidade, desmistificando um dos principais mitos em relação ao sujeito com transtorno mental, o de ser incapaz.

A reabilitação é um processo, um conjunto de intervenções desenvolvidas pelos serviços de saúde mental para facilitar a vida dos indivíduos em sofrimento psíquico, reintegrando-os à sociedade. Nesse sentido, diz Pereira (2003), a reabilitação é um amplo processo que propicia aos sujeitos com transtornos mentais a descoberta de recursos e potencialidades adormecidas e que devem ser “acordadas” e estimuladas pelos novos serviços de saúde mental.

Esse processo está em contínua transformação e construção, pois ele é exercitado na prática cotidiana dos serviços comunitários e pressupõe que esteja em retroalimentação permanente. E é por isso que a Avaliação de Quarta Geração desenvolvida por Guba e Lincoln (1989) será utilizada neste estudo, justamente por ser bastante pertinente à proposta de construção e transformação em conjunto com os atores sociais envolvidos, em um processo construtivista.

Não se deve acreditar ingenuamente que, na prática, a reabilitação psicossocial ocorra em todos os âmbitos das instituições de saúde mental, pois sua operacionalização é muito mais difícil. Dificuldades de ordem financeira, política, institucional e de capacitação dos recursos humanos parecem, muitas vezes, distanciar o discurso da prática nos Centros de Atenção Psicossocial e em outras modalidades de atendimento.

Os Centros de Atenção Psicossocial, definidos pela Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde como unidades locais/regionalizadas, contam com uma população adscrita definida pelo nível local e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2004a).

A equipe de atuação no Centro de Atenção Psicossocial deve ser multiprofissional e estar voltada a facilitar a interação paciente/família/comunidade, através de atividades desenvolvidas no serviço (KANTORSKI; MACHADO; OLIVEIRA, 2000). Na realidade, a equipe multiprofissional dos CAPS deve direcionar suas intervenções no sentido de buscar reabilitar o sujeito, reintegrando-o à sua família e à comunidade.

Esses serviços devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS possuem três níveis de funcionamento de acordo com a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002: CAPS 1, CAPS 2 e

CAPS 3, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de atendimento cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo-se constituir em um serviço ambulatorial de atenção diária que evite a internação em hospital psiquiátrico.

Nesse sentido, os serviços substitutivos aos manicômios devem superar a psiquiatria tradicional que visa à cura, até porque esses serviços não pretendem curar o usuário, “[...] mas adaptá-lo num grupo, tornando-o novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 52).

De acordo com Pitta (1994), os CAPS são estruturas terapêuticas responsáveis por cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos severos; egressos de internações psiquiátricas; encaminhados de centros de saúde; de pronto atendimento; de ambulatórios; de hospitais gerais e da comunidade em geral. A nomenclatura Centro de Atenção Psicossocial surgiu na Manágua revolucionária, em 1986. Em meio a todas as dificuldades de materiais, em uma economia arruinada pela guerra, cuidavam-se das pessoas com problemas psiquiátricos, utilizando líderes comunitários, materiais improvisados com sucatas, desenvolvendo uma criativa experiência de reabilitação (PITTA, 1994).

Nessa década, diversos países estavam passando por um repensar no modelo assistencial em psiquiatria, conseqüentemente a América Latina elaborou um documento de fundamental importância para as políticas adotadas na área da Saúde Mental, intitulado de “Declaração de Caracas”, foi um importante marco para dar início à efetiva reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil (CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE, 1990). Através dele os governantes de países da América Latina se comprometeram a promover as transformações no modelo

hospitalocêntrico, e também garantiu os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários, além de preconizar a sua permanência no meio comunitário e familiar.

Nesse período, instaurou-se, no Brasil, um movimento social de luta antimanicomial com representantes de todos os níveis de interesse, visando uma sociedade sem manicômios. Esse movimento sistematizou um conjunto de documentos legais rumo à desinstitucionalização, no início da década de 1990, culminando na aprovação recente de uma nova legislação nacional. A antiga lei era de 1934 e estava totalmente obsoleta.

A Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de abril de 2001), de autoria do deputado Paulo Delgado, dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos em sofrimento mental redirecionando o modelo de assistência em saúde mental, regulamentando o cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação arbitrária, involuntária e/ou desnecessária (BRASIL, 2004a).

O Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros a aprovar a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9.716, de agosto de 1992) que propôs a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por uma rede de atenção integral à saúde mental e a regulamentação da internação compulsória (BRASIL, 2004a). Assim, este estado ocupa uma posição de destaque no cenário nacional, por ter sido o primeiro estado a mudar a legislação até então vigente, seguido pelos estados de Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Alagoas, Paraná e o Distrito Federal, os quais aprovaram leis semelhantes (HIRDES, 2000).

Em decorrência desses acontecimentos, uma série de portarias¹ do Ministério da Saúde foi elaborada a partir da década de 1990, ampliando a reestruturação da assistência em saúde

¹ Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991; Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992; Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992; Portaria/SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992; Portaria/SAS nº 088, de 21 de julho de 1993; Portaria/SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994; Portaria/SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994; Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999; Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria/GM nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000; Portaria/GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001; Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002; Portaria/GM nº 816, de 30 de abril de 2002; Portaria/GM nº 817, de 30 de abril de 2002;

mental e definindo normas para o funcionamento dos serviços comunitários, além de estabelecer o financiamento de ações e serviços substitutivos em saúde mental (BRASIL, 2007).

A partir das leis e portarias de saúde mental privilegiou-se a criação de serviços substitutivos aos manicômios: Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), redes de atenção à saúde mental, oficinas terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e lares assistidos.

As transformações nessa área foram fundamentais para melhorar a qualidade da assistência em saúde mental e a implantação de serviços comunitários. Denúncias de maus tratos, mortes e violação dos direitos humanos propiciaram uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989, o que pode ser considerado um marco na história da psiquiatria no Brasil na tentativa de reverter o modelo manicomial e asilar. Segundo Bezerra Júnior (1992), esta pode ser considerada a primeira experiência concreta na desconstrução de um modelo tradicionalmente asilar.

O mencionado até aqui permite lançar o **primeiro pressuposto**: a necessidade da utilização da reabilitação psicossocial e da inclusão da família, preconizada pela reforma psiquiátrica, como referencial para a organização dos serviços de saúde mental, no direcionamento da reinserção social do sujeito em sofrimento mental.

No novo paradigma de atendimento procura-se a reintegração social do portador de transtorno mental, mediante o auxílio da família e sua integração nos serviços de saúde

Portaria/SAS nº 305, de 3 de maio de 2002; Portaria/SE nº 758, de 29 de dezembro de 2005; Portaria/SAS nº 169, de 16 de março de 2006; Portaria/SAS nº 286, de 20 de abril de 2006; Portaria/SAS nº 334 de 22 de maio de 2006; Portaria/SAS nº 551, de 21 de julho de 2006; Portaria/SAS nº 561, de 2 de agosto de 2006; Portaria/SAS nº 704, de 26 de setembro de 2006; Portaria/SAS nº 845, de 14 de novembro de 2006; Portaria/GM nº 3.310, de 27 de dezembro de 2006; Portaria/SAS nº 95, de 1º de março de 2007; Portaria/SAS nº 307, de 8 de maio de 2007; Portaria/SAS nº 351, de 25 de junho de 2007 (Brasil, 2007).

mental, objetivando a superação do manicômio enquanto espaço de segregação, tutela e de isolamento.

Os serviços comunitários, preconizados pela Reforma Psiquiátrica e respaldados por leis e portarias, visam à reabilitação psicossocial e a reinserção social do indivíduo mediante projetos terapêuticos individuais, realizados por uma equipe multiprofissional. Esse novo enfoque difere do modelo tradicional centrado nos sinais e sintomas, na medicalização da loucura, na exclusão social e no distanciamento da família do tratamento.

Os serviços substitutivos têm, de saída, a recusa ao modelo sintomático tradicional em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente (GOLDEBERG, 1996).

A preocupação de trazer a família para mais próximo dos serviços de saúde mental, do tratamento e da equipe interdisciplinar tornou-se notório a partir da Reforma Psiquiátrica, na qual, até então, o usuário e o seu familiar não tinham voz ativa no tratamento, e suas raízes, seu passado eram negados.

Uma das mudanças proporcionadas pela reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de estimular a família a participar do cuidado junto aos serviços de saúde, possibilitando ao usuário permanecer o maior tempo possível junto a sua unidade de cuidado. Com essas transformações, os serviços de saúde mental passaram a formar parcerias de cuidado, fazendo com que as famílias, assumissem um papel importante e ativo no tratamento, estabelecendo assim, uma rede de relações entre família, usuário, serviço de saúde e sociedade.

A família é fundamental para a formação do indivíduo, pois constitui a base principal para o desenvolvimento do ser humano. Entende-se que o indivíduo tem sua concepção de família, seja ela constituída de pai, mãe e filhos ou simplesmente de pessoas que se vêem e se percebem família, unindo-se através de laços afetivos, independente de consangüinidade: pessoas ligadas entre si por diversas razões.

Para Elsen (1994b), a família é, na maioria das vezes, a unidade de saúde para seus membros, pois é ela que, de forma explícita, cuida da saúde de seus integrantes. Isso faz com que essa unidade de cuidado torne-se um referencial para os serviços de saúde, na busca de informações para a identificação do problema.

Com a desinstitucionalização do louco, as práticas assistenciais foram, aos poucos, visualizando a família do portador de transtorno mental como um grande aliado, passando a dividir a responsabilidade pelo cuidado e pela inserção social. Já, no modelo manicomial, a família era excluída do tratamento e chegou a ser considerada por Pinel como a causadora da doença, porque a alienação poderia ter a influência de uma educação corrompida e do desregramento no modo de viver (PESSOTTI, 1996).

O novo papel da família foi reafirmado no Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), afirmando que os serviços substitutivos deveriam incluir ações dirigidas aos familiares e ao portador do transtorno mental, visando a inserção social e respeitando as particularidades individuais. Assim, a família é chamada a uma conscientização de seus direitos, viabilizando o exercício da sua cidadania.

Aumentar a qualidade dos serviços de saúde mental é uma meta incentivada pela Organização Mundial da Saúde. Nessa perspectiva, a família tem recebido uma atenção crescente, pois a sua participação nos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, no tratamento do usuário, é cada vez mais requisitada e imprescindível.

Os atuais programas de atenção à saúde buscam recolocar a família em uma posição de responsabilidade pelos cuidados de seus membros e torná-la agente de transformações nas diversas áreas de assistência (MORENO; ALENCASTRE, 2004). Com as transformações na assistência em Saúde Mental, a questão da cidadania tanto dos pacientes quanto das famílias vêm permeando os discursos dos profissionais de saúde, e, sob a ótica de Elsen et al. (1992) a cidadania requer participação, através da relação entre o indivíduo e a coletividade. Os autores

ainda afirmam que as famílias devem assumir um papel ativo, participativo no tratamento de seu familiar e, em uma visão macro, na sociedade.

O termo família origina-se do latim *familius*, que significa um grupo composto por um chefe ou senhor, seus servos e dependentes (PRADO, 1984). Na atualidade, diz Elsen et al. (1992), família pode ser considerada uma unidade dinâmica que se estrutura e se organiza de forma própria e singular, com objetivos comuns enquanto unidade.

Para que a participação da família no cuidado seja saudável e positiva para o usuário é preciso que os serviços estejam preparados para atender a família na sua totalidade, preocupando-se com seu cotidiano e com sua base estrutural. Cavalheri (2002) afirma que houve uma intensificação das exigências de comprometimento da família no cuidado do seu familiar adoecido, modificando, significativamente, sua trajetória de participação nesse processo assistencial.

Nessa perspectiva, a família deve buscar, junto com a equipe do serviço de saúde mental, melhor alternativa para os problemas desencadeados pelo transtorno psíquico, ajudando na elaboração e na proposição de um cuidado digno e ético para essa pessoa em sofrimento (ELSEN; WAIDMAN, 2005). Ao propor que a família esteja junto com o serviço e com o paciente, resgata-se a sua inclusão ativa no *setting* terapêutico.

A partir do momento em que os serviços solicitam à família para participar do contexto do tratamento de seu membro adoecido psiquicamente, os serviços devem, de acordo com Elsen e Nitschke (2000, p. 45), trabalhar com a família dentro do “[...] trânsito entre o micro e o macrossocial, entre o ser humano na sua individualidade e na sua coletividade”. Na realidade, os serviços devem transcender essa relação de parceria, criando um ambiente de troca mútua e de relacionamento entre cidadãos, porque o relacionamento interpessoal é um dos eixos das diretrizes atuais da assistência psiquiátrica, visando à promoção da saúde mental.

A função da família no processo do tratamento terapêutico tem sido considerada a partir do momento em que se observou a vivência do sujeito em sofrimento mental no contexto do manicômio, que tinha por objetivo simplesmente de reeducar, punir, normatizar as condutas consideradas desviantes e excluir o paciente do aconchego familiar. Nesse contexto de construção de identidade, a família pretende ser incorporada ao tratamento e ouvida, pois sua opinião expressa sua relação com os serviços prestados ao seu familiar enfermo e, em um contexto macro, a qualidade dos serviços de saúde mental.

As famílias, no contexto do manicômio, eram excluídas de qualquer participação no tratamento do doente mental. Somente a partir das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica a responsabilidade de cuidar do louco foi compartilhada. Souza, Pereira e Scatena (2002) reforçam essa idéia, quando dizem que o aumento do comprometimento familiar foi causado pelas mudanças na assistência psiquiátrica.

Rocha et al. (2000) reforçam a dificuldade de conviver com a doença na família, dizendo ser fundamental, no processo de estabilização da doença, a participação e a colaboração do familiar no tratamento. Sabe-se que não basta apenas “entregar” o doente novamente à sua família. É preciso um amplo aparato de apoio para que a mesma consiga superar suas dificuldades e diminuir a sobrecarga a que está exposta. Caso essa necessidade não seja contemplada pelos serviços de saúde mental, a família pode, até, abandonar o seu familiar à própria sorte.

As pesquisas de Hirdes e Kantorski (2005), Nasi, Stumm e Hildebrandt (2004), Pereira (2003) e Furegato et al. (2002) apontam um desgaste físico e mental das famílias com um sujeito em sofrimento mental e uma falta de apoio e suporte da maioria dos serviços especializados na área. Uma família bem instruída por esses serviços pode resolver problemas cotidianos, intervir nas crises e promover a recuperação de seu familiar. A sobrecarga familiar é apontada, nesses estudos, como um dos principais motivadores para a internação dos

sujeitos com transtorno mental em hospitais psiquiátricos, justamente por não saberem lidar/manejar o seu familiar enfermo.

Entende-se que realmente não deva ser fácil ter um indivíduo com transtorno mental em casa, havendo uma alteração na rotina familiar em decorrência dos cuidados que estes indivíduos necessitam. Corroborando com essas idéias, Nasi, Stumm e Hildebrandt (2004) relatam, em seu estudo, que as famílias tendem a se adaptar com a presença da patologia, inclusive precisando restringir participações em eventos sociais pelo preconceito da sociedade, além de precisar intensificar a atenção ao sujeito com transtorno mental.

Há sobrecarga familiar durante as crises, desgaste físico, pois os integrantes da família devem dar conta das atividades cotidianas, há desgaste mental, porque a ansiedade e a sensação de perda de controle dos demais membros da família tomam conta. Essas são algumas das dificuldades que os familiares de um indivíduo em sofrimento psíquico enfrentam.

Nesse contexto, fica evidente a necessidade de suporte para a família manejar as dificuldades que enfrenta no seu dia-a-dia. A figura feminina é apontada, em diversos estudos, como a principal cuidadora do seu familiar enfermo, assumindo cuidados básicos mesmo quando se sente cansada e com poucos aportes (PEREIRA, 2003; OLIVEIRA; LOYOLA, 2004; SOUZA; SCATENA, 2005).

Pereira (2003) realizou uma pesquisa qualitativa, entrevistando dez familiares de sujeitos com transtornos mentais, com o objetivo de identificar representações sociais dessas famílias sobre a doença mental. Dos resultados emergiram três categorias: representações organicistas da doença mental, hereditariedade e contexto e representações da doença mental em nível subjetivo. Na primeira categoria, a visão organicista ficou evidente nas falas dos familiares, reduzindo o sujeito com transtorno mental a um objeto estragado, o que os levou a recorrer à igreja e à benzedeira. Na segunda categoria, apareceu a idéia de hereditariedade, ou

associada ao sobrenatural, e, na terceira categoria, a subjetividade da pessoa e sua dimensão social foram valorizadas. A autora finalizou o estudo sugerindo que os serviços de saúde ampliem as possibilidades de uma assistência digna, melhorando a relação entre profissionais, pacientes e seus familiares.

Acredita-se que esses aspectos descritos acima decorrem de concepções que a família vai construindo sobre o transtorno mental ao longo de sua trajetória, aliada a uma falta de suporte e apoio por parte dos serviços de saúde mental que ainda não visualizaram a família como um agente facilitador no processo de reabilitação psicossocial do sujeito enfermo mentalmente. À medida que cresce a proposta de uma assistência mais abrangente e ampliada, aumenta a necessidade de eficiência do serviço de saúde no cumprimento de seu papel.

A família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para os sujeitos em sofrimento psíquico ela possui especial importância, pelo fato de esses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de cuidados e acompanhamento dos membros do grupo familiar (NASI; STUMM; HILDEBRANDT, 2004). Desse modo, os serviços de Saúde Mental devem identificar a rede de relações sociais do indivíduo enfermo para construir estratégias que propiciem intervenções reais e concretas e que estas sejam menos reducionistas e mais abrangentes.

A família tem um papel importante no processo de ressocialização e de reabilitação do seu enfermo em especial pela sua aproximação com o familiar enfermo e pela sua responsabilidade no sucesso do tratamento. Portanto, deve ter sua opinião, em relação aos serviços prestados, valorizada até para a própria qualidade do tratamento fornecido aos indivíduos com transtorno mental.

A partir do exposto, lança-se **segundo pressuposto**: a reabilitação psicossocial, preconizada pela reforma psiquiátrica, suscita um novo papel dos familiares de usuários junto

aos serviços substitutivos – o de agentes terapêuticos e de agentes facilitadores – no processo de responsabilização pelo sujeito em sofrimento psíquico.

Com a inclusão da família no *setting* do tratamento, assumindo diversos papéis, o de agente terapêutico e de facilitador, faz com que essa unidade de cuidado assuma responsabilidades o que lhe dá a condição e a qualifica ser agente avaliadora dos serviços prestados pelos CAPS. É nessa perspectiva que esse estudo se centra, visualizando a unidade familiar como agente avaliador e qualificado para assumir tal posição, tornando-a, conseqüentemente, um grupo de interesse com mais poder político em relação ao serviço.

A partir da década de 1970, percebeu-se a íntima ligação entre atenção, satisfação do usuário-familiar e qualidade dos serviços de saúde (TRAD et al. 2002). A avaliação dos serviços em saúde mental tem recebido crescente atenção, o que denota maior preocupação em valorizar a participação do conjunto de pessoas envolvidas no processo de atenção e a qualidade desses serviços. A participação e o fortalecimento da sociedade no âmbito do SUS pressupõem um usuário do sistema de saúde crítico, em condições de avaliar e modificar o próprio sistema.

Já, a década de 1990 foi caracterizada pelo processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde, em parceria com os Estados e Municípios, assumiu a implementação do SUS e estabeleceu como metas as seguintes diretrizes políticas: acesso Universal e Igualitário, novo Modelo de Atenção em Saúde, Descentralização, Informação em Saúde, Participação Social, entre outros (BRASIL, 1991b; NERY; VANZIN, 1994).

O SUS significa um avanço em relação às políticas públicas, entretanto, há a necessidade de uma atenção humanizada e integral do cuidado prestado ao usuário e de qualidade técnica prestada da assistência, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada problema. Os aspectos falta de recursos materiais, humanos, as

condições de trabalho a que os trabalhadores estão submetidos influenciam a qualidade dos serviços prestados aos usuários (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Com essas dificuldades, o grau de satisfação dos usuários com os serviços recebidos tem sido considerado por dois principais motivos: serve como indicador de qualidade desses serviços e também é um fator que contribui para potencializar as intervenções realizadas nos serviços comunitários.

Nessa perspectiva, Donabedian (1984) considera a satisfação do usuário fundamental na mensuração do cuidado, por fornecer informações sobre o êxito daquele que presta o serviço em relação aos valores e expectativas do indivíduo. Esse autor considera, ainda, a satisfação como importante instrumento para administração e planejamento dos serviços de saúde. A satisfação é um fenômeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, que varia de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e, ao longo do tempo, para a mesma pessoa (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004).

Há quatro grupos principais de determinantes da satisfação, diz Weiss (1988): características dos indivíduos, incluindo as sociodemográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado de saúde atual; características dos profissionais que prestam o atendimento, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e o cuidado prestado; aspectos da relação médico-paciente, incluindo o estilo de comunicação entre os dois, e o encontro, e no último grupo são os fatores estruturais e ambientais, incluindo a forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta, entre outros.

Na perspectiva do SUS, a atenção integral deve ser uma das premissas dos serviços de saúde e uma responsabilidade ética dos profissionais. Segundo Ferreira (1999), atenção é a aplicação cuidadosa da mente a alguma coisa; exame atento; reparo. Ato ou palavra(s) que demonstra(m) consideração, urbanidade a ou para com alguém. A palavra atendimento, segundo o mesmo autor, significa dar ou prestar atenção; atender, observar; atender com

atenção ou cortesia. Pode-se notar que a palavra “atenção” tem sido bastante utilizada pelos serviços de saúde, talvez pelo fato de que tenha um significado mais amplo, mas abrangente do que simplesmente atender o usuário.

A atenção em saúde está intimamente relacionada ao acolhimento e integralidade, podendo ser considerada uma estratégia de melhoria de qualidade dos serviços de saúde e de cuidados prestados pelos profissionais. Corroborando com estas idéias, Pinheiro (2002) define integralidade como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde.

Para Merhy (1994), o acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. O acolhimento está na criação de vínculo, no cuidado humanizado, na escuta, na fala e, principalmente, nos gestos de quem está prestando a atenção integral.

Observa-se que a atenção em saúde está atrelada ao cuidado humanizado integral, ao acolhimento e à criação de vínculo. Se todas essas premissas forem contempladas pelos trabalhadores em saúde, melhorará a qualidade dos serviços de saúde, satisfazendo os usuários e familiares. A atenção à saúde e o sistema de saúde objetivam conferir aos indivíduos, família e comunidade cuidado humanizado nas ações e serviços de saúde, ampliando máxima qualidade de assistência, acolhimento das pessoas e a resolutividade de cada caso (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998, 2001; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Nesse cenário, deve-se incorporar a opinião do usuário à melhoria dos serviços, proporcionando a participação social e criando mecanismos para recebê-las, entendê-las e, principalmente, atendê-las, aproveitando-as para melhorar a qualidade desses serviços (INFANTE; ABREU, 2004). As queixas devem ser utilizadas como fonte de evidência para

compreender os problemas que os usuários e familiares assinalam e, com isso, implementar programas de melhoria da qualidade dos serviços e programas ofertados.

A construção de uma atenção integral e humanizada deve estar voltada para a qualidade da assistência e não somente fazer parte do discurso dos profissionais. O aspecto qualidade do relacionamento que se estabelece entre profissionais de saúde e os usuários no processo de atenção deve ser fundamental na construção do processo de atenção humanizada.

A humanização da atenção constitui responsabilidade mútua entre o serviço de saúde, a comunidade e o estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001). Para Carvalho e Campos (2000), a lógica da organização do sistema de saúde deve garantir ao usuário acesso, acolhimento e vínculo, elementos importantes para uma atenção integral.

A atenção integral aos usuários confere a qualidade nos serviços e a competência profissional em utilizar o saber na construção de respostas às necessidades dos usuários. Quando essas necessidades não são atendidas surgem as queixas e o sentimento de insatisfação. A insatisfação e as queixas sempre existiram, porém, atualmente, abriram-se opções para que os usuários e seus familiares manifestarem sua satisfação ou sua insatisfação, pois, a partir delas, acontece o estudo para a intervenção da melhoria da realidade dos serviços.

Quando a queixa é manifestada, o indivíduo cria a expectativa de que se faça alguma coisa para corrigi-la e é nessa direção que a pesquisa avaliativa e qualitativa deve operar. Não basta, apenas, identificar pontos de insatisfação, mas tentar gerar mudanças em relação à problemática evidenciada pelos principais beneficiários desse serviço de saúde.

Akerman e Nadanovsky (1992) afirmam que as queixas dos usuários desencadeariam um movimento de transformação na direção da qualidade desejada, pois seria ineficaz se apenas identificasse a insatisfação e as queixas e nada mudasse na prática, conseqüentemente

a atenção integral e humanizada continuaria deficiente. Assim, aspectos importantes, entre os quais modo de vida, crenças e concepções sobre o processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde devem ser considerados, porque esses fatores influenciam os modos de utilização dos serviços pelo usuário e pelo seu familiar.

Trad et al. (2002) afirmam que as combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável influenciam o retorno do usuário ao serviço de saúde. Contudo, pode-se afirmar que a decisão de utilizar um serviço de saúde é a última decisão de uma série de medidas que o usuário e sua família devem tomar, e é um resultado baseado em experiências anteriores, além das características pessoais de cada indivíduo ou grupo de família.

Mecanismos que permitam a reflexão da prática profissional e de avaliação e reorganização da assistência em saúde devem fazer parte de todo um processo de construção de uma atenção integral.

Os CAPS são considerados serviços transformadores da assistência em Saúde Mental, e é no cenário de acolhimento, de atenção humanizada e integral que devem ampliar e oferecer maior resolutibilidade aos problemas dos usuários e também das famílias envolvidas. É por isso que este estudo tem a proposta de avaliar a atenção oferecida aos familiares de um CAPS da região Sul do país, pois acredita que este serviço deva oferecer uma atenção mais abrangente visando às necessidades e à totalidade da unidade familiar.

No contexto da avaliação existe um consenso em relação ao fato de que avaliar significa emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção ou um de seus componentes (GUBA; LINCOLN, 1989; SILVA; FORMIGLI, 1994; AGUILAR; ANDER-EGG, 1995; WETZEL, 2005). Acredito que um processo avaliativo deve tirar lições da experiência, do

dia-a-dia e, principalmente, aperfeiçoar atividades já desenvolvidas, isto é, das atividades em curso, pois, assim, poderia provocar mudanças da realidade em questão.

Há a necessidade de se conhecer com maior profundidade a clientela usuária dos serviços, sendo primordial que se conheça quem é, como é constituída, que necessidade tem e qual a sua expectativa frente aos serviços oferecidos (TANAKA, 1988). Os serviços de saúde, ao conhecer a sua clientela, poderão ir ao encontro de suas expectativas e, conseqüentemente, rumo à satisfação dos usuários e seus familiares.

No contexto do estudo em questão, é importante que, em um processo avaliativo, se incluam opiniões diferentes e divergentes dos envolvidos no serviço de saúde para que, no final desse processo, os resultados contemplem, no caso deste estudo, os familiares satisfeitos e os insatisfeitos.

Em uma pesquisa avaliativa e qualitativa, neste caso, o estudo em questão, é preciso preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, tornando-se capaz de refletir a totalidade das suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1993).

Para Tanaka (1988), quem se propõe a utilizar um dado serviço já tem a predisposição a aceitar o atendimento da forma como ele é oferecido, mesmo que este não seja condizente com o que considera melhor. Ou seja, há um conformismo em aceitar o serviço que lhe é oferecido por não ter condições de comprar aquele que gostaria. Observa-se que essa mentalidade está mudando e que os usuários e seus familiares estão cada vez mais conscientes de seus direitos enquanto cidadãos e, por isso, mais exigentes de um serviço de saúde com qualidade.

2.2 Avaliação dos Serviços de Saúde Mental

A partir da década de 1960, os serviços passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na valorização do mercado. A qualidade dos serviços passou a ser encarada como parte dos direitos sociais da população não só do setor privado, mas, também, do setor público (NOVAES, 2000). Nesse contexto, os serviços de saúde tornaram-se alvo de avaliação tanto pelos órgãos do governo quanto pelos próprios consumidores e clientes.

A pesquisa avaliativa deve contemplar a necessidade de inclusão de diferentes pontos de vista e valores, viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação, considerar o inevitável caráter político da pesquisa avaliativa e capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado (FURTADO, 2001).

No Brasil, a importância da avaliação das políticas públicas é reconhecida em documentos oficiais e científicos, mas esse reconhecimento ainda não se traduz em processos de avaliação sistemáticos e consistentes que subsidiem a gestão pública (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998). Em verdade, nota-se que o Brasil ainda não tem o costume de avaliar suas políticas, programas e, tampouco, seus serviços de saúde.

A avaliação pode, segundo as funções que deve cumprir, ser classificada em somativa e formativa. A avaliação formativa fornece informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo somativa fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (FURTADO, 2001; AGUILAR; ANDER-EGG, 1995; STENZEL, 1996).

A avaliação somativa julga a efetividade do programa, sendo freqüentemente solicitada pelos financiadores, é claramente uma abordagem dedutiva. Indo de encontro da somativa, a avaliação formativa enfoca caminhos para o desenvolvimento do programa ao invés de realizar julgamentos definitivos sobre a efetividade. Sua abordagem é indutiva, com critérios menos formais em uma busca aberta do que ocorre no programa (PATTON, 1987; CAMPOS, 2000). Campos (2000) ressalta que a avaliação formativa, voltada para o desenvolvimento de intervenções, tem-se multiplicado nas últimas duas décadas, pois são centradas na perspectiva dos clientes em potenciais.

Para Guba e Lincoln (1989), o campo da avaliação vem se sofisticando desde o seu surgimento, e o seu percurso histórico nos últimos cem anos pode ser dividido em quatro gerações:

- a) a primeira geração se caracteriza pela mensuração e estaria atrelada à avaliação do desempenho de escolares. Nesta fase, o avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários, etc.;
- b) com a segunda geração, caracterizada pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade, identificada nos EUA, de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não somente medir resultados, como na primeira geração;
- c) a terceira geração caracteriza-se pelo julgamento e tem seu marco inicial a partir do final dos anos 50. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida daquela de estabelecer os méritos de programa avaliado.

Guba e Lincoln (1989) apontam graves problemas e limitações comuns às três gerações: tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos, incapacidade em acomodar o pluralismo dos atores envolvidos e a desconsideração do contexto, privilegiando os métodos quantitativos.

A partir dessas limitações, os autores propõem a Avaliação de Quarta Geração, que se caracteriza como um processo sensível ao meio, compreensiva e includente aos diferentes grupos de interesse. É nesse contexto de avaliação participativa que este estudo se propõe a avaliar a atenção oferecida aos familiares num CAPS da região sul do país, na perspectiva desse grupo de interesse, pois visualiza, na Avaliação de Quarta Geração, uma forma de incluir as diferentes opiniões dos familiares sobre o serviço substitutivo.

No campo da saúde mental, nos últimos anos também houve um visível interesse pelo tema da avaliação em saúde, intensificando pelo notável aparecimento de novos serviços, decorrentes de um amplo processo de transformações denominado Reforma Psiquiátrica.

Os novos serviços de saúde mental procurasse operar numa perspectiva diferente do que a dos hospitais psiquiátricos. Operaram e operam através de uma construção teórica e técnica, social e política ao lidar com o sofrimento psíquico, indo de encontro à psiquiatria clássica (CARVALHO; AMARANTE, 1996). O surgimento dos serviços substitutivos aos manicômios provocou o debate, em saúde mental da questão da necessidade de novos instrumentos de avaliação desses serviços e das ações geradas por eles por eles. Verificou-se, contudo, que os indicadores clássicos não têm sido suficientes e têm-se mostrado inadequados para serem usados nos novos serviços de saúde mental (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

A avaliação é um processo importante para o planejamento estratégico à medida que permite a formulação de juízos com o objetivo de chegar a conclusões fundamentadas que subsidiem ações futuras. Dessa forma, a avaliação somente se justifica quando permite uma retroalimentação dos processos em curso, a fim de corrigir, sanar ou evitar eventuais erros,

estabelecendo estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

O processo avaliativo é fundamental para saber o rumo dos novos serviços e saber se realmente suas práticas são eficazes no que se propõem. Há um receio eminente que esses serviços acabem caíam na monotonia e repitam, na prática, o que vieram combater: a psiquiatria clássica. Não bastam apenas novos serviços de saúde mental, mas novas práticas no campo ético e assistencial que rompam com o modelo psiquiátrico tradicional. Há uma significativa importância dos processos de avaliação para a reforma das políticas públicas, modernização e democratização da gestão pública, porque esses processos têm a premissa de serem estratégicos e viabilizadores de uma práxis social.

No cenário de transformações na assistência psiquiátrica ainda são escassos os estudos que priorizam a avaliação dos novos serviços de saúde mental, tanto em relação à qualidade quanto ao acompanhamento dos resultados que permitam auxiliar nas mudanças estratégicas (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

O processo de desinstitucionalização da assistência em saúde mental fez nascer a necessidade de reflexão sobre essa nova política de assistência. A pesquisa avaliativa nesse cenário deve possibilitar a inclusão de diferentes opiniões e valores dos envolvidos com os novos serviços. Deve, também, viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação e, principalmente, “empoderar” os atores sociais envolvidos (trabalhadores e usuários), possibilitando que se apropriem dos conhecimentos ligados à realização de um processo avaliativo (ONOCKO-CAMPO; FURTADO, 2006).

Nesse contexto, a participação e o envolvimento dos grupos de interesse no processo avaliativo e na construção de indicadores de avaliação vêm sendo discutidos ao longo das últimas décadas por diversos autores (GUBA; LINCOLN, 1989; CAMPOS, 1997; FURTADO, 2001). Em inglês, *stakeholders*, os grupos de interesse ou os implicados são

definidos como indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários de um processo avaliativo. Os indivíduos pertencentes a determinado grupo de interesse possuem características comuns (pais, usuários, familiares, gestores...) e interesse no produto ou no objeto da avaliação. Esses implicados poderão, e certamente, serão atingidos pelas consequências do processo avaliativo.

No presente estudo, entende-se que é fundamental a participação de alguns grupos de interesse (família, usuário e equipe) justamente pela proximidade com o serviço que será avaliado, para que os resultados possam ir ao encontro das solicitações e das reivindicações dos sujeitos implicados.

Para Galera (2002), até pouco tempo atrás somente os profissionais de saúde eram considerados “*experts*” para emitir opinião sobre as necessidades dos usuários e sobre a eficácia das intervenções. A inclusão de usuários dos serviços de saúde e de familiares no papel de avaliadores é uma forma nova de considerar o sistema de saúde.

É importante ressaltar e desmistificar a avaliação enquanto processo de fiscalização, monitoramento e de posterior punição, pois há um consenso na população que avaliar é vigiar e, após isso, nada de prático irá ser mudado. É nessa concepção errada que muitas avaliações foram realizadas na época anterior à Reforma Psiquiátrica e é justamente isso que as atuais avaliações querem combater.

Há uma íntima ligação entre avaliação e monitoramento e ambos são ferramentas que devem ser utilizadas tendo em vista a qualidade dos serviços, afirma Hartz (2000). A autora preconiza que o monitoramento seja voltado para a análise continuada dos sistemas de informação, produtos e situações de saúde, enquanto a avaliação, facilitada pelo monitoramento, deve objetivar a efetividade e o impacto das mudanças. É necessário, portanto, que as pessoas percebam que monitorar um serviço de saúde é importante para saber como este vem desenvolvendo e o que se propõe a fazer.

Segundo Pitta (1992), avaliar deve significar mais que a discussão de custo-benefício. Avaliar é contemplar modelos de assistência que envolvam a diferença, destacando o conceito de qualidade como melhor, porque inclui aspectos da vida interpessoal. Assim, a análise de qualidade apenas pelo resultado seria deficitária, pois não incluiria mudanças na prática profissional. É necessário criar um processo avaliativo que consiga monitorar melhor as transformações do cotidiano das ações e no âmbito interpessoal das relações.

O modelo a ser construído para avaliação de serviços de Saúde Mental não deve considerar somente a supressão ou a redução dos sintomas, mas analisar a inserção familiar no trabalho e na vida cotidiana. Essas variáveis são denominadas *soft* em função de sua difícil mensurabilidade por envolver motivação de técnicos, expectativas e satisfação da equipe e usuário com o serviço. Os autores não negam a importância das variáveis *hard*: número de técnicos, número de salas, carga horária, entre outras (ALMEIDA; ESCOREL, 2001). As variáveis *soft* dificilmente seriam captadas em um processo avaliativo que se resumisse apenas a dados quantitativos e isso mostra a importância de se avaliar qualitativamente também esses novos serviços de saúde mental.

Quando se pensa em avaliação surgem questões que o processo avaliativo deve se propor a responder: Para que avaliar? Quais são os objetivos da avaliação? Qual método empregar? O que deve e pode ser avaliado? Quem participa do processo de avaliação? (CARVALHO; AMARANTE, 1996). No decorrer deste estudo, propõe-se responder todos esses questionamentos sobre avaliação.

A avaliação de serviços tem suas matrizes teóricas oriundas de outras áreas de conhecimento, pois ela utiliza os mesmos métodos e técnicas da pesquisa social, não possuindo métodos e técnicas próprios (DESLANDES, 1997). Concorde-se com esse autor quando afirma que um serviço ou um programa é entendido como um processo que possui movimento e dinâmica própria. Deve-se considerar a ação de atores distintos que se aliam e se

contrapõem. Dessa forma, avaliar é decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e à prática dos agentes que o serviço ou programa envolvem.

Nesse contexto, o presente estudo pretende identificar pontos obscuros, desvendar problemas e conflitos de modo a melhorar a qualidade dos serviços prestados a todos os atores envolvidos no cenário do serviço de saúde, no qual se realiza o processo avaliativo.

A maior parte dos estudos envolvendo avaliação no campo da saúde mental está relacionada a parâmetros epidemiológicos clássicos (modelos estatísticos) e a auditorias externas, com o objetivo de verificação do bom funcionamento dos serviços (CARVALHO; AMARANTE, 1996) e que na prática não tem como finalidade a transformação para uma melhoria do serviço. O que se pretende com este processo avaliativo é conseguir captar questões que com o método quantitativo seria inviável. Questões envolvendo subjetividade e complexidade do são captadas através de métodos qualitativos, indo muito além de dados epidemiológicos quantificáveis.

As abordagens qualitativas não se preocupam com generalizações. Os dados desse tipo de pesquisa visam à compreensão profunda dos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social (WETZEL, 2005). Para o desenvolvimento de um estudo qualitativo o pesquisador deve ter flexibilidade e criatividade para captar aspectos subjetivos que em uma abordagem quantitativa seriam difíceis de captar.

Há, atualmente, uma necessidade de desenvolvimento de avaliações de serviço, principalmente quanto à dimensão qualitativa, tendo em vista que os resultados podem influenciar a formulação de políticas de saúde (CAMPOS, 1990).

No final dos anos 1980, a supremacia dos dados quantitativos no campo da avaliação passou a ser revista. Conseqüentemente, as análises provenientes das ciências sociais ganharam maior destaque e visibilidade. Nesse contexto, a pesquisa qualitativa vem contribuir

para uma visão de complementaridade e de enriquecimento do arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde (DESLANDES, 1997).

Avaliar de forma impositiva e sem a participação dos atores sociais interessados seria novamente um erro e apenas reforçaria o imaginário popular sobre esse processo. Metodologias de avaliação participativas somadas à pluralidade metodológica poderiam superar esses impasses e enriquecer o processo. Aplicar uma metodologia construtivista, o que este trabalho se propõe, mostra-se bastante pertinente em relação aos novos serviços de saúde mental, porque sua lógica de funcionamento é baseada na coletividade e na construção participativa dos saberes.

Deslandes (1997) propõe uma proposta de metodologia qualitativa para avaliar serviços e ações em saúde, a qual se divide nas seguintes fases:

- a) fase 1: busca conhecer os principais objetivos institucionais, dados estatísticos já produzidos pelo próprio serviço, estratégias e dinâmicas de atendimento, características da população-alvo, capacidade de cobertura e recursos utilizados. Nesta etapa, o pesquisador tem a percepção inicial das contradições e dos antagonismos existentes;
- b) fase 2: esta etapa busca analisar as racionalidades técnicas e políticas que sustentem o projeto institucional do serviço em questão;
- c) fase 3: esta fase é a de trabalho de campo, buscando conhecer o dia-a-dia do serviço ou da ação de saúde. Nesta etapa, o pesquisador terá a oportunidade de observar a ação concreta dos atores envolvidos;
- d) fase 4: busca-se compreender os valores, opiniões e visões do mundo acerca do serviço que se quer avaliar. Nesta etapa, deve-se analisar os “nós górdios”, as possibilidades de sucesso e os pontos de (não) adesão e resistência;
- e) fase 5: é a análise propriamente dita, propondo ações técnicas e políticas.

As fases apontadas pela autora são bem delineadas a fim de mostrar que é necessário fazer avaliações de abordagens qualitativas que visem abranger a complexidade dos atores sociais envolvidos e do próprio serviço avaliado para programar intervenções que busquem a melhoria da assistência oferecida.

Avaliar a atenção oferecida aos familiares num CAPS, objeto deste estudo, prevê a participação dos grupos de interesse envolvidos, mostrando-lhes sua importância no direcionamento de melhorias da qualidade dos serviços prestados, valorizando as diferentes opiniões e valores daqueles que utilizam o serviço.

A pesquisa avaliativa deve contemplar as seguintes necessidades, de acordo com Furtado (2001): a inclusão de diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo; viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação, considerar o inevitável caráter político da pesquisa e capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado.

O campo da Saúde Mental enfrenta os mesmos desafios da avaliação em saúde. Os novos serviços apresentam-se ainda como uma realidade bastante recente e não hegemônica, tendo em vista a destinação de recursos à assistência psiquiátrica. A produção de indicadores confiáveis é bastante incipiente no Brasil e a assistência ao sujeito em sofrimento mental envolve determinantes sociais complexos (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

Nesse sentido, Lancman (1997) afirma que há uma carência de indicadores na saúde mental devido a pouca utilização da epidemiologia e a dificuldade de definir e precisar vários aspectos dos transtornos mentais. O autor aponta para algumas particularidades da área, determinantes para ocasionar essa carência de indicadores: a dificuldade de definir e precisar vários aspectos dos transtornos mentais, os diagnósticos de baixa confiabilidade e dificuldade em estabelecer a prevalência dos transtornos mentais.

Nota-se, pela afirmação de Lancman (1997), que mesmo nos estudos quantitativos que lidam com indicadores e padrões epidemiológicos há uma carência de informações sobre o

transtorno mental, justamente por ser uma área muito subjetiva. Este estudo, por ser de abordagem qualitativa, não tem o objetivo de fornecer indicadores ao seu término, mas tem o intuito de fornecer uma avaliação da atenção prestada às famílias num CAPS. Assim, o estudo justifica-se na busca de contribuir com as concepções dos grupos de interesse (usuário, equipe e família) acerca da atenção oferecida aos familiares pelo CAPS Nossa Casa, articulando teorias e práticas, propondo uma avaliação qualitativa.

Tem-se, por **objetivo geral**, avaliar qualitativamente a atenção oferecida aos familiares pelo CAPS Nossa Casa.

E como **objetivos específicos**:

- a) identificar, na proposta do CAPS, espaços e atividades de suporte aos familiares de portadores de transtornos psíquicos;
- b) identificar aspectos da estrutura física, de recursos humanos, de ofertas de atividades no CAPS que contemplem a atenção aos familiares;
- c) avaliar qualitativamente a atenção à família no CAPS a partir da construção dos grupos de interesse, família, equipe e usuários.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: avaliação a partir do enfoque construtivista

O construtivismo significa a idéia de que nada está pronto, acabado, e de que o conhecimento não é algo terminado. Ele ocorre pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o mundo das relações sociais, e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia, na bagagem hereditária ou no meio.

O construtivismo surgiu na educação com dois principais representantes, Piaget e Vygotsky, como uma forma teórica ampla sobre o pensamento educacional. Vai de encontro com a idéia de que a Escola consiste em fazer repetir, recitar, aprender, ensinar o que já está pronto, em vez de fazer agir, operar, criar e construir (BECKER, 1994).

Pode-se considerar o construtivismo como uma teoria, um modo de ser do conhecimento ou um movimento de pensamento que emergiu do avanço das ciências e da Filosofia nos últimos séculos. É uma teoria que permite (re) interpretar todas as coisas, pois está em constante construção.

Na visão construtivista, o sujeito e o meio têm toda a importância, pois as pessoas constroem o seu próprio conhecimento baseadas nas suas experiências no meio em que vivem. Nessa perspectiva, o construtivismo não finaliza, nem esgota as possibilidades dos indivíduos, pois estes devem ser agentes ativos do seu próprio conhecimento.

É nesse contexto de (re) construção, de participação e de interação dos sujeitos com seu meio que o presente estudo propõe uma avaliação da atenção à família num CAPS, através de uma metodologia construtivista, pois acredita-se ser a interação entre o observador e o observado a forma mais democrática para se fazer uma avaliação desse tipo.

Para Guba e Lincoln (1989), o paradigma positivista, ciência até então hegemônica no campo da avaliação, apresenta limitações que podem ser superadas pelo construtivista. Os autores afirmam, ainda, que as realidades são construções sociais da mente, e que existem tantas construções quanto existem indivíduos, sendo a própria ciência uma construção.

Guba e Lincoln (1989) descrevem características que diferenciam o paradigma construtivista do positivista:

- a) o fenômeno pode ser entendido apenas dentro do contexto no qual ele é estudado, não sendo passível de generalizações;
- b) as intervenções são dinâmicas, ou seja, quando introduzidas em um contexto serão afetadas pelo contexto da mesma forma que o afetam;
- c) os fatos não têm significado a não ser mediante determinada estrutura de valores; desta forma não pode haver uma avaliação objetiva de alguma proposição;
- d) a avaliação produz dados aos quais os fatos e valores estão ligados;
- e) os avaliadores regem um processo de negociação que objetiva culminar em um consenso mediante construções mais sofisticadas e informadas;
- f) os dados de uma avaliação vindos de um estudo construtivista representam uma construção a ser considerada objetivando um consenso;
- g) os avaliadores têm uma relação subjetiva com *Stakeholders* na criação dos dados.

O paradigma construtivista rejeita a abordagem científica hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, contando com a interação observador/observado para criar uma realidade construída o mais informado e sofisticado possível em um ponto particular no tempo (GUBA; LINCOLN, 1989). Esse paradigma nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo que os achados de um estudo existem porque existe uma interação/participação entre observador e observado.

Guba e Lincoln (1989) justificam o porquê de se utilizar as reivindicações, as preocupações e as questões dos *stakeholders*:

- a) são grupos de risco e como tal devem ter a oportunidade de realizar quaisquer reivindicações, ou colocar quaisquer questões que julguem apropriadas para terem as suas demandas honradas;
- b) estão sujeitos à exploração, perda de poder e perda de direitos civis;
- c) são os usuários da informação da avaliação, pois a percebem responsiva aos seus anseios, preocupações e questões, sendo-lhes dada uma oportunidade para que tenham suas demandas honradas dentro do processo avaliativo;
- d) o seu envolvimento na Avaliação de Quarta Geração é mais do que identificar e descobrir as suas reivindicações, preocupações e questões, mas requer que lidem com pontos de diferença ou que reconstruam suas próprias construções o suficiente para acomodar as diferenças e conflitos. Nesse processo, há um grande aprendizado, pois cada grupo passa a entender melhor suas próprias construções e as construções dos outros grupos.

Este trabalho tem como proposta avaliar a atenção ofertada aos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul e por se tratar de um serviço substitutivo, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, a assistência em saúde mental exige a invenção nas formas de pensar e fazer, visto que estas não são dadas e, sim, construídas no dia-a-dia do serviço.

Em um processo avaliativo não se pode estabelecer indicações *a priori*, que não sejam oriundas do contexto do serviço e que, tampouco, sejam problemas para os grupos de interesse. Portanto, o envolvimento do grupo de interesse tem o objetivo de buscar questões pertinentes dentro do contexto do serviço quanto o de potencializar a possibilidade de que o processo aumente e aprimore a capacidade de ação desses grupos (WETZEL, 2005).

O presente estudo, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial, modalidade de atendimento que visa substituir o manicômio, pretende garantir a inclusão e a participação do

grupo de interesse no processo de avaliação para que os resultados sejam debatidos e negociados, por intermédio do avaliado. A proposta de realizar uma avaliação qualitativa da atenção à família no Centro de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul, Nossa Casa é fruto da preocupação de conhecer a ótica desses atores sociais em relação ao serviço, ou seja, a opinião deles em relação a um serviço substitutivo, como o CAPS.

Procura-se, nessa proposta, adotar uma metodologia que contemplasse um processo participativo, no qual o grupo de interesse, os familiares, ampliassem a possibilidade de intervir na realidade do serviço, e que pudessem ser sujeitos ativos da avaliação, uma vez que em metodologias tradicionais de avaliação são quase sempre excluídos.

Mediante o projeto de origem de Avaliação dos CAPS da região Sul do País, o CAPSUL, encontrou-se na Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln (1989), o caminho para operacionalizar essa tarefa, compilando uma série de conceitos que fundamentam esta idéia.

Portanto, no presente estudo utilizou-se a Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln (1989), por acreditar ser necessário uma metodologia construtivista para compreender a complexidade dos sujeitos envolvidos e também porque a participação é uma ferramenta fundamental em uma pesquisa em que se propõe avaliar a atenção oferecida a determinado grupo de interesse, os familiares.

4 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma avaliação construtivista, responsiva, com abordagem hermenêutica-dialética, proposta por Guba e Lincoln (1989), denominada Avaliação de Quarta Geração.

Este estudo caracteriza-se, também, por ser descritivo e analítico, com abordagem qualitativa dos dados, em virtude “[...] da realidade social se manifestar de formas mais qualitativas do que quantitativas” (DEMO, 1998, p. 16). Também será descritivo, porque observará, registrará e correlacionará fatos sem manipulá-los (CERVO; BERVIAN, 2002).

A pesquisa qualitativa apresentou-se como suporte para o estudo da avaliação da atenção aos familiares por ser uma parte de uma realidade completa. Sendo assim, a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, das ações, motivos, crenças, aspirações, valores, atitudes e relações humanas, captadas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, preocupa-se principalmente em empreender e explicar a dinâmica das reações sociais (MINAYO, 1993).

4.1.1 Avaliação de Quarta Geração

A Avaliação de Quarta Geração é uma forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões do grupo de interesse (*Stakeholders*) servem de base para determinar a informação necessária, a qual é implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista (GUBA; LINCOLN, 1989).

Guba e Lincoln (1989) propõem, como alternativa às avaliações tradicionais, uma avaliação responsiva baseada em um referencial construtivista. O termo responsivo é usado para designar uma diferente forma de focalizar uma avaliação em relação aos seus parâmetros e limites: nos modelos tradicionais, os parâmetros são definidos a priori. A avaliação responsiva determina parâmetros e limites através de um processo iterativo de negociação com os grupos de interesse.

O termo construtivista é usado para designar a metodologia empregada para realizar a avaliação e, em as suas raízes, em um paradigma de pesquisa alternativo ao paradigma científico, também conhecido por interpretativo e hermenêutico.

4.1.2 Enfoque responsivo

A avaliação responsiva tem as reivindicações, preocupações e questões que serão identificadas pelo grupo de interesse (*stakeholders*): pessoas que serão potencialmente vítimas ou beneficiárias da avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989). A avaliação é responsiva porque responde questões subseqüentes à coleta de informações.

Existem diferentes grupos de interesse. Guba e Lincoln (1989) identificam três classes:

- a) os agentes: todas as pessoas envolvidas em produzir, usar e implementar o serviço;
- b) os beneficiários: todas as pessoas que se beneficiam de alguma forma com o uso do serviço;
- c) as vítimas: todas as pessoas afetadas negativamente pelo uso do objeto avaliado, pessoas politicamente em desvantagem, sem poder, influência ou prestígio.

No presente estudo, os familiares podem assumir o papel de vítimas, pois podem sofrer efeitos negativos por algum encaminhamento inadequado ou mesmo pela forma que o serviço se organiza; podem assumir o papel de beneficiários, pois estão inseridos no serviço com vistas ao seu benefício; e, no CAPS, em questão, podem, também, assumir o papel de agentes, pois muitos familiares promovem oficinas no serviço, participam do Conselho Gestor de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde, na organização de eventos da comunidade e do próprio serviço de saúde, em Associações e em processos avaliativos, como o proposto neste estudo.

4.1.3 Tarefa do avaliador

Conforme Guba e Lincoln (1989), a maior tarefa do avaliador consiste em conduzir a avaliação de forma que cada grupo confronte a suas construções com as demais, um processo denominado de hermenêutico-dialético. Nesse processo, cada grupo entra em contato com as construções de outros e suas próprias construções se alteram em virtude de se tornarem melhor informadas e mais sofisticadas.

É tarefa do avaliador a busca de informações externas para a resolução de problemas que certamente surgirão. Quando esta informação torna-se acessível, o avaliador prepara uma agenda de negociação, liderando a condução e a moderação da sessão de negociação. Representantes de todos os grupos de interesse relevantes compartilham com o avaliador um esforço conjunto para resolver o que permanece na mesa de negociações. As conclusões finais que emergem nesta negociação, são desta forma, alcançadas de forma solidária. Outra tarefa do avaliador é a de identificar os *stakeholders* e interagir com eles suficientemente para

entender quais são as suas reivindicações, preocupações e questões (GUBA; LINCOLN, 1989).

4.1.4 O processo hermenêutico-dialético

Guba e Lincoln (1989) propõem o processo hermenêutico-dialético como um caminho para alcançar as condições anteriormente expostas. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese.

O seguinte modelo esquemático é proposto pelos autores Guba e Lincoln (1989).

Figura 1 – Círculo hermenêutico-dialético.

Fonte: Guba e Lincoln (1989, p. 152).

Como primeiro passo, um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação. É realizada uma

entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao que será investigado ou avaliado - o foco da investigação. Pede-se que o respondente descreva o foco como ele o constrói, que o comente e descreva em termos pessoais.

Os temas centrais, conceitos, idéias, valores, problemas e questões expressas por R1 são analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada C1. Desse modo, a análise dos dados segue juntamente com a coleta de dados. Após, o R2 é entrevistado. Quando o R2 tiver falado todas as suas questões próprias, os temas de análise R1 são introduzidos, e o R2 é convidado a comentá-los. Assim, o R2 produz informações não apenas sobre o R2, mas também críticas em relação às construções de R1. O pesquisador completa a sua análise C2 e o processo é repetido através da adição de novos informantes até que a informação recebida se torne redundante.

4.2 O campo e seus instrumentos

4.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Nossa Casa, situado no município de São Lourenço do Sul, localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. Acredita-se importante ressaltar que o CAPS Nossa Casa já recebeu visitas ilustres em decorrência do seu pioneirismo em ser um serviço substitutivo ao manicômio e pela qualidade da assistência prestada aos sujeitos em sofrimento psíquico. Em 1991, o serviço recebeu a visita de Franco Rotelli, psiquiatra italiano que, juntamente com Franco Basaglia, implantou

um Serviço de Saúde Mental de base comunitária, na Província de Trieste, na Itália. Rotelli veio participar do Seminário Internacional de Saúde Mental em Porto Alegre (RS) e mostrou-se bastante emocionado com o serviço prestado nesse CAPS. Posterior a essa visita, um membro da equipe do CAPS Nossa Casa estagiou durante um mês em Trieste, um centro de referência mundial de desinstitucionalização em saúde mental. Após a sua visita, Franco Rotelli passou a mencionar o serviço em suas apresentações, o que deu visibilidade nacional e internacional ao serviço, pois, a partir disso, muitas pessoas foram conhecer o serviço, o que confirma a importância histórica do CAPS Nossa Casa, objeto da presente pesquisa (HIRDES, 2000).

4.2.1.1 O município de São Lourenço do Sul e a rede de Saúde Mental

São Lourenço do Sul situa-se no extremo sul do Rio Grande do Sul (Figura 2) distante 190 quilômetros da capital, Porto Alegre, e 70 quilômetros do pólo regional, Pelotas. De colonização basicamente formada de alemães, com acentuadas características culturais presentes, tem a economia centrada basicamente na agropecuária (WETZEL, 1995). A cidade é conhecida pelas suas belezas naturais, por situar-se às margens da Lagoa dos Patos.

Figura 2 – Mapa do Rio Grande do Sul com destaque para São Lourenço do Sul
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007).

O município tem área total de 2.031,5 km². A população total de São Lourenço do Sul, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004), é de 45.210 mil habitantes que se dividem entre a área urbana e a área rural.

O município tem sua economia baseada principalmente na pecuária e na agricultura, com uma pequena, mas significativa colaboração do comércio. Nos meses de verão o turismo contribui também na economia da região. A agricultura é basicamente de produção leiteira (gado leiteiro), plantação de fumo, arroz, milho, soja, batata, feijão, criação de aves, suínos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

O panorama em relação à assistência em saúde mental na cidade antes de 1988 era igual ao de outros municípios brasileiros: aos loucos restava o sistema de “ambulancioterapia”² porque São Lourenço do Sul não possuía esse tipo de hospital. Frente a inexistência de um serviço que desse retaguarda aos sujeitos em sofrimento mental em crise, era necessária buscar atendimento dos casos agudos fora do município.

As constantes idas e vindas das ambulâncias, a não-resolução dos casos crônicos, a loucura escondida nos fundos de quintal em muitos casos, explícita na rua, em outros, mobilizaram a comunidade para a questão do transtorno mental. O que mais incomodava, segundo relatos, era os loucos na rua. Para atender a reivindicação da população para a solução deste “problema”, um longo caminho foi percorrido em busca de soluções.

Os anseios da comunidade repercutiram junto ao Prefeito Municipal e à Secretária de Saúde. Esses dois atores foram fundamentais para implantar um serviço com nova abordagem à “loucura”: o CAPS Nossa Casa (HIRDES, 2000).

Esse serviço é apenas uma das diversas instituições especializadas na área oferecidas pelo município: ambulatório de psicologia e psiquiatria, o CAPS Nossa Casa considerado a célula-mãe do projeto de saúde mental, CAPS infantil, denominado de Saci, CAPS álcool e

² A ambulância era o único sistema de transporte utilizado na cidade de São Lourenço do Sul para transferir os loucos para a internação em hospitais psiquiátricos nas cidades vizinhas.

drogas, denominado Careta, e a unidade de internação psiquiátrica no hospital geral do município de São Lourenço do Sul. A rede é cadastrada no SUS e atende pacientes oriundos da zona urbana e rural da cidade.

O ambulatório de psicologia e psiquiatria atende principalmente em duas modalidades: psicoterapias individuais e em grupo, realizadas pelas psicólogas, e as consultas realizadas pelos médicos psiquiatras, visando à avaliação e ao acompanhamento medicamentoso. É importante salientar que esse ambulatório funciona nas dependências do CAPS Nossa Casa, com recursos humanos do próprio CAPS.

O CAPS infantil (CAPS i) de São Lourenço do Sul, o Saci, foi fundado em novembro de 2005 e destina-se a atender um público de zero a 17 anos de idade. Nele atuam um terapeuta ocupacional, três psicólogas, três pedagogas, um médico clínico, uma assistente social, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, dois acompanhantes terapêuticos, um funcionário de serviços gerais e uma recepcionista.

O CAPS álcool e drogas (CAPS ad) da cidade, o Careta, funciona desde 2003. Destinado a atender pessoas com problemas com álcool e drogas possui uma equipe multidisciplinar composta por um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um psicólogo, um médico clínico, uma recepcionista, dois funcionários encarregados pelos serviços gerais, uma assistente social, um terapeuta ocupacional e um psicólogo.

A Unidade Psiquiátrica localiza-se nas dependências do Hospital Santa Casa de Misericórdia e tem por objetivo atender casos agudos. Segundo Hirdes (2000), foi implantada, em 1989, em um local menos privilegiado do hospital, tendo dois leitos, recebendo pacientes excluídos da sociedade, entre os quais, alcoolistas, mendigos, andarilhos, pacientes com doenças infecto-contagiosas, pacientes com doenças terminais e doentes mentais. Aos poucos, após muitas negociações, a unidade destinou-se apenas a sujeitos com transtornos mentais. Para isso, foi realizado um treinamento de toda uma equipe. Os pacientes, antes

atendidos nos hospitais psiquiátricos, nas cidades vizinhas, passaram a receber atendimento no próprio município. Ao longo do tempo, foram alcançadas conquistas importantes em relação à redefinição da estrutura física. Esta unidade mudou para um local nobre do hospital, ao lado de uma unidade clínica. Com o aumento da demanda, a unidade passou a ter dez leitos.

A internação na unidade ocorre especialmente nos casos dos surtos psicóticos, mas pode atender pacientes para desintoxicação ou outros quadros orgânicos associados ao transtorno mental.

O CAPS Nossa Casa é um dispositivo articulado na rede de serviços de saúde e está permanentemente interligado a outras redes sociais, de outros setores afins, para atender a complexidade das demandas de inclusão dos excluídos da sociedade por transtornos mentais.

A Figura 3 retrata essa rede: no centro situa-se o CAPS Nossa Casa, local deste estudo, permanentemente ligado ao CAPS ad, denominado CARETA, ao CAPS i, denominado CAPS SACI, ao Hospital Geral da região que disponibiliza uma unidade de internação psiquiátrica e a Prefeitura da cidade, além de contar com o apoio dos vizinhos, dos familiares, das escolas, das praças, das associações de moradores, enfim, uma série de dispositivos para atender a complexidade dos sujeitos com transtornos mentais.

Figura 3 – Rede de Saúde Mental em São Lourenço do Sul
Fonte: Arquivo do Diário de Campo. São Lourenço do Sul, 2006.

Para construir essa rede, todos os recursos foram articulados entre si: recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos...), econômicos (dinheiro, previdência...), culturais, religiosos e de lazer para potencializar o esforço das equipes para garantir a reabilitação psicossocial do sujeito com transtorno mental (BRASIL, 2004a). Mance (2001) afirma que a idéia de rede exige uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, mantendo-se em um equilíbrio sustentável.

4.2.2 Coleta de dados

A coleta dos dados realizou-se através de duas técnicas de pesquisa: a observação e as entrevistas. Estas duas técnicas irão se complementar e a partir delas coletei as informações necessárias para analisar avaliar a satisfação dos familiares dos usuários do CAPS Nossa Casa.

O trabalho de campo foi realizado por uma equipe de cinco pesquisadores do CAPSUL previamente capacitados, no período de 16 de outubro a 17 de novembro de 2006, nos períodos manhã e tarde, de acordo com o expediente externo do serviço, que funciona de segunda à sexta das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 18:00 horas.

4.2.2.1 Observação

A observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens: é o melhor teste de verificação da ocorrência de determinado fenômeno, pois permite ao observador aproximar-se da perspectiva dos sujeitos; é extremamente útil para descobrir novos aspectos de um problema, e, finalmente, permite a coleta de dados em situações em que são possíveis outras formas de comunicação (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Cruz Neto (1994), o observador, ao se inserir no contexto da situação observada, estabelece uma relação mais próxima dos observados e, nesse processo, ao mesmo tempo, pode modificar ou ser modificado.

A avaliação qualitativa fornece descrições detalhadas das atividades, dos processos e dos participantes do programa, sendo a observação direta um importante recurso. Os registros da observação devem ser ricos em detalhes, permitindo que o leitor se insira na situação observada (PATTON, 1987).

Para o registro das observações foi utilizado o diário de campo, no qual foram anotados o comportamento, os gestos e atitudes, as expressões verbais e não-verbais dos sujeitos observados que dizem respeito ao tema desta pesquisa (MINAYO, 1993).

As observações foram registradas no diário de campo, seguindo um roteiro (APÊNDICE A). Nesse diário, foram anotadas as observações e reflexões das expressões verbais e ações dos sujeitos. Segundo Triviños (1987), a descrição é uma etapa da observação e o autor recomenda algumas técnicas: descrever os comportamentos, ações, atitudes, tal como foram observadas; descrever os sujeitos não em forma abstrata, mas por seus traços

concretos; descrever o ambiente físico; descrever as atividades específicas; descrever os diálogos e, em seguida, deve-se fazer anotações de campo de natureza reflexiva.

Para Guba e Lincoln (1985), a observação pode tomar diferentes formas no decorrer da pesquisa, pois, na fase inicial, a observação pode ser pouco estruturada, e mais tarde o observador poderá torná-la mais estruturada, mais focal, à medida que as informações aumentem.

À medida que o processo hermenêutico-dialético for desenvolvido, as observações serão mais e mais focalizadas em eventos que possam dar subsídios para a discussão das questões e unidades temáticas que dele emergirem, buscando um aprofundamento nas mesmas e informações que forem relevantes para a sua discussão e análise.

Nesse contexto, a observação contou com duas etapas. Na primeira etapa foi realizada uma observação livre, totalizando 250 horas, observando-se os seguintes aspectos: espaço físico, recursos materiais, recursos humanos e organização do serviço.

Para Triviños (1987), a observação livre visa estudar a dimensão singular dos atos, atividades, significados, relações, no sentido de descobrir os aspectos mais evidentes e, se possível, captar sua essência, identificando contradições e relações.

Assim, após a primeira semana de observação foram levantados aspectos que até então não haviam sido observados pelo avaliador, e a partir daí buscaram-se atividades, entre os quais grupos e oficinas terapêuticas, e até mesmo de profissionais do serviço que até então estavam um pouco “escondidos”.

É importante ressaltar que durante o período de observação foi possível identificar os familiares que iriam entrar no círculo hermenêutico-dialético para serem entrevistados e que preenchiam os critérios da pesquisa.

A observação continuou sendo realizada durante o período que se seguiu de coleta de dados, porém de forma mais focalizada em alguns aspectos mais específicos, os quais, na primeira etapa de observação livre não foram contempladas.

4.2.2.2 Entrevistas

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada, direcionada à atenção às famílias de um Centro de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul (APÊNDICE B), possibilitando que o entrevistado discorresse sobre o tema proposto, sem precisar seguir rigorosamente as perguntas (MINAYO, 1993).

A entrevista semi-estruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também a explicação e a compreensão da totalidade, no interior de uma situação específica, e em situações de dimensões mais complexas (TRIVIÑOS, 1987).

Para Patton (1987), a entrevista leva o avaliador a entrar no mundo de outra pessoa, a fim de atender a sua perspectiva. O avaliador, na função de entrevistador, está procurando descobrir de que modo as pessoas percebem o programa que está sendo estudado.

No presente estudo, através da utilização do círculo hermenêutico-dialético, as primeiras entrevistas foram menos estruturadas, permitindo que o respondente falasse livremente sobre o serviço. Mas à medida que as entrevistas foram realizadas, a análise permitiu que fossem identificadas questões expressas nas entrevistas seguintes, de modo que, cada vez mais, as entrevistas se estruturassem sem deixar de permitir que todos os entrevistados pudessem lançar novas questões se assim o desejassem.

As entrevistas foram gravadas, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE C), considerando-se levando os aspectos éticos de consentimento e o caráter sigiloso das entrevistas e dos nomes dos entrevistados.

Foram entrevistados os familiares, usuários e a equipe, representando os três grupos de interesse, no serviço avaliado. O foco das questões foi sobre a atenção à família no CAPS Nossa Casa.

A escolha dos familiares entrevistados foi intencional, pois se tinha interesse em trabalhar com famílias que apresentassem algum nível de inserção no serviço, ou seja, aqueles que participam do dia-a-dia do CAPS. Teve-se a preocupação entrevistar familiares que não tivessem boa inserção no serviço, uma forma de incluir no círculo hermenêutico as mais diversas opiniões. Foram entrevistados um total de 12 familiares de usuários do CAPS Nossa Casa. É importante ressaltar que todas as entrevistas com os familiares foram realizadas nas residências dos mesmos, tendo duração em média de 1h10min.

A escolha dos usuários também foi de forma intencional, entrevistando-se usuários da modalidade de atendimento: intensivo e semi-intensivo. Essas entrevistas ocorreram no próprio serviço, tendo a duração média de 40 min.

Todos os 23 profissionais da equipe do CAPS Nossa Casa foram convidados a participar das entrevistas, no entanto apenas dois profissionais não responderam as perguntas, sendo que um por motivos particulares e outro, por dificuldade em marcar a entrevista. Apenas uma entrevista ocorreu na casa do entrevistado, as outras ocorreram no interior do CAPS Nossa Casa. Essas entrevistas foram mais longas e tiveram duração média de 1h50min.

As entrevistas foram agendadas previamente na primeira semana da coleta de dados e foram realizadas na segunda semana, no dia, hora e local marcados pelos próprios entrevistados. Todas foram gravadas e em seguida ouvidas, a fim de introduzir no círculo hermenêutico questões/assuntos na próxima entrevista. As primeiras entrevistas foram mais

curtas e as últimas mais longas, pois estas contemplavam quase a maioria dos assuntos introduzidos no círculo.

Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, porque esta técnica permite contar com todo o material fornecido pelo informante. Desta forma, as entrevistas foram gravadas e atualmente encontram-se em processo de transcrição. A transcrição será feita de forma literal, garantindo, assim, a fidedignidade das informações.

4.2.3 Aplicando as etapas do trabalho de campo

Serão detalhadas as etapas do trabalho de campo para o desenvolvimento de uma Avaliação de Quarta Geração, preconizadas por Guba e Lincoln (1989) e adaptadas por Wetzel (2005). As etapas compreendem em contato com o campo, organização da avaliação, identificando os grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas. As etapas: Preparando as apresentações das questões para os grupos de interesse e Realizando os grupos, serão apresentadas após a Discussão do processo avaliativo, a fim de seguir a ordem cronológica dos acontecimentos.

4.2.3.1 Contato com o campo

Dois pesquisadores do projeto de Avaliação dos CAPS da região sul do país (CAPSUL), no qual o presente trabalho está inserido, entraram em contato primeiramente

com o Secretário de Saúde de São Lourenço do Sul explicando o projeto e solicitando o aval para realização do estudo no CAPS Nossa Casa. Após fez-se contato com a coordenação da Saúde Mental da região e, por último, com a coordenação da Nossa Casa, apresentando os objetivos e a metodologia do estudo, solicitando o direito de entrada no serviço.

A apresentação do estudo à equipe da Nossa Casa foi feita em um dia de reunião interna, onde a metodologia construtivista foi amplamente debatida, e foi solicitada a participação de todos no processo avaliativo. Foi esclarecido, também, que o projeto havia sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da cidade de Pelotas (ANEXO A), considerando as exigências formais contidas na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Cabe ressaltar que antes mesmo de a equipe de pesquisadores irem para campo, foi realizada uma semana de capacitação prévia aos integrantes do CAPSUL, a fim de instrumentalizá-los no desenvolvimento da Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln (1989). Nessa capacitação foram estabelecidos metas e prazos para o trabalho de campo, além de palestras oferecidas sobre a metodologia construtivista.

Dos cinco pesquisadores do CAPSUL, três deles foram para campo, no período de um mês, entre os quais a pesquisadora deste estudo, residiram no município, podendo, assim, vivenciar o campo do estudo. A quarta pesquisadora não residiu na região e a quinta pesquisadora participou apenas da fase inicial de observação.

Como o objetivo do CAPSUL era de avaliar o serviço de São Lourenço do Sul, era necessário entrevistar os usuários, os membros da equipe e os familiares. Todos os familiares foram entrevistados pela autora do presente estudo.

4.2.3.2 Organização da avaliação

A entrada no campo de pesquisa deu-se gradualmente, pois, primeiro, apresentou-se o estudo aos profissionais do CAPS Nossa Casa, mencionando novamente os objetivos da pesquisa, tempo provável de duração do pesquisador no campo, técnicas de pesquisa utilizadas (observação e entrevista).

Nessa fase, a principal tarefa seria “ganhar o direito de entrada”, ou seja, estabelecer uma relação de confiança, de respeito e de ética. Em uma pesquisa avaliativa em que se espera que os avaliados falem sobre os seus problemas, faz-se necessário que o avaliador seja conhecido e interaja com os grupos de interesse (WETZEL, 2005).

Guba e Lincoln (1989) preconizam, nessa etapa inicial, ser necessário que o avaliador viva o campo, experiencie o contexto do serviço avaliado, e denominam essa fase de etnografia prévia (*prior ethography*).

Na primeira semana de coleta de dados, percebeu-se claramente que a equipe, os usuários e os próprios familiares do CAPS Nossa Casa, estavam, de certa forma avaliando-a pesquisadora, percebendo suas atitudes e postura frente a diversas situações. Pode-se dizer que todos os grupos de interesse estavam, nesse momento, acostumando-se com a presença, observação e forma de agir no campo da pesquisadora, o que foi acontecendo de forma gradativa e natural.

Com o passar dos dias, a receptividade do serviço foi de tal modo intensa que, já na primeira semana, convidaram a pesquisadora a assistir uma partida de voleibol da equipe do CAPS. Acreditou-se nesse momento, que seria de extrema importância estar presente em tal evento, por dois motivos: para promover a integração da pesquisadora ao grupo, facilitar a entrada no campo e também para, aos poucos, ir identificando os líderes informais.

4.2.3.3 Identificando os grupos de interesse: os sujeitos do estudo

Foram delimitados três grupos de interesse: equipe, familiares e usuários do Centro de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul, Nossa Casa.

O número de entrevistados foi estabelecido a partir do critério de repetição e exaustão dos dados obtidos, o que significa realizar tantas entrevistas quantas forem necessárias para identificar aspectos, fatores, significados para avaliar qualitativamente a satisfação dos familiares em relação aos serviços prestados pelo CAPS Nossa Casa.

Participaram do estudo os sujeitos que concordaram em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE C), autorizando a gravação das entrevistas e que estavam de acordo com o critério de inclusão.

Os critérios de seleção dos participantes foram os seguintes:

- a) familiares: aqueles que apresentaram algum nível de inserção no serviço e que fossem maiores de 18 anos. É importante ressaltar que a pesquisa preocupou-se também em entrevistar familiares que não tinham uma boa inserção, uma forma de ouvir as mais diversas opiniões;
- b) usuários: aqueles que estiverem inseridos na modalidade de atendimento intensivo e semi-intensivo e que em condições de responderem as entrevistas. Aqui, houve a preocupação também em selecionar usuários que não-inseridos no serviço em questão;
- c) equipe: aqueles que se identificassem com a proposta do estudo e que fossem representantes do nível técnico (nível de graduação) e dos membros de apoio (nível de segundo grau).

Em um estudo com abordagem qualitativa, como este, o número de sujeitos não é um critério importante. Em uma pesquisa qualitativa, o critério que se deve considerar é a inclusão de sujeitos que ofereçam maior amplitude, diversidade e mais variações do fenômeno a ser estudado. Os três grupos de interesse ocupam posições diferentes e têm semelhanças, diferenças e contradições, e justamente esses aspectos enriquecem o estudo. Para Minayo (1993), é fundamental ter um conjunto diversificado de informantes para possibilitar a apreensão das semelhanças e das diferenças.

Nesse contexto, a seleção dos sujeitos entrevistados foi feita a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo. Ao se pretender avaliar a satisfação dos familiares de usuários do CAPS Nossa Casa, verificou-se a necessidade de incluir outros sujeitos no estudo a fim de ampliar as discussões sobre o tema proposto, portanto julgou-se interessante entrevistar familiares, usuários e equipe.

Foram entrevistados doze familiares. Seis eram familiares que participavam ativamente do cotidiano do serviço; dois eram de familiares de pacientes muito graves, com dificuldades de adesão ao tratamento; três familiares eram bastante ausentes no CAPS, não participando do serviço nem mesmo quando solicitados. Essa diversidade de participantes contribuiu para ampliar e diversificar as opiniões acerca da Nossa Casa.

Também foram entrevistados doze usuários do serviço que eram membros das doze famílias entrevistadas. Assim, foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de exclusão: que freqüentassem o serviço por mais de um ano, que já tivessem freqüentado o serviço na modalidade intensiva e que tivessem boas condições de comunicação.

Em relação à equipe, apenas dois funcionários não foram entrevistados, pois uma médica recusou-se a responder as questões do estudo e um dos motoristas teve dificuldade no agendamento da entrevista.

Cabe salientar, nesse momento, que a pesquisadora realizou apenas as entrevistas dos familiares, cabendo aos outros pesquisadores entrevistar os usuários e a equipe. Sendo assim, o projeto em questão utilizou dados de outros dois círculos hermenêuticos para a análise dos dados.

4.2.3.4 Desenvolvendo construções conjuntas

Essa etapa caracteriza-se pela aplicação do círculo hermenêutico-dialético.

A primeira entrevista com os familiares foi iniciada apenas com uma questão aberta, em que foi solicitado que o entrevistado falasse sobre como o serviço ajuda na convivência com seu familiar em tratamento no CAPS. Já, na entrevista com a equipe foi solicitado que respondessem o que o serviço faz para acolher as necessidades dos familiares dos usuários do CAPS. Em relação às entrevistas com os usuários, foi pedido que falassem sobre o apoio oferecido pelo CAPS à sua família.

Nas primeiras entrevistas surgiram questões importantes e relevantes, introduzidas nas demais entrevistas, em busca de informações mais detalhadas e específicas que contribuíssem com o presente estudo. Nesse contexto, após cada entrevista fez-se a análise dos dados, ou seja, o próximo entrevistado era convidado a criticar as construções das entrevistas anteriores.

Ao iniciar as entrevistas do círculo, tinha-se desenvolvido uma relação de confiança com o entrevistado, de modo que as entrevistas foram muito ricas e sinceras.

4.2.3.5 Ampliando as construções conjuntas

Para o aprofundamento das questões que emergiram das construções dos participantes entrevistados, buscou-se esclarecimentos da seguinte forma: das observações feitas no campo, da literatura produzida até então e da própria construção da entrevistadora na qualidade de pesquisadora.

É importante salientar que muitas observações aparentemente casuais levantaram questões para a entrevista e, da mesma forma, comentários dos participantes durante a entrevista, provocaram observações produtivas no serviço. Esse contexto, fez com que a pesquisadora ficasse permanentemente atenta a comentários e conversas dos usuários, dos familiares e da equipe.

Segundo Wetzell (2005), quando todas essas informações são expostas e trabalhadas, o fim da interação hermenêutica é essencialmente alcançado.

4.2.4 Análise de dados

A etapa de análise dos dados foi baseada nos passos de Minayo (1993). O primeiro é a **ordenação dos dados**, sendo esta ordenação uma tentativa de estabelecer uma primeira classificação para a análise. Já o uso de diferentes instrumentos permitiu um confronto de dados para obter uma descrição, explicação e compreensão da realidade em estudo (TRIVIÑOS, 1987).

Na fase de ordenação dos dados foram realizadas a transcrição cuidadosa das entrevistas, a organização dos dados das observações e a releitura do material coletado.

Iniciou-se, então, a segunda etapa, a de **classificação dos dados**. Para se obter um conhecimento compreensivo, foi realizada a leitura exaustiva e repetida dos textos das entrevistas e observações, estabelecendo interrogações e identificando o que surgia de relevante. Essa classificação foi baseada em aspectos formulados nos objetivos e pressupostos norteadores da investigação, procurando-se estabelecer uma primeira aproximação com os significados na fala dos atores sociais envolvidos. Após, foi realizada uma leitura transversal para produzir a formação de núcleos temáticos, a fim de conseguir análises e interpretações mais detalhadas.

Na **análise dos dados** foram estabelecidas articulações entre o material empírico e os referenciais teóricos da pesquisa, promovendo relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

A análise das informações foi feita a partir das unidades de registro em confronto com a bibliografia disponível sobre o assunto, e com base na experiência e interpretação pessoal prévia.

Na redação final da análise foram adaptadas algumas convenções (siglas/abreviaturas) a fim de se identificar, no texto, tanto os dados da observação quanto os das entrevistas.

- a) (OBS...) = Observador nº... Neste estudo atuaram cinco observadores, utilizando-se os números de 1 a 5;
- b) (D...) = Diário nº... O diário refere-se à identificação dos dados observados, seguida do número do diário de campo extraído de um determinado observador;
- c) (E...E) = Entrevista nº..., equipe. Refere-se à identificação das entrevistas realizadas na equipe, sendo numeradas em ordem crescente de acordo com a sua realização;

- d) (E...U) = Entrevista n^o..., usuários. Refere-se à identificação das entrevistas realizadas com usuários, numeradas em ordem crescente, de acordo com sua realização;
- e) (E...F) = Entrevista n^o..., familiares. Refere-se à identificação das entrevistas realizadas com familiares, numeradas em ordem crescente, de acordo com sua realização.
- f) (GE...) = Grupo com equipe, n^o... Refere-se à identificação dos dados originados no grupo de negociação com os membros da equipe entrevistados, acrescida do número da entrevista;
- g) (GU...) = Grupo com usuários, n^o... Refere-se à identificação dos dados originados no grupo de negociação com os usuários entrevistados, acrescido do mesmo número que o usuário recebeu na entrevista;
- h) (GF...) = Grupo com familiares, n^o... Refere-se à identificação dos dados originados no grupo de negociação com os familiares entrevistados, acrescido do mesmo número que o familiar recebeu na entrevista.

Os nomes das pessoas citadas nas entrevistas e nos dados de observação foram substituídos por nomes fictícios. A linguagem dos entrevistados foi mantida, de modo geral, na íntegra, sem as convenções da língua padrão culta.

4.2.5 Princípios éticos

A Ética pode ser considerada um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam o comportamento dos homens. É o estudo do que é bom ou mau, correto ou

incorreto, justo ou injusto, adequado ou inadequado. A ética é uma palavra que todas as pessoas sabem o que significa, mas é difícil de explicar quando alguém pergunta.

O termo “ética” vem do grego "*ethos*", e tem seu correlato no latim "*morale*", com o mesmo significado: conduta, ou relativo aos costumes. Pode-se concluir que, etimologicamente, ética e moral são palavras sinônimas (TUGENDHAT, 1997).

Segundo Ferreira (1999), a ética é o estudo dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana susceptível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativo à determinada sociedade ou de modo absoluto.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1997, p. 31), em seus artigos 35 e 37, prescreve que é dever do enfermeiro,

[...] solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e a intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação, no momento em que desejar, cabe ao enfermeiro ser honesto no relatório dos resultados da pesquisa.

Dessa forma, na categoria de enfermeira e por estar envolvendo seres humanos neste estudo, foi encaminhado o projeto de pesquisa juntamente com uma carta de solicitação para a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da cidade de Pelotas, RS (APÊNDICE D), tendo sua aprovação na reunião ordinária do dia 11 de novembro de 2005, sob o número do ofício 074/05 (ANEXO A).

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE C) em duas vias, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Atendendo a Lei 9.610/98 (Lei dos Direitos Autorais), as fitas cassete serão inutilizadas, transcorridos cinco anos após coleta e análise das mesmas (BRASIL, 1998). As transcrições serão destruídas após a utilização para análise e discussão dos resultados.

A pesquisa foi devidamente esclarecida aos participantes, preservando-se o sigilo das informações e assegurando a integridade física e psicológica dos participantes do estudo, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado em duas (2) vias, sendo que uma (1) cópia ficará com o participante e a outra com o pesquisador. Ficou assegurado, também, o direito de desistência dos participantes em qualquer momento da pesquisa. Cabe salientar que os participantes do estudo não terão seu direito à assistência afetada no CAPS, Nossa Casa por participarem deste estudo.

5 DISCUSSÃO DO PROCESSO AVALIATIVO

Os dados discutidos neste capítulo foram coletados na observação de campo e nas entrevistas com os familiares, os usuários e os integrantes da equipe do CAPS Nossa Casa. A malha desses dados permitiu confrontar as posições do avaliador com os documentos normatizadores do funcionamento dos CAPS e as publicações científicas disponíveis sobre o assunto.

Em um primeiro momento apresenta-se São Lourenço do Sul, local onde se situa o CAPS deste estudo, e o serviço propriamente dito, seu funcionamento, as atividades oferecidas, os recursos humanos e a infra-estrutura. Essa primeira parte é a etapa descritiva, interligando aspectos documentais – portarias ministeriais e projeto terapêutico do serviço – sendo acrescidos os dados da observação realizada no campo de estudo, articulando-se as fragilidades e potencialidades do serviço em uma discussão crítica preconizada para um processo avaliativo.

Na segunda etapa abordam-se especificamente, as atividades voltadas para a atenção à família, por exemplo, grupos, visitas domiciliares, associação de familiares e acolhimento. As observações e as entrevistas serviram de norteadores para a discussão dos eixos eleitos pelos grupos de interesse, pois, em uma proposta de avaliação participativa, os sujeitos do estudo interferem em ambos os processos.

5.1 O CAPS Nossa Casa

A escolha do CAPS Nossa Casa para realizar o presente estudo não foi aleatória, mas pelo fato desse serviço ser uma das primeiras experiências concretas de uma prática assistencial que vai ao encontro das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em São Lourenço do Sul, havia a necessidade de construir um serviço que atendesse aos sujeitos com transtornos mentais, substituindo o sistema de “ambulancioterapia”. Hirdes (2000) relata que a partir de 1988 muitas discussões e debates ocorreram, decidindo-se que se deveria procurar uma casa com características da casa em que se habita, para a implantação de um serviço em que os usuários pudessem passar o dia, desenvolver atividades do cotidiano, refeições, atividades recreativas, atendimento psicológico e psiquiátrico. Enfim, criar um ambiente que se assemelhasse a uma casa, no qual os sujeitos em sofrimento mental também se sentissem responsáveis e participantes do seu processo de melhora. Assim, foi criado o CAPS Nossa Casa.

As autoridades presentes na inauguração ressaltaram o pioneirismo da iniciativa, através da qual ocorreria a diminuição das transferências dos sujeitos com transtornos mentais para hospitais psiquiátricos (HIRDES, 2000).

Figura 4 – CAPS Nossa Casa
Fonte: Arquivo do Diário de Campo. São Lourenço do Sul, 2006.

Pode-se observar na Figura 4, que o CAPS Nossa Casa não apresenta um aspecto de hospital psiquiátrico, por exemplo, até porque um dos seus objetivos principais é justamente substituir essa instituição total. O ambiente do CAPS é favorável ao acolhimento, à integralidade das ações em saúde, preservando e fortalecendo os laços sociais dos usuários em seu território. Não basta apenas um ambiente interno preservado e aconchegante, mas é necessário um local externamente atraente.

Esta é uma casa de esquina, bem ampla, de tijolinho a vista. Percebe-se várias janelas e varandas (OBS4D1).

A Nossa Casa localiza-se próxima ao centro da cidade, o que facilita o acesso e a visibilidade do serviço. Pode-se ver na Figura 4 que a sede do CAPS mantém, na fachada, logotipo do SUS, mostrando que o serviço está vinculado ao Sistema Único de Saúde, identificação fundamental porque o SUS preconiza o acesso universal, público e gratuito, a integralidade das ações, a equidade da oferta de serviços, a descentralização e o controle social das ações de saúde.

Segundo Brasil (2005), a implantação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. A cobertura assistencial vem melhorando progressivamente, mas está muito aquém do desejado, pois a distribuição dos CAPS no Brasil ainda é desigual.

Nesse contexto, conforme o atual Projeto Terapêutico do CAPS (PROJETO..., 2006), a Nossa Casa foi inaugurada em 16 de agosto de 1988, para atender pessoas com transtornos mentais, sendo subsidiada por recursos da Prefeitura Municipal em parceria com os governos estadual e federal. Esse serviço foi um dos pioneiros na região sul do Brasil, o que mostra a relevância deste estudo por centrar-se nesse espaço.

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento de um serviço como o CAPS Nossa Casa que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico na região sul do país. Assim, avalia-se esse serviço nos aspectos: estrutura física, recursos humanos, funcionamento e atividades desenvolvidas, a partir dos registros do diário de campo.

5.2 Avaliando a estrutura física e recursos humanos do CAPS Nossa Casa

A Nossa Casa mantém uma rotina no acompanhamento dos usuários que a freqüentam de segunda à sexta-feira, das 7h30min às 16h30min, alguns em regime integral e outros freqüentam o serviço algumas vezes por semana. O número de usuários freqüentadores do serviço varia de acordo com o período e o dia da semana, mas pode-se estabelecer uma média diária de 25 a 30 usuários.

Os usuários podem ser enquadrados em três tipos de modalidades de atendimento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A modalidade é definida conforme a necessidade do usuário, e as sugestões da equipe são discutidas em reunião. Segundo dados da Coordenação da Nossa Casa (Outubro de 2006), havia vinte e um usuários intensivos, trinta e seis semi-intensivos e trinta e dois não-intensivos, totalizando cento e nove pacientes. As modalidades de atendimento não são enquadres estáticos, pois, durante as reuniões de equipe, os casos são discutidos e se houver necessidade a freqüência dos usuários pode mudar.

Nem todos os usuários permanecem o período integral na Nossa Casa. Alguns permanecem metade do período ou freqüentam o serviço algumas vezes por semana, e outros participam apenas de grupos terapêuticos e/ou das oficinas, dependendo da indicação do Plano Terapêutico Individual (PTI), realizado pela equipe multiprofissional durante as reuniões.

Como parâmetro para avaliação do CAPS Nossa Casa utilizaram-se de preconizações estabelecidas em documentos do Ministério da Saúde que regulamentam a atenção em saúde mental realizada em CAPS I. Em relação à estrutura física e aos recursos humanos utilizaram-se três documentos que fazem referência explícita sobre essas questões: Portaria 336/2002,

Portaria 224/1992 e um documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) denominado de “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”.

O Quadro 1 lista os documentos regulamentadores da atenção em saúde mental em CAPS I, os quais foram utilizados nesta avaliação, mencionando o foco central de regulamentação a que se refere cada documento.

Identificação do Documento	Regulamentação
Doc 1: Portaria GM 336 (BRASIL, 2002)	Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS.
Doc 2: Portaria SNAS 224 (BRASIL, 1992)	Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.
Doc 3: Saúde Mental no SUS: os centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, 2004 (BRASIL, 2004a).	Esta documentação orienta os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS sobre o funcionamento dos CAPS.

Quadro 1 – Documentos ministeriais que orientam a atenção em Saúde Mental em relação aos CAPS tipo I, nos quesitos estrutura física e recursos humanos.

A Nossa Casa, atualmente, tem sua quarta sede localizada em um bairro próximo ao centro da cidade. A sede não é própria e, sim, alugada, mantida pela Prefeitura da cidade. A primeira sede localizava-se na zona nobre da praia, em frente ao iate clube, com uma bela vista para a Lagoa dos Patos. Segundo Hirdes (2000), inicialmente os moradores tinham medo que essa primeira sede do CAPS fosse “estragar” o cartão postal da cidade, porém, o preconceito e o medo foram dando lugar ao acolhimento e à receptividade.

Segundo o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 16), a estrutura física de um CAPS tipo I deve-se estruturar da seguinte maneira:

Estrutura física do CAPS tipo 1: sala de espera para pacientes e acompanhantes com dimensão mín. de 1,3 m² por pessoa; 1 área para registro de pacientes com dimensão de no mínimo 5,0 m²; 1 sala de administração com dimensão de 5,5 m² por pessoa; 1 sala de atendimento em grupo/sala de atendimento à família/sala de reuniões com dimensões de 1,2 m² pessoa para 15 pessoas; 1 sanitário para pacientes para cada sexo com dimensões mínimas de 3,2 m²; sala de atendimento individual definido pela demanda com dimensões de 9,00 m², 1 área para atendimento em oficinas e o tamanho irá depender das atividades desenvolvidas; 1 sala de estar/multiuso de 1,5m² por pessoa, 1 quarto de observação (opcional) com 10,00 m² por leito, 1 sanitário para funcionários para cada sexo com

dimensão de 3,2 m²; 1 área de serviço (dml/lavagem de roupas) com dimensões de 10,0 m²; 1 copa com dimensões de 8,0 m²; 1 refeitório com 1,0 m² por comensal e uma área externa para deambulação.

A área física construída do CAPS corresponde um total de 407,41 m², composta de quatro banheiros, uma cozinha, um refeitório, cinco salas para o atendimento individual, quatro salas para o atendimento coletivo, uma sala de enfermagem, um pátio contendo uma horta e um jardim. As metragens individuais de cada compartimento da Nossa Casa não foram disponibilizadas pelo serviço aos observadores deste estudo.

Nesse contexto, percebe-se que há apenas duas inadequações em relação aos banheiros, tanto para os funcionários quanto para os usuários. Apesar de a Nossa Casa dispor de quatro banheiros, eles não são separados por sexo, apenas separados entre usuários e profissionais.

A área total mínima exigida pelo Ministério da Saúde é de 65,30 m² para um CAPS tipo I e a Nossa Casa disponibiliza um total de 407,41 m², ou seja, oferece uma área bem maior ao mínimo exigido.

Para melhor compreensão e visualização do local estudado, apresenta-se um esboço do Layout do CAPS Nossa Casa (Figuras 5 e 6) realizado por Tavares (2007).

Figura 5 – Esboço layout CAPS Nossa Casa: nível inferior.
Fonte: Tavares (2007, p. 33).

Figura 6 – Esboço layout CAPS Nossa Casa: nível superior.

Fonte: Tavares (2007, p. 34).

Alguns aspectos qualitativos relacionados à estrutura física da casa merecem ser destacados.

Cada peça da casa tem uma finalidade. A casa é ampla, limpa e com vários cômodos (OBS2D1).

Passamos por uma sala de estar com poltronas e cadeiras onde existe uma TV 20 polegadas. Ali alguns usuários ficam vendo televisão e conversando. É o lugar onde se aguarda as consultas individuais com médicos, psicólogos e assistente social. Logo em seguida existem três salas para atendimento. Todas bem arejadas, silenciosas e com varandas. Em todas existe uma mesa, como essas de consultório, mas em uma existem mais cadeiras para atendimento em grupo. No corredor em frente a essas salas existem dois armários embutidos. Um guarda material de escritório novo e coisas mais antigas, no outro existem roupas, doações que os usuários usam. Me parece que a roupa de alguns usuários também fica ali pois eles podem lavar suas roupas no serviço. Ainda existem dois banheiros, um dos funcionários e outro em desuso. Neste andar ainda funciona o posto de enfermagem. Um sala toda em azulejo onde antes funcionava a cozinha. Existe uma bancada em forma de U que ocupa parte de três paredes com armários em toda ela e no meio de um dos lados uma pia. Apenas uma maca na sala (OBS4D1).

Através da ilustração das Figuras 5 e 6 constatou-se que a sede da Nossa Casa situa-se em uma casa com dois pisos. A falta de uma sede própria e as frequentes mudanças do CAPS provocaram uma sensação de instabilidade e, de certa forma, de insatisfação, pois é difícil

encontrar disponível para aluguel uma casa ampla, com várias salas e que disponha de um pátio, no município. Os sentimentos de instabilidade e de insatisfação, segundo os relatos, cessariam com a construção de uma casa destinada para atender as demandas de estrutura física que a Nossa Casa necessita.

Há um tempo atrás a equipe havia procurado uma casa melhor [...]. A AT disse também que querem fazer uma reforma, mas que é muito demorado e burocrático [...] Alega que o contrato da casa vence em março e que provavelmente vai ser renovado o contrato. Acredita que o aluguel é cerca de mil e duzentos reais e que só vale a pena sair dessa casa quando tiver uma melhor, ou seja, uma que entre e que não precise fazer nenhuma reforma, caso contrário não vale a pena (OBS2D6).

A coordenadora do serviço segue nos mostrando a sala de enfermagem e explica que ali era a cozinha da casa e que fora adaptada para a enfermagem. Queremos transferir a cozinha para cá, e fazer essa mudança, depende de verba da prefeitura, sabem como é, demora. A cozinha está no piso inferior [...] (OBS3D1).

Percebe-se nas observações do diário de campo, que há uma preocupação com a atual sede do CAPS, aspectos relacionados à renovação de contrato do aluguel e aspectos burocráticos/financeiros que inviabilizam melhorias no serviço, por exemplo, a transferência da cozinha para o andar superior. O processo de mudança é bastante desgastante, e já foi realizado quatro vezes. É difícil encontrar uma casa que se adapte perfeitamente às demandas desse serviço, sem que se faça alguma reforma e o fato de a casa ser alugada pela Prefeitura gera insegurança nos profissionais, nos usuários e seus familiares.

Segundo a Portaria 336 (BRASIL, 2002), os CAPS poderão funcionar somente em uma estrutura física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, com acesso privativo e equipe profissional própria. A Nossa Casa tem estrutura específica e equipe de profissionais próprias para atender os seus usuários adequando-se a estas exigências, embora sua sede seja alugada.

O CAPS em questão é considerado um CAPS do tipo I para municípios com população de 20 a 70 mil habitantes, atendendo usuários com transtornos mentais severos e persistentes (Brasil, 2004a).

O posto de enfermagem localiza-se no piso superior da Nossa Casa, o que dificulta os auxiliares de enfermagem ficarem mais próximos dos usuários que permanecem a maior parte do tempo no andar inferior. Este posto localiza-se em uma sala ampla, arejada e iluminada.

Apresentam-nos o posto de enfermagem. Possui em uma parede, um quadro, com várias prescrições fixadas e no balcão estão separadas algumas medicações [...] e existe uma pia com torneira para lavar as mãos (OBS1D1).

A administração da medicação prescrita é realizada pelos auxiliares de enfermagem quando os horários coincidem com o período de permanência do usuário no serviço. Sobre a questão das medicações, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) afirma que os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, de acordo com o diagnóstico e com o Plano Terapêutico de cada usuário.

A cozinha do CAPS localiza-se no piso inferior, é um espaço aberto, no qual os usuários têm livre acesso, e muitos deles ajudam na confecção dos alimentos. Essa característica da Nossa Casa é bastante peculiar se comparada a outros serviços, o que, avalia-se, é um aspecto positivo do serviço em estudo, que faz deste espaço, também, uma oportunidade de socialização e de aprendizagem.

Quando se pensa sobre loucura, o que vem no imaginário da maioria das pessoas são imagens de um louco maltrapilho, sujo, perigoso, de ações inesperadas, incapaz de realizar as tarefas mais simples do dia-a-dia, por exemplo, utilizar talheres de metal nas refeições. Ora, se a proposta dos CAPS é justamente reproduzir a casa do sujeito em sofrimento, o arbitrário seria justamente a utilização de talheres de plástico. Pode-se observar que a questão do risco com os talheres de metal é administrada pela equipe do CAPS com o auxílio das quatro

acompanhantes terapêuticas que fazem um rodízio entre si para acompanhar e supervisionar as refeições.

O serviço disponibiliza três refeições para seus usuários: café da manhã, almoço e lanche da tarde, não possuindo um cardápio especial para usuários, obesos, diabéticos ou hipertensos.

A secretaria do CAPS Nossa Casa localiza-se no piso superior, sendo o primeiro ambiente de acesso às pessoas que chegam ao serviço procurar atendimento e também aos profissionais, tendo em vista que antes de iniciar suas atividades todos circulam nesse ambiente.

A secretaria é o ponto de encontro da equipe. Lá, além de acontecer conversas sobre a organização do serviço aparecem também, os conflitos e reclamações. Às vezes existe formação de duplas, conversando baixinho (OBS5D4).

Todos os profissionais quando chegam vão para a secretaria antes de iniciar suas atividades e conversam com a secretária, geralmente assuntos gerais (OBS2D3).

Subo para a recepção- centro nervoso do serviço- ali se toma café, fofocam, discutem os casos (OBS4D2).

Na secretaria percebo que é um lugar de encontro de todos os profissionais e é o lugar do café também (OBS2D2).

Percebeu-se, durante o período de observação, que a secretaria do serviço pode ser considerada um ponto de encontro dos profissionais, onde ocorrem conversas informais e até mesmo um local onde ocorrem algumas discussões sobre o Plano Terapêutico Individual (PTI). Acredita-se que a secretaria não é um local adequado para discussões sobre o PTI porque pode haver uma exposição desnecessária de algum caso, por ser a secretaria um local de acesso a todas as pessoas que chegam ao serviço.

Durante o período de observação foi evidenciado que os profissionais do serviço relacionam o fato de o CAPS ter dois andares com uma fragmentação da própria equipe. Os profissionais de nível superior ocupam o segundo andar onde ficam os consultórios para o

atendimento individual e grupal. Os profissionais de nível médio permanecem a maior parte do tempo no andar inferior, local onde os usuários executam a maioria de suas atividades diárias no CAPS.

Todos os acompanhantes terapêuticos trabalham diretamente com os usuários no piso em baixo, local onde fica o refeitório, cozinha, sala de preparo de papel machê, sala da tapeçaria, banheiro, quintal onde fica a horta (OBS5D4).

Vi uma AT reclamando para a secretária que os médicos nunca descem para o andar de baixo e que sempre ficam sozinhas com os usuários. Como que quisesse dizer que ninguém as ajuda lá em baixo. Percebi uma insatisfação no ar (OBS5D5).

Dessa forma, o trabalho se polariza em dois extremos: de um lado, os profissionais de nível técnico que realizam o diagnóstico e o tratamento; de outro, os profissionais de nível médio que, muitas vezes, sem preparo qualitativo, executam o cuidado direto ao doente. Há uma divisão social do trabalho entre aqueles que pensam, e por isso estariam em uma posição privilegiada, e aqueles que executam as tarefas propostas (PUNTEL, 1986). Portanto, seria de enorme valia se os profissionais técnicos do CAPS participassem mais ativamente das atividades que ocorrem no primeiro andar, tendo em vista que poderiam acompanhar mais de perto os usuários, proporcionando-lhe um tratamento mais qualificado e não sobrecarregando os acompanhantes terapêuticos, profissionais de nível médio.

A equipe da Nossa Casa é composta de três auxiliares de enfermagem, quatro acompanhantes terapêuticos, dois médicos psiquiatras, um médico clínico geral, três psicólogos, uma economista doméstica, um assistente social, um estagiário de assistente social, um funcionário de serviço geral, uma cozinheira, dois motoristas, duas secretárias, uma artista plástica cedida pela prefeitura e uma professora de educação física, totalizando 23 profissionais.

A Portaria 336 (BRASIL, 2002) preconiza uma equipe multidisciplinar para o atendimento em um CAPS do tipo I: um médico com formação em saúde mental, um

enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio. Sendo assim, percebe-se que o CAPS em questão está funcionando há três meses sem a presença de um profissional enfermeiro, o que denota uma inadequação em relação ao que a portaria preconiza.

Um membro da equipe nos informa que o serviço há três meses não conta com um enfermeiro [...] (OBS4D1).

Mesmo com três auxiliares de enfermagem, a presença do enfermeiro seria de extrema importância para orientar o trabalho desses três profissionais, para realizar a consulta de enfermagem e também para coordenar grupos, contribuindo, assim, para o melhor andamento do serviço. Além disso, a regulamentação da profissão prevê a atuação do auxiliar de enfermagem sob supervisão do enfermeiro (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1997).

Esse aspecto foi o ponto da negociação que gerou mudanças no serviço, pois, após esse momento, a coordenação do CAPS Nossa Casa providenciou a contratação de um profissional enfermeiro, adequando-se ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. A Nossa Casa trabalha com uma equipe, composta por 23 profissionais, que objetiva reabilitar o usuário na sua totalidade.

Sobre o papel da equipe no CAPS, segundo o Ministério da Saúde (2004a, p.27),

[...] o papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer.

O CAPS não possui a orientação de um profissional nutricionista, mas uma economista doméstica que faz o cardápio das refeições e ensina a cozinheira a fazer o aproveitamento e o armazenamento correto dos alimentos. O papel da economista doméstica

fica restrito à redução de custos, além de acompanhar o processo de higienização dos alimentos. Seria importante que o serviço contasse com a orientação de um profissional nutricionista para avaliar o valor calórico dos alimentos e estabelecer uma dieta adequada para determinados usuários.

Notou-se que o cardápio do almoço nem sempre é seguido rigidamente. Em algumas situações existe a possibilidade de a Prefeitura não encaminhar determinado alimento para o serviço. Nesse contexto, a cozinheira usa sua criatividade para melhor servir os usuários.

Conversei com a cozinheira, na cozinha, ela me disse que tem um cardápio, mas não segue direitinho, pois muitas vezes não tem determinado alimento e, daí, ela inventa outra coisa para fazer (OBS2D2).

No cardápio do dia: arroz, feijão preto, carne, batata e tomates. Não havia nada pra beber, nem mesmo água. Algo legal, por mais simples que possa parecer é que todos os pratos e copos que os usuários usam são de louça ou vidro e os talheres são de metal como em qualquer casa (OBS4D 1).

Outro aspecto observado foi a falta de algo para os usuários beberem durante as refeições. Muitos usuários, após o término da refeição, servem-se de água diretamente da torneira. Acredita-se que o serviço poderia disponibilizar algum refresco durante as refeições ou até disponibilizar um bebedouro, com água filtrada, no espaço físico da Nossa Casa.

Mesmo com uma equipe numerosa de profissionais, observou-se que a equipe do CAPS ainda poderia contar com uma pedagoga para ativar o grupo de alfabetização e com um acompanhante terapêutico do sexo masculino como mostram os trechos a seguir:

A Coordenadora me fala que o grupo de alfabetização está parado, pois falta uma pedagoga para dar início ao grupo (OBS1D5).

Uma acompanhante terapêutica me conta que antes tinha um AT homem e que isso era bom porque facilitava o cuidado com os usuários homens. Fala que hoje o motorista ajuda nessa função (OBS5D7).

Um acompanhante terapêutico do sexo masculino viabilizaria alguns cuidados mais específicos de higiene e até de manejo com alguns usuários homens. O serviço conta apenas

com esses profissionais do sexo feminino. Através dos registros nos diários de campo, observou-se que o motorista do serviço está ajudando e envolvendo-se no cuidado com os usuários masculinos. Assim, na Nossa Casa o trabalho interdisciplinar acontece de forma que o Campo de Competência e o Núcleo de Competência dos profissionais interagem, a maior parte do tempo, durante a execução do trabalho.

O Campo de competência são saberes e responsabilidade comuns a várias profissões ou especialidades. É todo saber básico, por exemplo, sobre o processo saúde/doença. Já, o Núcleo de competência é o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade, pois ele demarca a diferença entre os membros de uma equipe que definem a identidade de cada profissional, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão (CAMPOS, 2000).

O trabalho interdisciplinar caracteriza-se pelo fato de que cada profissional da equipe tem suas responsabilidades individuais e, ao mesmo tempo, é co-responsável pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe, e ela responde pela obtenção dos resultados esperados frente às necessidades de saúde de cada usuário, família e comunidade (PEDUZZI, 2000).

A Portaria 224 (BRASIL, 1992), não descrimina quais outros profissionais de nível médio e elementar são necessários para desenvolver atividades dentro de um CAPS tipo I, até porque parte do entendimento que o Projeto Terapêutico (PT) do CAPS Nossa Casa é que irá orientar esta escolha. Entende-se que, na perspectiva do PT do serviço, a presença de quatro acompanhantes terapêuticas (AT) oferecem um diferencial na assistência prestada e conseguem atender a demanda do CAPS.

Me chama a atenção as atividades deste profissional contratado como AT. Elas são quatro, parecem ser as mais presentes nos espaços coletivos onde os usuários estão e são referência deles, participam e coordenam oficinas, ajudam no autocuidado, na alimentação, acompanham usuários em alguns locais fora do serviço (OBS4D1).

Para Londero e Pacheco (2006), o acompanhante terapêutico surge no panorama da Reforma Psiquiátrica em resposta à demanda criada com o fechamento dos manicômios. O AT antes era denominado de “amigo qualificado”, mas esta terminologia entrou em desuso devido a sua conotação pouco profissional. Ainda para esses autores, esses profissionais precisam ter vocação para a assistência, alto grau de comprometimento, interesse por trabalhar em equipe, capacidade de empatia e vínculo.

Em outras palavras, o Acompanhante Terapêutico é um agente terapêutico, integrante da equipe, que acompanha o usuário no cotidiano, auxiliando-o a colocar em movimento a sua subjetividade, e buscando novas formas e novos modos para a sua reprodução nos diferentes caminhos que tem de percorrer (PITTA, 1994). Entende-se que o AT assume um papel de ego auxiliar do usuário, servindo de ponte de comunicação entre o usuário e o mundo ao seu redor. Na Nossa Casa, esse profissional auxilia o usuário em tarefas relacionadas ao autocuidado, alimentação e o acompanha em lugares fora do serviço quando é necessário.

Segundo o Projeto Terapêutico do CAPS Nossa Casa (PROJETO..., 2006), os profissionais do CAPS Nossa Casa reúnem-se a fim de elaborar e avaliar o Plano Terapêutico Individual (PTI), além de discutir questões administrativas. As reuniões técnicas são divididas da seguinte forma:

- a) reunião da equipe técnica: espaço para discussão semanal das questões administrativas e técnicas que envolvem o atendimento e tratamento dos pacientes, as formas de intervenção junto a estes e aos familiares, e a organização, elaboração e avaliação do plano terapêutico individual, discussão, capacitação, planejamento e organização da rede de atenção em saúde mental, atribuição esta de responsabilidade do CAPS, por ter o papel de regulador da saúde mental do município;

- b) reunião da equipe multidisciplinar: reunião semanal com a participação de toda a equipe para a discussão de casos, planejamento e organização do serviço e informativos administrativos;
- c) reunião para coordenação das oficinas: é mensal, com a participação dos responsáveis de cada oficina, tendo por objetivo a avaliação, integração, manutenção e discussão sobre a evolução de cada oficina.

Às sextas-feiras, no turno da manhã, o atendimento ocorre a partir das 10h, pois a equipe multidisciplinar encontra-se para reunião semanal das 8h às 10h.

A reunião se realizou em uma sala de atendimento. É uma sala pequena, havia 19 profissionais na reunião e nós da CAPSUL. Comentaram na reunião de equipe sobre a manutenção do CAPS, que todos os funcionários devem ajudar a mantê-la limpa e organizada (OBS1D3).

Antes de começar, teve conversas informais, as cadeiras, foram colocadas em círculo, a sala estava muito cheia, o espaço era pequeno, para o número de pessoas (OBS5D5).

A reunião se deu em uma sala pequena, faltaram cadeiras (OBS2D5).

Segundo as observações de campo, dos 23 membros da equipe multidisciplinar atuantes no CAPS foi observado que 19 profissionais participaram da reunião semanal. As reuniões foram um espaço muito rico de discussões acerca do Plano Terapêutico Individual dos usuários do serviço, além de ter sido um momento para rever questões administrativas e operacionais das oficinas e dos grupos. Os dois motoristas, umaicineira e a médica clínica não participaram de nenhuma reunião presenciada pelos observadores durante a coleta de dados, portanto nem todos profissionais se sentem comprometidos em participar desse espaço.

Outro aspecto observado foi a questão do espaço físico onde foi realizada a reunião (foi realizada em uma sala de atendimento) pequeno para o número de pessoas que estavam participando. A reunião poderia ter sido realizada em um espaço que contemplasse o número

de profissionais do serviço, tendo em vista que o CAPS disponibiliza salas maiores, o que proporcionaria mais conforto e um ambiente com maior ventilação.

Constatou-se que nas reuniões havia um profissional responsável pela coordenação da mesma, favorecendo maior organização das discussões, tornando o espaço democrático onde a maioria dos profissionais sentia-se à vontade para opinar e contribuir com suas avaliações. Na observação a seguir, a coordenadora da reunião foi uma acompanhante terapêutica que se esforçou para permitir a participação de todos os membros da equipe.

Toda a reunião eles tem combinado que há uma pessoa responsável por esse momento e combinaram também que para falar todos devem levantar o dedo [...]. A AT leu o que foi discutido na reunião passada e então começou a ler a primeira pauta da reunião. A equipe tinha muita dificuldade de ficar em silêncio. Cada pauta gerava uma discussão em torno do assunto. Foram discutidos vários casos de usuários do serviço [...] (OBS2D5).

O Plano Terapêutico Individual (PTI) também foi discutido pela equipe durante as reuniões, proporcionando que todos contribuíssem para avaliar o caso, considerando questões como a situação familiar e econômica, rede social, entre outros. Segundo o Projeto Terapêutico do CAPS (PROJETO..., 2006), a equipe técnica deve avaliar o desenvolvimento do usuário, respeitando suas diferenças, preferências, suas limitações, características e histórias pessoais, condições indispensáveis e essenciais para o seu tratamento, adequando as atividades previstas no seu PTI.

Concorda-se com Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p. 47) quando afirmam:

O papel da equipe não se expressa tanto nas reuniões periódicas, mas mais no costume de trabalhar junto e na elaboração e confronto cotidianos entre todos os operadores de cada centro e entre os diversos centros. Este trabalho de equipe serve para socializar as experiências, para enfrentar juntos os problemas e para avaliar, compartilhar e corrigir as decisões que cada operador toma; a equipe funciona, portanto também como uma espécie de supervisor coletivo.

A Prefeitura de São Lourenço do Sul disponibiliza um microônibus para o transporte gratuito dos usuários até o CAPS. A partir das 7h30min, a equipe está preparada para receber

os usuários a serem transportados pelo microônibus, o qual percorre paradas preestabelecidas, próximas às residências dos usuários. As 17h o microônibus parte do serviço, e também em paradas já estabelecidas e, leva os usuários até próximo as suas residências. Avalia-se que a atitude de levar e trazer os usuários denota um diferencial do CAPS Nossa Casa, tendo em vista que a maioria dos CAPS não disponibilizam transporte em dois períodos do dia, também porque há pessoas que vêm de lugares distantes do centro da cidade, por exemplo, da zona rural. Pode-se afirmar que essa atitude é uma forma de facilitar o acesso desse usuário até o serviço, inviabilizando que prejudiquem seu tratamento.

De acordo com o Projeto Terapêutico do CAPS (PROJETO..., 2006), os pacientes atendidos na Nossa Casa são portadores de transtornos mentais, neuróticos, psicóticos, egressos de hospitais psiquiátricos, psicoses orgânicas. O atendimento estende-se aos casos leves aos graves.

Os profissionais do CAPS não usam jalecos ou uniformes, o que, de certa forma, dificulta o reconhecimento de quem chega pela primeira vez ao serviço. Acredita-se que essa atitude faça parte da filosofia da maioria dos CAPS, que possuem uma filosofia de desconstruir a hierarquia entre o profissional e o usuário. Essa ação facilita a aproximação entre os atores sociais envolvidos no processo de reconstrução da cidadania, na percepção do outro como um ser igual, independente de cargos, criando um ambiente de igualdade entre quem cuida e quem é cuidado.

Silva (2000) colabora com a discussão, afirmando que no contexto da Reforma Psiquiátrica está contemplada a idéia de que as relações entre profissionais e usuários precisam ser construídas no sentido de alcançar maior horizontalidade e igualdade. A autora enfatiza que os profissionais devem abdicar da postura de imposição e de autoridade, muitas vezes adquirida em um simples jaleco branco e que essa postura não combina com os serviços substitutivos aos manicômios.

O CAPS Nossa Casa conta, hoje, na coordenação administrativa, com uma profissional educadora física, cargo indicado pelo coordenador da Saúde Mental do município e referendado pela aceitação dos demais profissionais da equipe. O fato da atual coordenadora ser uma pessoa afinada com a Coordenação de Saúde Mental e com a equipe permite que o trabalho possa ocorrer de forma a minimizar conflitos ou permitir que eles sejam explicitados e trabalhados, consistindo num aspecto positivo para o andamento do trabalho.

No entanto, o fato de a coordenação do CAPS ser indicada pelo coordenador de saúde mental, pode implicar certa verticalização das relações de poder, tendo em vista que se esta indicação for contrária aos desejos da equipe do CAPS, além de se acentuarem os conflitos, o poder da equipe acaba subsumido ao da coordenação de saúde mental. No entanto, no caso de São Lourenço do Sul tem sido uma relação tranqüila entre a coordenação de Saúde Mental e equipe, pois se observa uma sintonia entre o trabalho do Coordenador de Saúde Mental, Coordenador do CAPS e equipe, não se observando comprometimento da relação mediante a indicação do coordenador.

A coordenadora do CAPS é uma pessoa jovem, comunicativa e bastante simpática (OBS2D1).

Parece que a coordenadora se dá bem com todos da equipe, ela é bastante simpática e enérgica, está sempre de um lado para o outro, não pára nunca (OBS5D3).

As características de simpatia, bom relacionamento com a equipe, facilidade em comunicar-se foram observadas na coordenadora da Nossa Casa. Esses fatores parecem propiciar um ambiente favorável entre os membros da equipe. O cargo de coordenação do CAPS foi assumido três meses antes de se iniciar a coleta de dados, e a educadora física já trabalhava na Nossa Casa há quatro anos. Possui especialização fora da área da saúde mental, não recebe gratificação por exercer o cargo de coordenadora do serviço e cumpre 40 horas semanais.

Considera-se que um cargo de tamanha responsabilidade deveria receber uma gratificação, a qual serviria de estímulo para a execução das tarefas burocráticas, de representar e de coordenar um serviço tão complexo.

De acordo com o Projeto Terapêutico do CAPS I Nossa Casa (PROJETO..., 2006), o serviço objetiva contemplar todas as ações e atividades realizadas desde o primeiro momento em que o usuário ou familiar procura e entra em contato com o serviço, seu atendimento e acompanhamento no mesmo, sendo orientado pelo Plano Terapêutico Individual.

A Psicóloga me falou que cada usuário tem um Plano Terapêutico Individual que é construído a partir do momento que ele chega no CAPS e que este é sempre discutido em conjunto com os outros profissionais a partir da rede de apoio do usuário (OBS5D9).

Avalia-se que o Plano Terapêutico Individual (PTI) é de extrema importância em um serviço como o CAPS Nossa Casa, pois é este plano que orientará os profissionais no cuidado destinado ao usuário e ao seu familiar. A rede de apoio que o familiar oferece para a resolução de suas necessidades deve ser observada pelos profissionais do serviço para a construção e elaboração do PTI.

Corroborando com essas idéias, Oliveira (2000) salienta que qualquer atitude do profissional que tenha a intenção de ajudar alguém a reorganizar sua posição diante de sua doença e de seu sofrimento deve estar atento para todo o contexto familiar, social, e cultural no qual a pessoa está inserida, pois estes dados são imprescindíveis para a construção do Plano Terapêutico Individual.

Outros recursos e locais na própria comunidade são bastante explorados pela equipe, e isto faz com que grande parte das atividades com os usuários não seja realizada em espaços vinculados ao atendimento à saúde mental. Dentre esses espaços estão o ginásio, a quadra esportiva, o salão de festas, o Centro Tradicionalista Gaúcho (CTG), o atelier de arte e o rádio comunitário, os quais contribuem para a reinserção social do usuário e o resgate da cidadania.

O serviço sempre manteve a tradição de organizar datas comemorativas, aniversariantes do mês, apresentações e passeios. Durante a coleta de dados foi presenciada uma festa do Dia das Bruxas, na qual os profissionais envolveram-se com os usuários na confecção de roupas e máscaras. Essa festa aconteceu em um clube da cidade no início da tarde e terminou por volta das 17 h.

Percebi que tanto os usuários quanto os integrantes da equipe estavam bastante agitados, colocando a roupa de *Halloween*, afinal hoje é dia trinta e um de outubro, dia das bruxas! Quando vi a coordenadora do serviço percebi que ela havia literalmente mergulhado no tema da festa. Estava com uma roupa de bruxa, peruca, chapéu e uma maquiagem com uma verruga. Depois chegou a assistente social com uma roupa toda preta, com uma capa vermelha, uma maquiagem bastante pesada e uma dentadura de vampiro. As acompanhantes terapêuticas estavam ajudando os usuários a se vestir, me parece que os usuários (alguns) contribuíram com um valor para a confecção das capas e chapéu. Muitas acompanhantes levaram maquiagem e esmalte e começaram a maquiar os usuários. A festa começou com umas músicas bastante animadas. Muitos usuários dançaram. As acompanhantes terapêuticas dançaram, eu também dancei (OBS2D10).

A participação dos membros da equipe na festa foi de fundamental para que a festa se tornasse também um momento de confraternização entre profissionais e usuários, tornando mais estreitas as suas relações. Assim, a participação dos observadores do estudo também proporcionou uma aproximação entre a equipe e os usuários, facilitando o posterior convívio no CAPS Nossa Casa e até mesmo a própria coleta de dados.

Percebeu-se nesse evento, que a equipe mobilizou-se intensamente, tanto na confecção das fantasias dos usuários quanto nas suas próprias. A confecção das roupas dos usuários ficou a cargo das acompanhantes terapêuticas que arrecadaram recursos financeiros dos usuários que recebiam benefício. O convite para a participação dessa festa não se estendeu aos familiares, sendo restrito aos usuários do CAPS.

Presenciou-se também, a comemoração dos aniversariantes do mês, com bolo e refrigerante. Percebeu-se nitidamente que as festas e comemorações eram realizadas com um mínimo de recursos financeiros, usando a criatividade e a capacidade de improvisação. Os

profissionais da equipe participavam ativamente, contrariando aquela idéia da psiquiatria tradicional que se deve manter distanciamento para que a relação seja terapêutica.

No entanto, acredita-se que os familiares deveriam ser chamados para participar desses eventos, pois seria uma oportunidade de integrar a família no cotidiano do serviço e de aproximar família-usuário-profissionais. Além disso, julga-se importante que as atividades oferecidas pela Nossa Casa, com o objetivo de ressocializar o sujeito com transtorno mental, devessem incluir a comunidade e, principalmente, contar com o apoio da família. Os trabalhadores de serviços de saúde deveriam ter consciência da importância de um co-envolvimento da família dos pacientes nos projetos de (re) inserção social do indivíduo na comunidade (DUARTE et al., 2007).

Os grupos e oficinas terapêuticas são recursos muito utilizados, tendo diferentes finalidades e sendo coordenados por diversos membros da equipe. Os usuários são divididos em grupos, garantindo que cada grupo seja atendido uma vez por mês.

O Quadro 2 lista os grupos terapêuticos oferecidos aos usuários do CAPS Nossa Casa, tendo como base o Projeto Terapêutico CAPS I Nossa Casa (PROJETO..., 2006):

Grupos	Funcionamento
1. Grupos Terapêuticos	Público-alvo: pacientes com frequência no CAPS. Coordenação: médico psiquiatra e um técnico/auxiliar de enfermagem. Frequência: encontros mensais. Objetivo: trabalhar os sentimentos, dificuldades e ansiedades.
2. Grupo de Medicação	Público-alvo: pacientes ambulatoriais. Coordenação: médico e um técnico/auxiliar de enfermagem. Frequência: encontros semanais. Objetivo: sanar dúvidas sobre medicamentos e também é uma forma de atualizar as prescrições.
3. Grupos Operativos	Público-alvo: usuários. Coordenação: acompanhantes terapêuticos. Frequência: diária. Objetivo: discutir e organizar a dinâmica de trabalho e as atividades de rotina do CAPS, servindo de incentivo para seu cotidiano.

4. Grupo com Usuários	Público-alvo: usuários. Coordenação: psicólogo e um acompanhante terapêutico. Frequência: realizado mensalmente. Objetivo: caráter informativo, terapêutico e de auxílio no autocuidado, criando um espaço para que o usuário se expresse em relação ao seu tratamento.
5. Grupo com familiares de usuários	Público-alvo: familiares de usuários. Coordenação: assistente social e a participação de um acompanhante terapêutico. Frequência: ocorre em caráter semanal, quinzenal e mensal, de acordo com a necessidade do familiar Objetivo: tem caráter informativo, terapêutico e de auxílio nas questões de manejo e cuidado com a medicação dos usuários, e orientação na forma de administrar as dificuldades inerentes à condição dos mesmos.

Quadro 2 – Descrição dos Grupos realizados pelo CAPS Nossa Casa.

No Quadro 2 pode-se notar que, geralmente, os grupos são coordenados por um profissional de nível superior e contam com um profissional de nível médio para lhes dar suporte. Apenas o Grupo Operativo é coordenado pelas Acompanhantes Terapêuticas, pois objetivam discutir e organizar as atividades de rotina do CAPS, servindo de incentivo para o cotidiano dos usuários.

Um grupo observado durante o período de coleta de dados no CAPS Nossa Casa foi o Grupo de Medicação. Este grupo é coordenado por um médico e por um técnico de enfermagem, visando sanar dúvidas sobre medicamentos e também servindo como uma forma de atualizar as prescrições, em encontros semanais.

O médico chega ao serviço e dirige-se à sala, onde um grupo de usuários juntamente com a técnica de enfermagem o aguarda para iniciar o Grupo de Medicação. Estavam onze usuários. O médico cumprimenta alegremente todos. O grupo inicia com o médico saudando um usuário que não vinha no CAPS há dois meses. Pergunta como ele está, por que se afastou, se está empregado. Durante o grupo, o médico pergunta a cada um dos usuários como estão, o que estão fazendo. A cada fala de um usuário o Doutor “puxa um gancho” para todos conversarem. [...]. O médico vai fazendo, durante todo o decorrer do grupo uma avaliação de cada um, renovando algumas receitas médicas e mantendo outras (OBS1D7).

Pode-se perceber que o médico psiquiatra da Nossa Casa, coordenador do Grupo de Medicação, avaliou cada usuário à medida que questionava sobre a sua vida cotidiana, até

porque, nesse grupo, o médico também renova algumas receitas de medicações. A partir de cada fala dos usuários, o coordenador do grupo fez com que todos eles participassem, mobilizando todos os integrantes do grupo. Nesse sentido, Melman (2001) afirma que o grupo permite um processo de identificação, no qual os membros podem ver no outro o reflexo de sua própria realidade, pois, o ato ouvir o relato do outro, pressupõe uma disponibilidade para acolher o sofrimento e a angústia do próximo, e procurar pontos de contato e vivências semelhantes em suas narrativas.

O cuidado individualizado também foi percebido neste grupo, a partir do momento em que o médico percebeu a presença de um usuário que há dois meses não estava participando dos encontros. Essa atitude demonstrou uma preocupação em saber os motivos que levaram o usuário a faltar e também uma valorização da presença dele.

Concorda-se com Dall’Agnol et al. (2007) quando afirmam que as abordagens grupais representam a oportunidade de discutir assuntos de interesse da coletividade, consolidando discussões e reflexões que podem repercutir positivamente nas condições de vida dos participantes, no momento em que todos assumem papéis importantes para o crescimento e desenvolvimento grupal.

Já, nas oficinas são desenvolvidas diversas atividades de caráter artístico e cultural que, além do resgate terapêutico das potencialidades dos usuários, contribuem significativamente para sua reabilitação e interação social.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), as oficinas terapêuticas, de modo geral, podem ser classificadas em Oficinas Expressivas (espaços de expressão plástica, expressão verbal e expressão musical), Oficinas Geradoras de Renda (servem de instrumento para gerar de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário), e Oficinas de Alfabetização (esse tipo de oficina contribui

para que todos os usuários que não tiveram acesso ou não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura).

As oficinas (PROJETO..., 2006) oferecidas pelo CAPS aos usuários, são listadas no Quadro 3.

Oficinas	Funcionamento
1. Oficina da horta	<p>O que é: atividade que envolve contato com a terra, o plantio de hortifruti. Nesta oficina, acontece a produção de bonecos artesanais confeccionados com serragem e sementes.</p> <p>Público-alvo: usuários.</p> <p>Frequência: acontece periodicamente num sistema de rodízio entre os usuários.</p> <p>Coordenação: o apoio de um técnico da EMATER e de um acompanhante terapêutico.</p>
2. Oficina de atividades físicas	<p>Público-alvo: todos os usuários que apresentarem condição clínica e física poderão participar de atividades físicas.</p> <p>Coordenação: profissional de educação física e do acompanhante terapêutico. Dentro desta oficina, o CAPS disponibiliza as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) caminhada e ginástica orientada: realizada fora das dependências do CAPS duas vezes por semana. Juntamente com a equipe de enfermagem é feita uma avaliação antropométrica com acompanhamento trimestral; b) futebol: realizado fora das dependências do CAPS, uma vez por semana. Conta com o apoio de um auxiliar de enfermagem e do motorista do CAPS; c) recreação: brincadeiras e jogos que acontecem eventualmente, com a participação de todos, podendo ser realizadas dentro ou fora do CAPS.
3. Oficina do coral	<p>O que é: o Coral Cidadania, fundado em 1996, do qual participam os usuários e profissionais da equipe do CAPS.</p> <p>Coordenação: um acompanhante terapêutico e com apoio de um usuário.</p> <p>Frequência: uma vez por semana, fazendo apresentações nos diversos eventos do município.</p>
4. Oficina de danças folclóricas alemãs	<p>O que é: Grupo Nova Vida, fundado em julho de 2004, tem a participação dos usuários e profissionais da equipe do CAPS, fazendo apresentações nos diversos eventos do município e fora deste.</p> <p>Coordenação: profissional de educação física.</p> <p>Frequência: ensaios uma vez por semana.</p>
5. Oficina do jornal	<p>Público-alvo: usuários.</p> <p>Coordenação: um profissional de psicologia.</p> <p>Frequência: uma vez por semana.</p> <p>Objetivo: informar sobre o cotidiano da comunidade.</p>

6. Oficina de alfabetização	Frequência: três vezes por semana. É integrada com o CAPS Infantil. Coordenação: uma pedagoga e um estagiário de pedagogia.
7. Oficina de rádio	O que é: É um espaço cedido pela Radio Comunitária Vida FM, realizando, musicais, informativos, radioteatro, depoimentos, etc. Coordenação: um acompanhante terapêutico. Frequência: programa semanal. Objetivo: divulgação dos serviços de saúde mental, orientação para a comunidade e entretenimento.
8. Oficina de geração de renda	A Nossa Casa conta com oficinas dentro do CAPS que geram rendas, expondo os produtos confeccionados em duas lojas no município e nos eventos em outros municípios.

Quadro 3 – Descrição das Oficinas realizadas no CAPS Nossa Casa.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidas nos CAPS. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários que realizam atividades definidas mediante o interesse dos usuários e das possibilidades dos técnicos dos serviços. Essas oficinas objetivam a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004a).

Dentre as diversas oficinas presenciadas durante a coleta de dados, a Oficina de Jornal foi observada. Realizada uma vez por semana, coordenada pela psicóloga do serviço, com o objetivo de informar sobre o cotidiano da comunidade, esta oficina mobilizou vários assuntos gerais cotidianos, por exemplo, não andar sozinho à noite, não carregar muito dinheiro e proteger as bolsas, além de ler algumas notícias do jornal da cidade.

Às 11h30min começa a Oficina do Jornal. A psicóloga leu o jornal para os usuários. Comenta sobre as notícias, dá dicas de segurança, como por exemplo, não andar com muito dinheiro na rua, proteger as bolsas, não andar sozinho à noite, trancar bem a casa [...]. Após 30 min, a oficina termina e os usuários vão almoçar (OBS1D5).

Essa oficina poderia ter uma duração maior tendo em vista as inúmeras notícias que são discutidas a partir de um jornal e muitas delas são suprimidas em decorrência do tempo

reduzido. Esta oficina poderia ser realizada diariamente, porque é importante os usuários estarem informados sobre os acontecimentos da sua região.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 17), as atividades terapêuticas são “[...] recursos que vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracteriza o que vem sendo denominada de clínica ampliada”. Após a enumeração das atividades propostas por esse serviço, percebeu-se que a Nossa Casa oferece diversos tipos de atividades terapêuticas, as quais, de acordo com o Projeto Terapêutico do CAPS I Nossa Casa (PROJETO..., 2006), visam dar suporte para os processos de proteção, prevenção, socialização, inclusão, promoção e reabilitação psicossocial do usuário e da família.

Dentre as várias atividades observadas durante a coleta de dados, destacam-se a oficina de artesanato e a de papel machê, das quais muitos usuários participam, fabricam e vendem sua própria produção, contribuindo assim para o aumento da sua renda e de seu próprio sustento.

No andar superior da Casa, estava acontecendo a oficina de papel machê, havia sete usuários participando. Hoje, estavam pintando os pratos e as esculturas que haviam feito semana passada. Na parte inferior da casa, (garagem), estava a coordenadora, com três usuárias pintando e secando algumas latas, caixinhas, porta-jóias e casinhas de passarinhos. Todas pintavam juntas e trocavam idéias sobre cores. Alguns usuários que estavam por lá, observavam a pintura e passeavam no pátio (OBS1D4).

Segundo o Ministério da Saúde, Portaria 189 (BRASIL, 1991a)³, as oficinas são caracterizadas como “[...] atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”. Este momento da terapia é um espaço de criação, de atividades, de promoção de interação, podendo realizar-se através de ginástica, festa, dança, pintura e artesanato.

As oficinas propiciam que o usuário participe de uma atividade criativa/laborativa e compartilhe com os demais seus sofrimentos, além de fomentar o treino para a socialização.

³ Documento eletrônico não paginado.

Essas oficinas proporcionam envolvimento do usuário em tarefas que trabalham suas limitações motoras e os colocam frente a algo que podem construir (KANTORSKI; MACHADO; OLIVEIRA, 2000).

Percebeu-se durante a coleta de dados, que há uma inadequação quanto à sala onde funciona diariamente a oficina de tapeçaria, coordenada por uma oficineira.

Algumas usuárias me relataram que não estão contentes por estarem em uma “salinha” pequena, “de fundos”. Relatam que no verão é uma peça muito quente e no inverno é muito escura. Sentem-se as “últimas do mundo” (SIC), esquecidas pelo resto do serviço. Relatam que não participam de nada, café, de eventos e acontecimentos. Relembra o quanto era bom quando ocupavam a sala que hoje é a recepção, que quando trabalhavam lá a venda era maior porque as pessoas que chegavam ao serviço viam o trabalho e faziam encomendas (OBS1D1).

Na data do início da coleta de dados, algumas mudanças haviam sido realizadas, por exemplo, a oficina de tapeçaria localizava-se no lugar onde atualmente é a secretaria, e onde era a secretaria, atualmente situa-se a Associação dos Familiares e Amigos dos Usuários (AFAU). De acordo com a observação, constatou-se que a sala atual da oficina de tapeçaria foi mal escolhida, pois atualmente essa oficina está em um lugar de pouca visibilidade para as vendas dos produtos confeccionados nas oficinas e também em um lugar escuro e pouco arejado.

Aspectos mais subjetivos também podem ser captados com a mudança, pois a falta de visibilidade refere-se também ao próprio serviço que acaba “esquecendo-se” de integrar essa oficina nos eventos e acontecimentos diários do CAPS. Essas mudanças foram realizadas sem que os usuários da oficina de Tapeçaria e mesmo a oficineira, coordenadora, fossem consultados, em uma decisão vertical e nada democrática. Nesse contexto, considera-se que as pessoas afetadas diretamente nessa mudança deveriam ter sido ouvidas, evitando-se os descontentamentos e o sentimento de descaso gerado.

Esse descontentamento entre profissionais e usuários gera um ambiente pouco favorável para trocas de informações, refletindo negativamente nas relações estabelecidas, principalmente com a coordenação do CAPS, com aicineira e usuários integrantes da oficina. Concorde-se com Pereira, Lima e Silva (1999) quando afirma que o CAPS deve estabelecer um modelo de atenção que vise a mudança de conceitos e de pensamentos cristalizados ao longo da história da psiquiatria, marcados pelo autoritarismo, rigidez de valores e ações.

No decorrer deste estudo citam-se as oficinas e grupos realizados no CAPS Nossa Casa, portanto, apresenta-se o cronograma das atividades desenvolvidas semanalmente com os usuários.

MÊS/ANO Out/2006	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Manhã	10h Caminhada	9h Oficina de Papel Machê	8h Atendimento individual com a médica clínica	9h Grupo de dança no Galpão Crioulo	8h30min 10h30min Reunião de Equipe
	10h30min Grupo com o médico psiquiatra.	9h Oficina de Madeira	10h Caminhada		10h Atendimento com a médica (individual)
		11h Atendimento individual com o médico psiquiatra.	11h Leitura do Jornal		
Tarde	14h Grupo de Mulheres (23/10, 06/11, 20/11)	13h30min Grupo de Família (07/11)	A psicóloga realiza atendimento conforme sua agenda	13h30min Grupo de Apoio à Vida II (26/10)	14h Grupo do Pagode
		14h Grupo de Depressão 24/10		14h Coral	15h Oficina de Beleza
	14h Futebol AABB	14h Grupo do Conselho Tutelar (17/10, 31/10)			
	14h Grupo de Alívio de Estresse (16/10, 23/10, 30/10)	14h Grupo de Apoio a Vida (24/10, 31/10, 07/11)			
		14h30min Grupo de Família			

Quadro 4 – Cronograma das atividades do CAPS Nossa Casa.

Fonte: Arquivo do Diário de Campo. São Lourenço do Sul, 2006.

A organização das atividades dos CAPS deve oferecer atrativos para os usuários participarem, fazendo com que percebam a importância dessas atividades para sua melhora

clínica e social. Concorde-se com Saraceno (1998), quando diz que não se precisa de psicóticos pintores, necessita-se de psicóticos cidadãos, e os elementos que mais determinam o andamento de uma enfermidade mental estão parcialmente no tratamento. A outra parte não está tanto no tratamento que o sujeito recebe, mas no tipo de serviço que o atende.

Nessa perspectiva, é importante que todos os profissionais do serviço estejam engajados em estimular os usuários nas oficinas proporcionadas pelo serviço. É necessário que o CAPS reveja essas atividades, a fim atender as reais necessidades dos seus usuários. Segundo Montezuma (2000), um remédio pode ser dado para fazer falar ou fazer calar, assim como uma indicação de internação, já, as oficinas podem oferecer um lugar de troca e de indagação para cada um sobre a sua capacidade.

Ao comparar as atividades realizadas no cotidiano do serviço com o exposto no Projeto Terapêutico do serviço, percebe-se que o CAPS consegue cumprir a maioria das atividades propostas, apenas com uma exceção: o grupo de alfabetização que não estava ocorrendo durante a coleta de dados justamente pela falta de um profissional da pedagogia, mas que já estava sendo providenciada, segundo a coordenadora do serviço.

Durante o período de observação no serviço, pudemos perceber que o CAPS encoraja os usuários a participarem das atividades simples do dia-a-dia de qualquer casa, por exemplo, lavar a louça, limpar a mesa, varrer o chão, dentre outras, além de estimular o autocuidado relacionado a cuidados de higiene pessoal.

A acompanhante terapêutica (AT) pegou uma lista para fazer a divisão das tarefas do dia, como por exemplo: lavar a louça do café e do almoço, secar a louça, limpar as mesas, varrer o chão, descascar algum legume para o almoço [...]. Ela ia perguntando e vários usuários iam se oferecendo para fazer tal atividade. Muitos pacientes se sentiam úteis em ter uma tarefa em cumprir. Quando ninguém se oferecia para uma determinada atividade a AT perguntava se tal usuário gostaria de fazer tal tarefa, assim ela estimulava que todos os usuários ficassem responsáveis por uma tarefa no dia (OBS2D2).

Passei pelo corredor e presenciei uma técnica do serviço estimulando uma usuária, com higiene precária, a tomar banho e trocar de roupas. Depois de

trinta minutos percebi que a usuária estava de banho tomado e com roupas trocadas (OBS3D2).

Foi apresentado o banheiro, no qual tinha armários com roupas, pois alguns usuários trocam e lavam suas próprias roupas (OBS3D1).

Esse estímulo para a execução de atividades de vida diária serve para que os usuários reproduzam o que aprendem e o que fazem no CAPS em suas próprias casas, estimulando a independência e elevando a auto-estima. No Projeto Terapêutico do CAPS I Nossa Casa (PROJETO..., 2006) consta que a higienização dos usuários deva ser realizada após o café da manhã, prevendo banho, corte de unhas, corte de barba e cabelo e também escovação dentária. Esse documento esclarece que serão lavadas as roupas doadas pelo CAPS aos usuários mais carentes, cabendo, portanto, ao usuário e seu responsável a tarefa de cuidar de suas roupas. Segundo a coordenação do CAPS Nossa Casa, muitas roupas são doadas ao serviço pelos moradores da região, sendo armazenadas em um armário, no qual os próprios usuários podem escolher sua roupa.

Conforme se observou, cada usuário da Nossa Casa tem uma necessidade, que pode ser semelhante, mas não é igual, e por isso a atenção precisa ser diferenciada e individualizada. Segundo Merhy (1997), o profissional pode exercer certa autonomia como portador de saberes tecnológicos para enfrentar os problemas de saúde, para desenhar as intervenções de acordo com as opções tecnológicas disponíveis e ainda é necessário que se entenda que o sujeito na sua individualidade, possui necessidade própria, que pode ser complexa ou não, e os profissionais de saúde deveriam dispor de todos os aparatos para tentar resolvê-la.

O fato de poder olhar para esses problemas ou necessidade que alguns destes usuários enfrentam, pode mostrar o quanto a saúde é complexa, o quanto “[...] os profissionais dos serviços de saúde devem ser sensíveis a estes contextos, pois é isto que nos faz perceber,

enquanto profissionais, que as pessoas nos procuram trazer consigo sua vida e não somente uma queixa” (OLIVEIRA, 2003, p. 71).

Nesse sentido, Peduzzi (2000) salienta a importância de os profissionais de saúde pensarem sobre uma concepção mais ampliada de saúde, que compreenda um conjunto de fatores individuais e coletivos, inter-relacionados num processo dinâmico, que abarque dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas, biológicas e sociais visando a possibilidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Assim, analisando os registros do diário de campo, percebe-se a importância da estrutura física do CAPS estar adequada à demanda do serviço, e os recursos humanos engajados na construção do vínculo, na resolutividade das necessidades dos usuários e no trabalho em conjunto. Essas questões devem objetivar a construção de um modelo de atenção humanizado, participativo e construtivista.

5.3 ATIVIDADES VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À FAMÍLIA

A partir do processo de desinstitucionalização do sujeito com transtorno mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica, a unidade familiar tem sentido os reflexos diretos dessa transformação. Se, antes, o indivíduo ficava sob a tutela de uma instituição total, agora ele fica sob a responsabilidade e no convívio do familiar.

O transtorno mental, além de acarretar mal físico e psíquico ao sujeito, altera o cotidiano das pessoas que o cercam, pois, o sujeito com transtorno mental exige atenção, absorvendo tempo e dedicação dos familiares (FUREGATO et al., 2002). Assim, um dos desafios da atualidade, no campo da saúde mental, é compreender as famílias de sujeitos com

transtornos mentais, considerando-as uma unidade de cuidado importante no contexto da reabilitação psicossocial. Os serviços substitutivos aos manicômios precisam se desprender de preconceitos e oferecer às famílias atenção e suporte necessário, a fim de efetivá-la como parceira e alvo do cuidado (SCHRANK, 2006).

A família deve ser percebida como uma unidade de cuidado e alvo de atenção. Para isso, os profissionais dos serviços de saúde precisam estar preparados para atender a complexidade dessa atenção, a fim de construir estratégias propiciadoras de intervenções reais e concretas no cotidiano dos serviços. Camatta e Schneider (2006) afirmam que os serviços de saúde mental devem reconhecer a participação da família na promoção e na prevenção dos transtornos mentais, visando a integração da família nos serviços como algo essencial na prática da saúde mental.

Neste capítulo, avalia-se qualitativamente a atenção oferecida aos familiares pelo CAPS Nossa Casa, situado na cidade de São Lourenço do Sul (RS), identificando, na proposta do serviço, espaços e atividades de suporte aos familiares de portadores de transtornos psíquicos, além de ofertas de atividades que contemplem a atenção a essas famílias, a partir da construção dos grupos de interesse, família, equipe e usuário.

Durante o período de coleta de dados no CAPS Nossa Casa foram observadas algumas atividades voltadas para a atenção às famílias de usuários: acolhimento, grupo de familiares, visitas domiciliares e Associação dos Familiares e Amigos dos Usuários (AFAU).

O acolhimento no CAPS ocorre diariamente, em um sistema de rodízio entre os profissionais responsáveis, destacando-se: assistente social, psicóloga e médico. É importante salientar que o Projeto Terapêutico do serviço aborda somente o acolhimento direcionado aos usuários, em nenhum momento fala sobre o acolhimento que deve ser destinado aos familiares desse usuário:

O acolhimento dá-se imediatamente no primeiro momento em que o usuário chega ao nosso serviço e é recebido pela secretária. A equipe dispõe de uma escala de acolhimento onde um técnico estará disponível, à escuta dando suporte, alívio de tensão e, simultaneamente, procurando orientá-lo para algum tipo de encaminhamento (PROJETO..., 2006, p. 3).

O acolhimento realizado no CAPS Nossa Casa é aquele atendimento aos usuários e familiares que procuram o serviço sem uma marcação prévia de consulta. Essa atenção dispensada é realizada pelos profissionais do serviço que se organizam em um sistema de escala, a fim de não sobrecarregar apenas um profissional, sendo também uma forma de responsabilizar todos os técnicos por esse momento. Faz-se importante salientar que os acompanhantes terapêuticos (ATs) e a recepcionista não realizam o acolhimento. Acredita-se que tanto os ATs quanto a recepcionista teriam condições de contribuir com suas experiências, realizando essa atenção aos familiares e usuários, e talvez somente não o façam por não terem uma formação de nível superior.

Para reforçar a importância do acolhimento, destaca-se a seguinte afirmação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 17):

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações.

O momento do acolhimento é de extrema importância no tratamento do usuário e na participação do familiar no CAPS, pois é o primeiro contato que estes têm com o serviço. A preparação da equipe é fundamental para a vinculação do usuário e da sua família no serviço, sendo preciso agir com receptividade e empatia. Nesse contexto, Malta et al. (2000) ressaltam que o acolhimento está ligado ao processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de assistência à saúde, assumindo uma postura acolhedora, de escuta e de dar respostas adequadas à necessidade de cada sujeito.

O CAPS Nossa Casa, por se tratar de um CAPS tipo I, não oferece atendimento noturno, mas conta com a unidade de internação psiquiátrica do hospital geral da região, que atende em caráter de emergência, podendo ser considerado um serviço de retaguarda nos períodos em que o CAPS está fechado. Esses períodos seriam após às 18h e aos finais de semana. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), apenas os CAPS tipo III funcionam durante as 24h, atendendo também nos feriados e fins de semana.

Mesmo não sendo mencionado no Projeto Terapêutico do CAPS (PROJETO..., 2006), as observações no campo permitiram identificar o acolhimento aos familiares numa ação desenvolvida no CAPS. A seguir foram selecionados trechos do diário de campo e das entrevistas, que se referem ao acolhimento relacionado aos familiares.

Muitas vezes chega ao serviço não o usuário, mas o familiar, né? Então o familiar também é atendido. Também é acolhido, né? E de acordo com a necessidade do familiar também, se necessário a gente vai com o familiar, faz a visita, busca essa pessoa que necessita do atendimento, também atende o familiar (EE1).

Pela tarde na recepção, a recepcionista acolheu uma familiar de um usuário. Ela está bastante ansiosa e agitada, fala que seu companheiro vem bebendo bastante. Eles essencialmente falam para ela evitar o confronto quando ele estiver alcoolizado. Esse acolhimento, essa escuta tem duração de mais de 30 min (OBS4D5).

Nota-se que há uma adequação entre o que é referido pela equipe e o que acontece na prática cotidiana do serviço, evidenciada na observação. No dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), o acolhimento é definido como o ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração e refúgio. Já, para Merhy (1994, 1997), o acolhimento pode ser entendido como um dos instrumentos para a reorganização do serviço em saúde, garantindo o acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado.

Considera-se que a secretária estabelece uma relação acolhedora com o familiar que chega ao CAPS Nossa Casa. Merhy (1997) afirma que o recepcionista pode decidir ser um “quebra galho” do familiar, ou pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou

menor “necessidade” no serviço. Neste estudo, observou-se que a recepcionista tem importante papel no acolhimento, pois este profissional não barra os familiares na entrada, mesmo se não tiver horário agendado.

Entende-se que no momento do acolhimento o profissional responsável deve ter uma ação resolutiva. Ter uma ação resolutiva não se limita a uma conduta clínica, consiste, também, em oferecer possibilidades de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente e/ou do seu familiar. Eles devem sair do serviço certos de que foi feito tudo para resolver seus problemas e que a equipe de saúde está engajada nas suas causas (MERHY, 1994).

A resolutividade não significa que a necessidade foi totalmente resolvida, pois em curto espaço de tempo não seria possível, mas considera-se, neste estudo, que a resolutividade das necessidades inclui a maneira como o problema foi tratado ou encaminhado pelo profissional na ocasião do acolhimento. Concorde-se com Coimbra (2003) quando salienta que a combinação de autonomia dos usuários e a responsabilização dos profissionais constroem o vínculo, porque no momento em que um se responsabiliza pela saúde, o outro consegue lidar um pouco melhor com suas dificuldades. Essa relação aproxima os dois ao objetivo que é o cuidar em saúde.

A noção de responsabilização da equipe seria um processo de busca pela solução das necessidades de saúde do usuário/família, ultrapassando os limites da clínica biologicista, procurando-se estabelecer um cuidado integral à saúde coletiva e individual (CAMPOS, 1994).

A disponibilidade e a acessibilidade que o serviço apresenta tanto para os usuários quanto para os familiares também são de extrema importância, pois, assim, a família tem a segurança de poder contar com o serviço quando precisar, seja para apoiar, seja para ajudar o usuário e/ou o familiar.

Avalia-se que a equipe desse serviço mostra-se significativamente comprometida com o processo de responsabilização com o usuário e familiares, apresentando-se disponível para a escuta e o cuidado. Esse fato é reiterado pelas falas a seguir.

Eu vejo o serviço muito bom, são muito interessados pelos usuários, e pelos familiares também, [...] eles nos ajudam a resolver alguns problemas que não são poucos, às vezes com o usuário, às vezes fora do problema do usuário. Quando a gente precisa do serviço a gente também tem (EF6).

Às vezes até mesmo dentro dos supermercados a gente conversa com eles (referindo-se a equipe). A gente se encontra, a gente conversa (EF10).

Eles procuram passar pra gente segurança e que o CAPS tá aí pra socorrer a gente, tanto o usuário quanto o familiar. Eu acho que eles estão sempre disponíveis pra gente, eu acho isso aí muito importante, porque a hora que tu precisa deles, eles tão lá pra te apoiar, pra te ajuda, pra ajuda o usuário. Isso aí eu acho bem legal, lá deles. Sempre quando elas vem aqui, elas sempre dizem que qualquer coisa, qualquer hora tu liga, quando tu não puder ir lá, tu liga, a gente fala, a gente conversa, marca um horarizinho, se não dá, tu vai lá e espera o último sai pra gente fala, e a gente tá lá pra ajuda, pra socorre vocês (EF4).

O fato da cidade de São Lourenço do Sul ser um município de pequeno porte favorece o encontro dos profissionais do CAPS com os familiares em lugares públicos, em supermercados, por exemplo. Os profissionais poderiam negar-se em conversar com os familiares fora do serviço, alegando não estar em horário de trabalho, mas observa-se justamente o contrário. O acesso aos profissionais do CAPS Nossa Casa acontece em qualquer lugar e em horários muitas vezes ajustados no momento da chegada do familiar, gerando um sentimento de proteção e de apoio nas famílias. Observa-se, também, que os familiares lembram-se, durante as entrevistas, das palavras de carinho e de conforto que os profissionais lhes disseram.

É de extrema importância, nesse contexto, saber de que modo os familiares caracterizam a atenção dispensada pelos profissionais do CAPS Nossa Casa.

Eu gosto do atendimento, as gurias são muito atenciosas, né? Sou muito bem atendido. Se esforçam, são assim bem dedicadas (EF2).

O atendimento eu acho muito bom, muito especial (EF1).

[...] eu conheço todas elas, são umas pessoas ótimas, umas pessoas boas, me abraçam, perguntam pra mim pelo Paulo. Perguntam como é que ele tá, são ótimas (EF5).

O atendimento é muito bom, agente chega lá, e é bem recebida, bem tratada, são bem simpáticas. Pra mim é ótimo o atendimento lá (EF3).

Os familiares caracterizam a atenção oferecida pelo serviço como sendo “especial, ótimo, muito bom”, pois se sentem “bem tratados, bem recebidos” no serviço. Um familiar ressalta que os profissionais o “abraçam”, o que denota um carinho recebido pelo entrevistado. Miranda e Miranda (2002) comparam o acolhimento com as relações humanas, principalmente o de ajuda. A relação de ajuda ocorre quando há o encontro de duas pessoas, o ajudador acolhe o ajudado, deste modo, acolher significa receber o ajudado, transmitindo-lhe receptividade e interesse de modo que se sinta valorizado.

A partir das falas dos entrevistados pode-se entender que a Nossa Casa oferece uma atenção diferenciada, pautada na humanização, no contato humano, na valorização de aspectos subjetivos.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão em saúde.

Sabe-se que a participação da família no tratamento do usuário é de extrema importância. Observou-se que o CAPS Nossa Casa incentiva os familiares a se envolverem no tratamento e a participarem ativamente do dia-a-dia do serviço. A Nossa Casa atende aos familiares, principalmente na forma de grupos semanal, quinzenal e mensal. O grupo semanal destina-se ao atendimento à família de usuários com problemas atuais e complexos; o grupo quinzenal destina-se aos familiares de pacientes com grau moderado de problemas; o mensal

destina-se aos familiares de usuários com problemas menores. O que vai definir o encaixe dos familiares nos grupos é o grau de necessidade de cada unidade familiar, avaliada pela equipe do serviço.

Segundo o Projeto Terapêutico do CAPS I Nossa Casa (PROJETO..., 2006), o Grupo com Familiares de usuários é coordenado por uma assistente social com a participação de um acompanhante terapêutico, tendo um caráter informativo, terapêutico e de auxílio nas questões de manejo e cuidado com a medicação dos usuários quando em sua resistência e de orientação para administrar as dificuldades inerentes à condição dos usuários.

Conforme os relatos, a equipe do CAPS percebeu a existência de diferentes necessidades de frequência entre os familiares que procuravam o serviço, e criaram os três tipos de grupo destinados aos familiares.

Quando se pensou em fazer esses três grupos de familiares, acontecia que alguns familiares vinham toda semana no CAPS, sempre com dificuldades, quanto aos usuários. Então percebeu-se que esses usuários precisavam de um grupo semanal, de um horário pra eles virem, um espaço pra eles esclarecerem essas dúvidas, então a gente começou o grupo com mais ou menos 7 familiares, esse grupo não vai ser sempre ser os mesmos, porque no momento que aquele familiar conseguiu resolver aquele determinado problema né, então ele já passa para o mensal. Vai ter o semanal que vai tá com uma necessidade maior [...] a gente pensou assim, nessa forma de facilitar esse esclarecimento pra esse familiar (EE9).

Constatou-se certa flexibilidade dos profissionais com relação à participação dos familiares nos grupos. No momento em que uma família ao participar das reuniões mensais, por exemplo, apresentar uma dificuldade maior com o seu usuário, a equipe, e mais especificamente a assistente social, muda o enquadre dessa família para o grupo semanal.

Os familiares que participam dos grupos compartilham vivências e informações, melhorando o convívio em casa com o seu doente.

Eles nos fazem enxergar, que o nosso problema não é o pior de todos, e nos ensinam como lida com eles né, a ter mais paciência também com limite, não assim liberando tudo, não aceitando tudo né, como te calma. Aí fica um ambiente mais saudável, um ambiente mais amistoso dentro de casa, todo

mundo acaba tendo mais paciência, tanto pra lidar pro outro, quanto até por si mesmo, pensa um pouquinho mais antes de agir, não agi tão impulsivamente (EF6).

Eles ensinam sobre os remédios. Como é que controla o nosso familiar. Que tipo de assunto que tu deve ter com ele. Como é que tu leva o dia quando a pessoa ta em mal estado. Eles te ajudam a saber o que fazer na hora da crise (EF12).

Eles falam que os familiares não podem falta né, porque é o jeito de os familiares tem de vê como é que nós estamos, como a gente tá em casa, então meus familiares nunca falta eles sempre estão presente [...]. Eles melhoraram, eu melhorei assim né, eles melhoraram comigo e eu melhorei com eles, tudo melhor, né. Após os grupos eles começaram a me conhecer melhor, após os grupos da Nossa Casa (EU8).

Vários assuntos podem ser abordados em um grupo com familiares. Aspectos relacionados à medicação, sobre como lidar com questões envolvendo o dia-a-dia e até ensinar o familiar a perceber quando o seu doente não está bem. A presença da família no grupo é de extrema importância, pois, assim, o serviço obtém informações sobre o agir do usuário em casa e de que modo a família está lidando com esses aspectos. Pode-se pensar, ainda, que o atendimento em grupo otimiza o tempo dos profissionais do serviço: ao invés de gastarem uma tarde atendendo seis familiares, os atendem em duas horas.

O grupo de apoio para familiares consiste num espaço terapêutico que possibilita ao familiar um entendimento sobre o diagnóstico, expressões da doença e a compreensão do tratamento com enfoque psicossocial. Auxilia, também, a melhorar o desempenho dos pacientes em casa e em suas relações sociais e permite um momento para expressarem suas emoções diante das adaptações dos pacientes, fornecendo trocas para ajustamentos ante essas emoções (DUARTE et al., 2007).

Acredita-se que os grupos favorecem um espaço para a escuta e aumentam a capacidade resolutiva de uma situação, pois dispõem de vários olhares acerca de uma mesma problemática. Neste sentido, concorda-se com Dall'Agnol et al. (2007) quando afirmam que a vivência em grupo possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação, porque muitas

peessoas buscam, por meio das discussões e experiências coletivas, um amparo para seus problemas.

Os familiares devem sentir-se à vontade para expor suas idéias, opiniões e para contar o que consideram relevante nas reuniões do grupo. Porém, cabe ao coordenador do grupo saber conduzir a fala de cada participante para que não fique monótona e também para que nenhum dos participantes monopolize a fala, não dando oportunidade para que os outros manifestem suas idéias.

É mas eu vou lhe dizer uma coisa sobre esse grupo [...]. Eles têm esses grupos, as pessoas devem falar cada uma um pouquinho e rápido, caso contrário, isso se resume em três ou quatro pessoas falando, falam direto, repetem cinqüenta vezes a mesma pergunta [...]. Tem pessoas que vão lá e repetem os exemplos [...]. As pessoas devem chegar e dizer como é que ta se portando a usuária em casa ,e rápido pá, pá e já passa pra outra mas não fica aquele montão de pessoas ali e uma fala a outra repete a mesma coisa, termina tomando o tempo todo e não fala nem a metade do pessoal, isso que eu me refiro (EF9).

O meu marido vem nas reuniões praticamente obrigado, porque assim ele diz que não tem oportunidade quase nunca de falar, e que se tem alguma pessoa que fale, ai começa a falar, e fala, e fala, ai termina a reunião só aquela pessoa falou do problema. Ele já faz muito tempo que ele participa, mas ele não teve assim, oportunidade assim de falar o que ele pensa [...]. Ele disse que só vem pra escutar, ele acha que não é isso, que reunião tem que ser de ambas as partes né (EU3).

Os grupos de familiares devem propiciar a fala de cada participante, pois, assim, todos se sentirão valorizados e prestigiados pelo serviço, caso contrário, gera um sentimento de insatisfação que pode afastar o familiar do grupo. Nota-se nas falas anteriores, que a insatisfação com o grupo é verbalizada por um usuário e por um familiar, ou seja, cabe ao serviço modificar a dinâmica dos grupos para que as famílias freqüentem e participem mais desses momentos de construções conjuntas.

O objetivo do grupo, declara Pitta (1994), é possibilitar o surgimento de um campo de circulação e socialização da palavra a partir das falas individuais e da escuta do outro, propiciando a troca de afetos. O compartilhar de experiências pessoais busca a construção de

um sentido para o que é falado e escutado tanto para o indivíduo quanto para a história daquele grupo.

Durante a coleta de dados no serviço não foi presenciado um atendimento individual aos familiares, o que foi evidenciado é que no grupo semanal destinado às famílias, apenas um familiar compareceu, e seu interesse estava relacionado ao benefício. Ele foi ouvido pela assistente social e foi dada uma resolutividade ao caso, pois no dia posterior, o familiar foi acompanhado pela estagiária do serviço social para fazer a carterinha que lhe daria direito a receber o benefício.

Hoje é dia do grupo semanal de família [...]. Apareceu apenas um irmão de um usuário com muitas dúvidas. A questão principal é em relação o benefício. O familiar teve muita dificuldade para entender o que a assistente social estava orientando. Ficou certo que este familiar virá amanhã às nove horas para ir juntamente com a estagiária da assistente social para levar uns documentos para conseguir fazer a carterinha do benefício. Achei bastante estranho, pois de grupo não tem nada, pois a profissional não havia feito uma roda de cadeira, ou seja, não havia nada preparado para o grupo. Esta profissional disse que o serviço tem muitas dificuldades para atrair os familiares, e que não tem muita adesão. Saí bastante decepcionada desse “grupo”, pois estava esperando mais familiares (OBS2D2).

A presença de apenas um familiar no grupo semanal causou certo estranhamento na observadora. Do mesmo modo estranhou-se o não-preparo da sala para receber o grupo de familiares, porque a disposição das cadeiras evidenciava que o profissional não estava esperando um grupo de familiares, mas um atendimento individual.

A dificuldade revelada pelo serviço em atrair os familiares pode estar relacionada ao pouco preparo dos profissionais ou até a sua falta de conscientização sobre a importância do papel da família no *setting* terapêutico. Concorde-se com Saraceno (2001) quando afirma que o profissional deve considerar, na hora de atender o usuário, três grandes cenários: o ambiente familiar, a rede social e o trabalho com valor social para garantir o processo de reconstrução do exercício pleno da cidadania.

Wadman (1999) afirma que os profissionais de saúde mental deveriam oferecer informações e suporte profissional necessários para a família exercer sua função de agente socializador primário do ser humano.

A própria equipe do CAPS percebe que alguns familiares não se sentem motivados a ir ao serviço e quando comparecem é na condição de visitas, como se não fizessem parte do tratamento. Nas falas a seguir, os entrevistados manifestam dificuldades na atenção aos familiares.

A gente nota assim que o familiar vem aqui como uma obrigação. E não deveria ser assim, ele vem quando é chamado, quando solicitado. A gente não sente o familiar transitando pela casa, como sendo alguém da casa. A gente sente ele como visita no serviço, eu acho que não poderia ser. Ele teria que chegar e se sentir a vontade. Ver o que tá se fazendo pelo usuário, de repente até nos cobrar, “Vem cá, como é que tá meu familiar?”. O que ocorre é o contrário, a gente cobra do familiar que ele, ele não vem aqui nos questionar. Ele teria que ficar mais a vontade no serviço. Ah... que nós tivéssemos a obrigação de cuidar, tratar do seu usuário e eles ficam sem essa responsabilidade. Nós temos que nos unirmos (EE15).

Então, a gente tem que ir atrás desses familiares, tem que mostrar que isso não é uma desova, não vai deixar ele aqui e agora a Nossa Casa está cuidando dele. A Nossa Casa está complementando, tá fazendo um atendimento junto com a família. Então, a gente tenta mostrar que o tratamento vai ser efetivo na medida em que a família se comprometer com o tratamento (EE20).

Percebe-se que a equipe da Nossa Casa encontra dificuldades em fazer com que a família participe do cotidiano do serviço. Para que essa unidade de cuidado participe e vivencie o dia-a-dia do CAPS é preciso que a família sinta-se ator importante no processo de reabilitação psicossocial do seu paciente. Este é um processo de construção cotidiana, no qual são superadas visões e posturas, conduzindo a movimentos que promovem um entrelaçamento que refletirá em melhor qualidade da atenção dispensada ao usuário e sua família.

Para Hirdes (2000), muitos estereótipos devem ser abandonados no momento em que a família não é culpabilizada pela doença do seu paciente e tratada como coadjuvante no

tratamento e na reabilitação. A inclusão da família no serviço deve ser visualizada como uma necessidade, uma exigência institucional e não como uma concessão.

Outro recurso que a Nossa Casa disponibiliza para estar mais próximo do ambiente familiar do usuário são as visitas domiciliares, realizadas, pelo menos, uma vez por mês a todos os usuários ou quando a equipe julgar necessário, e também por solicitação do familiar ou do próprio usuário. As visitas são realizadas tanto na zona urbana quanto na zona rural, sendo que nesta última objetiva o acompanhamento no pós-alta, sendo necessária devido ao isolamento a que estão sujeitos os usuários que nela residem. O isolamento deve-se ao fato da zona rural ser bastante distante da zona urbana.

Segundo o Projeto Terapêutico do CAPS (PROJETO..., 2006), as visitas domiciliares (VDs) têm por objetivo conhecer a realidade de cada usuário e seus familiares; verificar os conflitos e orientar quanto ao manejo com os usuários, solicitar e convocar a presença de familiares; o cuidado e controle em relação ao uso correto da medicação, e em relação ao tratamento como um todo. A partir de trechos das observações registrados no diário de campo e nas entrevistas percebe-se que as visitas domiciliares são de extrema importância para o acompanhamento do usuário e também de sua família. Aspectos sobre a medicação, sobre a melhor forma de lidar com o doente em casa e a importância de o familiar participar dos grupos no CAPS são lembrados durante as visitas domiciliares.

Quando a gente vê que o usuário tá com alguma reação diferente, a gente vai na casa dos familiares pra ver se aconteceu alguma coisa dentro da casa [...] (EE7).

A secretária me convida para participar de uma visita domiciliar [...]. Saímos na Kombi do serviço eu, a secretária e um estagiário do Serviço Social e o motorista. No caminho ela me fala que estamos indo ver um rapaz que recebeu alta do hospital na sexta - feira passada. Ele havia tentado suicídio, por isso havia sido internado [...]. Quando chegamos fomos recebidos por seu pai. A medicação tem sido cuidada pelo pai. Ela toma a frente da conversa fala muito sobre a importância dele seguir indo no CAPS, do cuidado com a medicação nesse momento e reforça o convite para seus familiares participarem do grupo no serviço [...]. Nisso o motorista retorna e nos despedimos (OBS4D1).

A visita domiciliar é um dos instrumentos mais indicados para a prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade. Apesar de antiga, a visita domiciliar traz resultados inovadores, porque possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, além de fortalecer os vínculos cliente, terapêutica e profissional (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004). Assim, percebe-se que a visita domiciliar não foi utilizada apenas para oferecer suporte ao usuário, mas também para dar apoio ao familiar. A visita domiciliar também consiste em um espaço para trabalhar com a psicoeducação e para aproximar usuário-família-serviço. Esse dispositivo dos serviços de saúde mental deve ser considerado no contexto da educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento, e conseqüentemente, promover a qualidade de vida do sujeito enfermo, tendo como ponto de partida a família.

De acordo com Reinaldo e Rocha (2002), as visitas domiciliares são um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desse recurso pode-se entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário. Constata-se que a visita domiciliar no serviço estudado é uma prática realizada por diversos profissionais junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar.

Salienta-se que seria de grande valia a presença do profissional enfermeiro na equipe do CAPS Nossa Casa. Nas visitas domiciliares, a participação desse profissional contribuiria para orientar o usuário e seu familiar quanto ao transtorno mental, autocuidado, identificação de situações de risco e uso das medicações. A empatia, o respeito, a horizontalidade e a atitude de não-julgamento devem ser condutores de uma visita realizada pelos membros de uma equipe de saúde mental.

Durante uma visita domiciliar surgiu um desabafo da assistente social, relatando a dificuldade de se fazer uma visita domiciliar com horário estipulado de término, tendo em vista que o serviço compartilha o transporte com o CAPS infantil, SACI.

[...] no final da visita, a secretária veio com um recado do motorista, dizendo que era pra ir, pois já estava tarde, mesmo assim a assistente social, continuou a dialogar com o irmão de usuária. Então veio novamente outro recado, foi quando ela disse que tinha que ir embora. A assistente social fez uma espécie de desabafo, “É difícil fazer visita desse jeito, com horário estipulado, a gente tinha que ter um carro só nosso, o carro vai fazer o transporte das crianças do SACI agora” (D2Jasmim).

Todas as visitas domiciliares observadas no CAPS foram realizadas via transporte do município. Em nenhum momento foi realizada visita domiciliar pela equipe sem o veículo, mesmo quando a casa de um usuário era próxima ao serviço, o que denota certa comodidade. Acredita-se que em um município pequeno, como o de São Lourenço do Sul, o transporte deveria destinar-se prioritariamente às visitas domiciliares mais distantes em bairros mais afastados ou na zona rural.

As formas usadas pela equipe do CAPS para se comunicar com os familiares dos usuários, e estes, com o serviço, são descritas abaixo:

Ah, marcam as reuniões tudo direitinho, mandam bilhete, com antecedência [...] ou eu telefono. É, eles que mandam pra mim os bilhetinhos (EF12).

Através do telefone, ligando, ou eu vou até ali e converso com eles. É que aqui é tão pertinho, né, é mais fácil a gente ir ali do que às vezes telefonar (EF7).

A assistente social explica que sempre avisou as famílias através de bilhetes lembrando o dia do grupo. Agora resolveu não enviar, para ver a atitude da família. Observar se aparece sem ser cobrada (OBS5D2).

Fica evidente que a principal forma que o serviço utiliza para se comunicar com as famílias é através de bilhetes entregues pelo usuário. Já, as famílias, por sua vez, preferem utilizar o telefone para entrar em contato com o serviço ou ir direto à sede da Nossa Casa. Houve uma mudança na atitude da assistente social, a profissional encarregada pelos

familiares no serviço: não mais envia bilhetes para a família, no intuito de que eles compareçam ao serviço espontaneamente. No entanto, julga-se importante que a Nossa Casa continue a enviar os bilhetes para as famílias, pois o não-comparecimento delas prejudicará o andamento do tratamento do usuário. O fato de cobrar a presença da família no serviço faz parte de um processo de responsabilização da família com o seu paciente, preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Melman (2001) afirma que os profissionais, ao chamarem a família para atuar no tratamento do usuário (e atuam também no núcleo familiar) e ao tentar envolvê-la no tratamento dos usuários, ela deixa de ser objeto de intervenção para assumir o papel de agente transformador da realidade, opinando e participando ativamente do serviço. O autor ainda salienta que o envolvimento da família no tratamento dos usuários contribui para diminuir as recaídas e o número de internações psiquiátricas dos pacientes com transtorno mental severo. É importante trabalhar com as famílias, a fim de se resgatar a importância da não-exclusão dos usuários do convívio familiar.

Percebeu-se durante a coleta de dados, discordâncias de idéias entre os profissionais desse serviço, as quais refletiam na discreta participação dos familiares na Nossa Casa. Em uma equipe de vinte e três profissionais, como é o caso da equipe da Nossa Casa, dificilmente todos pensarão e agirão da mesma forma, por mais que seja uma equipe engajada em um objetivo.

Na verdade nós temos que incluí muito mais a família né? Eu acho que a família ainda tá excluída, nós falamos tanto em inclusão dos usuários, em inclusão de todos né, a família também. Então essa dificuldade que eu sinto dentro da família é a inclusão no serviço. Ainda existe dentro da equipe, muito aquela coisa de culpar a família, uma coisa que eu tenho trabalhado muito. Aí as gurias vêm dizer, ah já vem tu defendendo, eu digo não gente, olha o cuidado, cuidado não é assim (EE18).

Para Schrank e Olschowsky (2005), os serviços de saúde mental têm estimulado a permanência do usuário junto à família, e esta no serviço. Porém, os profissionais muitas

vezes não possuem conhecimentos necessários sobre o sistema familiar e alguns ainda culpabilizam a família, o que ocasiona dificuldades nas intervenções e na relação entre equipe e família. A equipe de saúde deve propiciar espaços de discussões internas para direcionar a atenção dispensada às famílias no serviço para que todos possam trilhar caminhos e saberes semelhantes, propiciando estratégias direcionadas à inserção da família no serviço.

O profissional tem de ser competente em acessar e intervir nas famílias, num relacionamento cooperativo profissional/família, tendo como base uma fundamentação teórica. Nesse sentido, o profissional precisa considerar os conhecimentos científicos e tecnológicos, as diversas percepções que tem frente ao grupo familiar (MOURA; KANTORSKI; GALERA, 2006).

Durante o período de observação na Nossa Casa percebeu-se nitidamente, que as questões envolvendo as famílias dos usuários eram direcionadas especificamente ao serviço social, verificando-se uma sobrecarga e um acúmulo de casos para resolver, originados pela própria equipe que entende que as questões familiares são de competência do serviço social.

Eu diria assim, setenta, oitenta, por cento do problema dos usuários é a família. Então, o serviço social deveria estar mais presente, por exemplo. Ir lá imediatamente. Mas a gente vê assim que leva um tempo pra ir pra prática né (EE15).

Às vezes tem que sentar junto pra discutir uma questão familiar né, aí é psicologia, é serviço social, são os médicos. Todo mundo tem que sentar e discutir, pois sempre vai ter um ponto que ficou descoberto. Então tem coisas que temos que sentar junto não pode centralizar, eu acho até que sobrecarrega o serviço social (EE20).

Na última fala, nota-se que um profissional da Nossa Casa já percebeu que os assuntos relacionados aos familiares estão centralizados no serviço social que, por sua vez, não consegue atender a crescente demanda, o que gera grande descontentamento no restante da equipe, do trabalho prestado aos familiares. Acredita-se que a questão dos familiares não deve ser centralizada em apenas um profissional, pois a responsabilidade das questões familiares

deve ser de toda a equipe multiprofissional, caso contrário, o cuidado às famílias fica muito fragmentado.

Em uma equipe multiprofissional cada profissional pode contribuir com o seu saber e com sua experiência para melhor atender a complexidade em que se estrutura o contexto familiar dos usuários. Concorde-se com Mello (1998) ao afirmar que a diversidade de possibilidades geradas pelo trabalho multiprofissional e interdisciplinar resulta em um conhecimento mais rico do que o trabalho feito apenas por um profissional. O autor afirma que esta forma de trabalhar em conjunto propicia melhor compreensão da realidade, permite trocas de informações e de críticas, além de ampliar a formação geral dos profissionais, gerando uma formação polivalente.

O serviço social conta com dois estagiários e com uma profissional contratada e fica evidente certo descompasso entre eles, tendo em vista que os estagiários ficam limitados a poucas tarefas, pois precisam do acompanhamento da profissional do CAPS. Nesse contexto, a assistência social apresenta-se como articuladora das necessidades sociais e de saúde dos usuários, possibilitando-lhes uma assistência mais integral (SIQUEIRA, 2003).

Outra atividade que inclui os familiares consiste na Associação dos Familiares e Usuários do Serviço (AFAU). Essa associação, fundada em 1992, hoje tem, na sua administração, uma comissão provisória formada por alguns profissionais do CAPS. A AFAU surgiu justamente para suprir a necessidade do serviço em trazer o familiar para dentro da Nossa Casa, tendo em vista certa relutância dos familiares em participarem do dia-a-dia do CAPS.

A direção da AFAU sempre foi composta por familiares, mas eles vivenciaram uma má administração do dinheiro e, naquela oportunidade, alguns profissionais do serviço assumiram provisoriamente a associação até que houvesse nova votação.

Na sala da AFAU tem um mural branco com flores coloridas (preocupação com a estética, e embelezamento da sala). Aviso em folha de papel A4: “Colabore com a AFAU Nossa Casa, adquira já o seu carnê e se torne nosso amigo colaborador” (OBS5D5).

Os familiares têm também o espaço da AFAU que é a associação de familiares e amigos de usuários, só que deu um problema com a coordenação da AFAU e essa, montou uma equipe de transição com os funcionários. Agora nós queremos fazer nova eleição com os familiares [...]. A AFAU também é um espaço muito importante, mas devido a esse problema que houve com a coordenação os funcionários tiveram que pegar e pagar várias dívidas feitas por um antigo membro da comissão. Hoje nós procuramos fazer rifas e vender camisetas para sanar as dívidas (EE9).

Considera-se de extrema importância ter um espaço destinado aos familiares dentro do próprio serviço, pois viabiliza a participação dos familiares em questões cotidianas no CAPS, além de possibilitar maior aproximação entre familiares e usuários. Com os recursos angariados pela associação, os usuários podem desfrutar de passeios e de viagens, uma forma de proporcionar lazer e inclusão social aos sujeitos com transtornos mentais.

Segundo Souza (2001), as associações de familiares são uma identidade coletiva norteadas, principalmente, por uma ação política dirigida à conquista de maior visibilidade social, tanto por parte dos usuários quanto dos familiares. Essas associações, em sua maioria, surgiram a partir da década de 1980, pela participação em eventos relacionados ao campo da Saúde Mental (BRASIL, 2004a).

Entende-se que a importância das Associações está relacionada ao fato de representarem iniciativas sociais de mobilização e organização que colocam, no cenário social, alternativas de ação política em defesa de interesses. As associações apresentam elevado grau de autonomia política, mas, em compensação, apresentam baixa autonomia financeira, em virtude, parcialmente, da baixa capacidade contributiva dos associados (SOUZA, 2001).

Nesse contexto, pode-se perceber que muitas famílias buscam as associações para, em conjunto, atingirem objetivos comuns e também porque vêm nelas o local onde vão

encontrar outras pessoas com problemas similares aos seus. Outra questão importante em relação ao familiar consiste em identificar os cuidados ao seu paciente e suas características.

Nas associações, os familiares passam a integrar a cena do debate político, “empoderando-se” como atores e protagonistas da Reforma Psiquiátrica e na construção de uma rede substitutiva de serviços de saúde mental. É na inserção do cotidiano do CAPS e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, que os familiares conseguem garantir seu espaço, apoiando-se mutuamente e provocando mudanças nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a).

Quando se fala em familiares, o genérico assume forma e, talvez, se pense em uma atitude coletiva da família (pai, mãe, irmãos), que também se associam ao cuidado dentro de casa. Porém, dos doze familiares entrevistados neste estudo, apenas um era do sexo masculino, o restante eram mulheres que no momento eram responsáveis pelo cuidado de seu familiar. A literatura tem evidenciado a presença da figura feminina no cuidado ao sujeito com transtorno mental (DUARTE et al., 2007; GONÇALVES; SENA, 2001; PEREIRA, 2003; CONTEL; VILLAS-BOAS, 1999). Nesse contexto, cabe ao CAPS Nossa Casa viabilizar a inserção da mulher cuidadora no serviço e no tratamento, considerando-a uma das principais fontes de informações e de cuidado.

Uma nova abordagem aos familiares começou a ser pensada após o Encontro Estadual de CAPS do Rio Grande do Sul, realizado em Caxias do Sul⁴. Após esse encontro, vários profissionais da Nossa Casa mencionaram ter participado de uma palestra sobre a importância dos serviços de saúde mental proporcionarem espaços em que os familiares possam falar sobre os seus sentimentos, suas angústias e dificuldades em lidar com os seus pacientes. A idéia de fazer um grupo especificamente para os familiares foi aceita e bem vista tanto pelos usuários, familiares quanto pela equipe.

⁴ Esse encontro ocorreu nos dias 15, 16 e 17 de setembro de 2006, na cidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul.

A secretária fala que depois do Encontro de CAPS em Caxias do Sul começaram a pensar numa nova abordagem aos familiares, não mais, falando apenas do cuidado com seu ente, mas sim, voltada para o sofrimento e cuidado dos próprios [...] (D1Cravo).

A minha esposa vai fazer até um grupo só pra familiares, que aí ajuda também fala da ansiedade dela, que ela deve ter também né, que ela diz, não é fácil. Eu acho que é até bom pra ela porque ela tem dias que ela tá sobrecarregada com tudo isso (EU6).

E agora a gente tá pensando num grupo também pra familiar, pra falar dele. Eles vêm aqui na reunião de familiares mas é pra ajudar ele a manejar o paciente, o usuário, pra falar da medicação do usuário, pra falar das atividades do CAPS. E o espaço dele e as angústias dele como familiar? Então a gente tá criando, tá pensando na criação desse grupo pra tratar justamente isso. Acho que vai ser mais uma forma de acolher, talvez uma das mais efetivas assim, teoricamente (EE20).

É verdade, esse suporte familiar seria muito importante porque a gente sofre bastante né. O serviço trata muito assim a pessoa doente, e não se reportam pra família, porque a família também sofre bastante com isso. A família tem que ter responsabilidade com seu usuário, com o seu familiar, mas o que ela sofre também, eles deveriam no caso, eles não, nós deveríamos, ter um suporte, porque nós também estamos doentes, porque a gente se envolve emocionalmente. Às vezes, a gente se desestrutura bastante, a gente se envolve com o usuário, com o nosso doente. A gente se envolve muito, com a pessoa que tá doente na família. No meu caso, eu me envolvo bastante, porque sou bastante solicitada, por isso eu esqueço o resto, me esqueço de mim, de me cuidar, de cuidar da minha família [...]. Eles nunca pararam pra pensar ou não tiveram condições de fazer isso aí, que seria muito bom, porque o familiar sofre muito com isso, e ele precisa bastante de suporte, porque muitas vezes, ele deixa de cuidar de si, e de sua família, pra cuidar daquela pessoa que tá precisando (EF7).

Nas observações registradas no diário de campo e nas entrevistas com os usuários, familiares e equipe, percebeu-se que todos estão bastante ansiosos para que esse grupo inicie. Na visão dos próprios usuários, seus familiares ficam sobrecarregados com os cuidados que requeridos no dia-a-dia. Já, na percepção da equipe, um grupo como esse seria muito importante, pois não visaria às questões dos usuários, mas as questões dos próprios familiares. Os familiares verbalizaram que o serviço volta-se apenas para o usuário e que suas questões não são abordadas, pois também ficam doentes, desestruturados, esquecendo-se de cuidar de si em prol do seu doente. Os familiares relatam que se sentem sozinhos e até mesmo esquecidos.

A presença de uma pessoa que sofre de um transtorno mental produz alterações no seio da família. Antes da doença, a pessoa tinha condições de contribuir não só financeiramente, mas nas atividades domésticas e nas responsabilidades. Quando ocorre a modificação no comportamento dessa pessoa, há modificações da rotina familiar, porque se sente a falta da ajuda que era compartilhada e ainda arca-se com a responsabilidade de ajudar a pessoa doente (KOGA; FUREGATO, 1999).

Liberman (1998) acrescenta como custos emocionais para os membros da família a ansiedade e tensão, a culpa, a desmoralização e depressão, o desgosto e a frustração, assim além das repercussões no estado clínico. Relata o aparecimento freqüente de sintomas psiquiátricos nos familiares. Nesse contexto, a discussão que vem ocorrendo no CAPS Nossa Casa em criar um grupo para que os familiares possam expressar seus sentimentos é de extrema importância, pois a literatura mostra que é comum o aparecimento de sintomas psiquiátricos também nos familiares.

Elsen (1994a) afirma ser um desafio para os serviços de saúde “cuidar de quem cuida”, ou seja, ir ao encontro da família, conhecendo como cuida, identificando suas dificuldades e suas forças para melhor atuação profissional, através do conhecimento das necessidades familiares.

Até o término da coleta de dados, não havia sido estruturado como esse grupo iria funcionar e, tampouco, qual seria sua freqüência e como seriam escolhidos os familiares. O que se observa é que todos estão aguardando o início dessa nova proposta de cuidado e assistência aos familiares.

O sofrimento, as demandas e as necessidades dos familiares precisam ser incluídas e contextualizadas nos espaços de tratamento e reabilitação. Esses movimentos inseridos nos *settings* terapêuticos proporcionarão saltos qualitativos importantes que beneficiarão familiares e usuários.

A introdução ativa do familiar no *setting* terapêutico aparece como uma prática e uma filosofia do Serviço. Desta forma, a atenção dispensada aos familiares pelo CAPS Nossa Casa encontra-se presente no dia-a-dia do serviço, ainda que seja incipiente. Considera-se que a atenção aos familiares a ser desenvolvida no CAPS necessita dar conta da complexidade das relações entre seres humanos a partir de novas abordagens.

Nessa perspectiva, acredita-se necessária a conscientização e a mobilização por parte dos profissionais da equipe sobre a importância da participação da família no serviço, a fim de desencadear uma atenção ainda mais humana, integral e individualizada aos familiares.

5.4 Preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse

Esse foi um momento em que os entrevistados puderam ter acesso à totalidade das informações e puderam se “enxergar” nos resultados, pois o estudo tem uma abordagem qualitativa. Esse momento também permitiu aos entrevistados modificarem ou não os dados, dando credibilidade aos mesmos.

Concorda-se com Galera (2002) quando afirma que o construtivismo recusa-se a criar uma distância artificial entre o pesquisador e aquilo que está sendo estudado. O pesquisador reconhece que está observando um sistema do qual passou a fazer parte, preparando e realizando os encontros de avaliação. Tendo esses conhecimentos em mente, convida o usuário, os familiares e a equipe para serem co-pesquisadores no processo de descrição dos problemas e avaliação das intervenções.

Coube ao avaliador estabelecer uma agenda de negociações, envolvendo as atividades de preparação de material para a exposição ao grupo através de recursos audiovisuais (o

projektor multimídia), a confecção do material impresso para todos os entrevistados, além da negociação de um dia em que todos pudessem comparecer. A negociação do dia e do horário para a validação foi bastante difícil, pois todos tinham seus afazeres, exigindo, nesse momento, negociação até chegar a um consenso.

Com o dia e a hora negociados, foi o momento de confeccionar alguns convites, para serem entregues a todos os entrevistados, garantindo a presença de todos.

A Figura 7 mostra o convite confeccionado para a validação com os familiares.

Figura 7 – Convite para a validação dos dados das entrevistas.

Foram confeccionados convites para os três grupos de interesse. No momento da entrega destes, foi salientada a importância da ocasião para os familiares, usuários e equipe e também para a pesquisa.

5.5 Realizando os grupos

Descreve-se nesse espaço a validação dos dados nos três grupos de interesse, ou seja, familiares, usuários e equipe. Serão especificados, os dados avaliativos relacionados a atenção à família desenvolvida pelo CAPS, segundo as questões geradas nos grupos de interesse.

O primeiro grupo realizado foi com as famílias entrevistadas. Dos doze entrevistados, apenas dois não compareceram. À medida que foram chegando ao CAPS, os entrevistados eram recepcionados pela pesquisadora e, em seguida, eram encaminhados a um ambiente amplo, ventilado e com privacidade. Um ambiente com privacidade era necessário para que os familiares entrevistados pudessem se sentir à vontade para expressar suas opiniões sem constrangimentos.

A escolha desse ambiente foi negociada com a coordenação do CAPS, pois muitas das salas desse serviço são utilizadas para o atendimento individual e também para a realização de oficinas. Sendo assim, o ambiente apropriado para a acomodação dos entrevistados e também para a acomodação dos recursos audiovisuais, necessários para a apresentação dos resultados, havia sido escolhido previamente.

Nesse contexto, foi preparada uma apresentação em *Power Point* apresentada em um projetor multimídia e entregue uma cópia da apresentação impressa a cada membro do grupo de interesse, durante a negociação, a fim de que os mesmos pudessem levar para casa a construção de um trabalho realizado em conjunto, com a participação de todos os entrevistados.

Fazia-se importante a observação mesmo durante esse momento de validação e negociação dos resultados e, para isso, contou-se com a ajuda de um observador da equipe do projeto CAPSUL, ao qual coube anotar as falas, expressões e reivindicação dos entrevistados.

No início do encontro foram retomadas todas as questões éticas de sigilo e anonimato da pesquisa.

Percebeu-se, durante a demonstração dos resultados, que alguns familiares mostravam-se mais falantes enquanto alguns permaneciam mais calados, o que não quer dizer que estes últimos não tiveram um papel importante no grupo.

Os familiares percebem o serviço como um local de apoio, caracterizam os profissionais como sendo acolhedores e disponíveis. Consideram o grupo de família como um espaço de aprendizagem sobre o transtorno mental, sobre as medicações e de como lidar com o seu paciente em casa. Visualizam as visitas domiciliares como importantes, pois gostam de sentirem-se cuidados e protegidos pelo serviço. No entanto, percebem como pontos negativos do CAPS Nossa Casa o fato do serviço não possuir uma sede própria e há aqueles que consideram o grupo de familiares como um local que não há espaço para a fala de todos.

Ao término da apresentação, percebeu-se um alto grau de consenso em relação às questões levantadas na avaliação a partir do material das entrevistas. Cabe salientar que todos os entrevistados tiveram a oportunidade de se posicionarem em relação às questões que surgiram durante o círculo hermenêutico-dialético. O grupo pôde verbalizar, nesse momento, que os resultados apresentados retratavam os problemas vivenciados no serviço. Foi lembrado ao grupo que todo o material apresentado era uma construção conjunta, significando o envolvimento e o compromisso do grupo com a proposta do estudo.

O segundo grupo realizado foi com os usuários do serviço. Apenas um usuário não compareceu à validação dos dados. Esse grupo de interesse percebe apenas dois tipos de intervenções realizadas pelo serviço junto a sua família: os grupos e as visitas domiciliares. Alguns usuários não percebem o grupo como um espaço de apoio aos seus familiares, no entanto, outros verbalizam que suas famílias se interessaram mais sobre a sua doença depois que iniciaram a sua participação nos grupos.

Faz-se importante salientar que nesse grupo de validação houve pouca participação dos usuários, alegando que tudo que falaram nas entrevistas sobre os seus familiares foi contemplado na apresentação. Nesse grupo também foi percebido um alto índice de consenso entre os entrevistados.

O último grupo de validação realizado foi com os profissionais da equipe da Nossa Casa. Os aspectos relacionados aos familiares foram: o acolhimento como um momento importante de criação de vínculo, os grupos de familiares como um espaço de apoio, as visitas domiciliares realizadas pela Nossa Casa aproximam família e equipe e finalmente, vislumbram a formação de uma nova abordagem aos familiares, um grupo onde os mesmos possam falar sobre os seus sentimentos. No entanto, a equipe afirma que ainda existem profissionais que culpabilizam as famílias, no serviço, relatam que é dever do Serviço Social oferecer atenção aos familiares e percebem que os familiares se sentem obrigados a participar do cotidiano do CAPS.

A validação com os profissionais da equipe teve uma duração maior, em relação aos outros grupos, pois a equipe participou ativamente de cada questão abordada, gerando discussões e debates.

Guba e Lincoln (1989) ressaltam que há três caminhos para a ação ser desenvolvida, a partir da avaliação: a resolução total, a resolução parcial e a não-solução. A resolução total seria o que todo o processo avaliativo almeja, pois todas as questões são totalmente resolvidas. A resolução parcial é aquela em que houve a inabilidade para adquirir todas as informações desejáveis e, por último, a não-resolução das questões que surgiram nesse tipo de processo avaliativo.

Nesse sentido, algumas mudanças foram provocadas no CAPS Nossa Casa, a partir de insatisfações dos grupos de interesse. Em relação à estrutura física e recursos humanos do serviço, foi evidenciada a contratação de um profissional enfermeiro e de um terapeuta ocupacional.

A insatisfação em relação à fragmentação entre a equipe, gerada pelos dois andares da sede do CAPS, está sendo superada a partir do momento em que os profissionais de nível superior, que freqüentavam mais o piso superior, estão participando das atividades cotidianas

junto aos usuários, no andar inferior. Algumas atividades com os usuários estão sendo desenvolvidas no andar superior, afim de que os usuários freqüentem mais esse ambiente, fazendo que eles possam usufruir todo o espaço proporcionado pelo serviço.

Foi realizada a troca de sala da Oficina de Tapeçaria, tendo em vista que esta funcionava em uma sala pequena, no andar inferior e de pouca visualização para a venda de tapetes. Atualmente essa Oficina localiza-se no andar superior, em um ambiente mais arejado e de maior visualização para as vendas. A Prefeitura do município disponibilizou duas salas no centro da cidade para que as oficinas de geração de renda da Nossa Casa possam expor seus artigos e aumentar a renda dos usuários que participam desses espaços.

Em relação à atenção oferecida pelo serviço aos familiares, algumas mudanças também foram provocadas, a partir desse processo avaliativo. Alguns familiares foram incluídos em uma oficina de geração de renda, a fim de proporcionar uma maior participação desses no serviço, e conseqüentemente, melhorar sua renda familiar. Houve uma descentralização das ações direcionadas as famílias pelo serviço social, tendo em vista que outros profissionais estão mais envolvidos com essa unidade de cuidado. A Associação dos Familiares e Amigos dos Usuários (AFAU) continua tendo como direção, alguns profissionais da Nossa Casa, porém foi realizada uma reunião com os familiares a fim de eleger uma nova direção, coordenada pelos familiares dos usuários.

No caso do presente estudo, muitos dos problemas surgidos desencadearam ações imediatas. Já, outras permaneceram não-resolvidas. Dentre os fatores que contribuíram para a não-resolução de algumas questões pode-se dizer que foram problemas políticos, contexto desfavorável para a mudança e limites internos do próprio serviço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo tem-se a sensação de um trabalho concluído, o que não quer dizer que as discussões tenham sido esgotadas. Trabalhar com famílias de usuários de um CAPS requer grande sensibilidade no que tange às relações com os profissionais dos serviços de saúde mental, por requerer uma reflexão sobre as práticas cotidianas. Portanto, apresenta-se uma síntese das questões discutidas a partir dos dados, relacionadas com aos pressupostos e objetivos do estudo, os quais julgamos terem sido atingidos.

O objeto de estudo dessa pesquisa foi a atenção dispensada aos familiares do CAPS Nossa Casa, a partir de uma avaliação construtivista, em uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através da observação de campo e das entrevistas realizadas com os grupos de interesse da avaliação (familiares, usuários e profissionais) através da utilização do círculo hermenêutico-dialético.

No capítulo de análise apresentou-se uma descrição do local de estudo e uma análise dos dados obtidos organizados nos temas: **Avaliando a Estrutura Física e Recursos Humanos do CAPS Nossa Casa, Atividades voltadas para a atenção à família** e ainda, uma discussão sobre o momento da negociação no processo avaliativo.

No primeiro tema, avaliaram-se aspectos da estrutura física e recursos humanos do CAPS Nossa Casa, tendo como base para a avaliação, documentos ministeriais. Nesse tema alcançamos nosso primeiro objetivo que foi o de **identificar aspectos da estrutura física, de recursos humanos, de ofertas de atividades no CAPS que contemplem a atenção aos familiares**. Nessa primeira parte utilizamos fragmentos dos registros dos diários de campo.

Ao se avaliar a estrutura física do serviço foram observadas inadequações em relação aos banheiros do serviço, pois estes não estão separados por sexo, apenas entre profissionais e usuários. O fato de o serviço não ter uma sede própria, mas alugada pela Prefeitura do Município, foi salientada como um aspecto negativo, tendo em vista que esta é a quarta sede

onde é o CAPS Nossa Casa se localiza. Esse aspecto gera um sentimento de insegurança principalmente nos usuários e familiares.

No entanto, para os profissionais do serviço, a insatisfação em relação à estrutura física está relacionada ao fato de a casa ter dois andares, o que na visão dos profissionais fragmenta a própria equipe entre aqueles que permanecem no piso inferior, que são os profissionais de nível médio, e os que permanecem a maior parte do tempo no andar superior, são os profissionais de nível superior. Pode-se avaliar, nesta perspectiva, uma divisão social do trabalho entre aqueles que executam os trabalhos manuais e os que pensam, elaboram, os responsáveis pelo trabalho intelectual.

O posto de enfermagem situa-se no piso superior o que dificulta maior aproximação entre técnicos de enfermagem e usuários. Uma mudança de ambiente para o andar inferior foi avaliada como uma melhoria porque aproximaria estes profissionais dos usuários, facilitando seus afazeres com a administração das medicações.

Durante a observação soube-se que a cozinha do CAPS será deslocada de lugar para proporcionar mais espaço. Essa mudança ainda não foi realizada, pois o serviço está a espera de recursos financeiros para a obra. Um aspecto destacado como favorável ao vínculo e à reabilitação foi o fato de a cozinha ser um ambiente de livre acesso aos usuários.

A secretaria do serviço localiza-se no segundo andar da Nossa Casa, o que permite uma visualização de quem chega ao serviço. No entanto, este espaço foi observado como sendo um lugar de encontro entre os profissionais, havendo trocas de informações e de discussões sobre o Plano Terapêutico Individual (PTI), local também onde é servido o cafezinho. Acredita-se que a secretaria não é um local adequado para discussões acerca do PTI porque pode haver uma exposição desnecessária de algum caso, tendo em vista que a secretaria é o local de acesso a todas as pessoas que chegam ao serviço.

Em relação aos recursos humanos foi avaliada sua inadequação à normatização preconizada pela Portaria 336 de 2002, pois o serviço não conta com o profissional enfermeiro. A falta de um profissional nutricionista para orientar a dieta produzida no CAPS, tendo em vista que muitos usuários são obesos ou apresentam hipertensão arterial, necessitando de uma dieta hipossódica e hipocalórica. Nesse contexto, a falta de um acompanhante terapêutico do sexo masculino foi evidenciada, tendo em vista que muitos cuidados de higiene aos usuários homens seria facilitada com a presença desse profissional.

O grupo de alfabetização que está previsto no Projeto Terapêutico do CAPS I Nossa Casa (PROJETO..., 2006) não está em funcionamento em função da falta de uma profissional da área da Pedagogia. É importante salientar que a falta do profissional nutricionista, do acompanhante terapêutico homem e de um profissional da pedagogia não configura uma inadequação sob o ponto de vista da portaria e sim uma necessidade do serviço.

Um diferencial do CAPS estudado é a presença dos quatro acompanhantes terapêuticos que se dedicam cotidianamente às questões do dia-a-dia dos usuários. Essas profissionais servem como elo de comunicação entre o usuário e o mundo ao seu redor, auxiliando-os em tarefas relacionadas ao autocuidado, alimentação e os acompanham em lugares fora do serviço quando é necessário.

Percebe-se que nem todos os profissionais do serviço sentem-se no comprometimento de participar das reuniões de equipe. Essas reuniões configuram-se em espaços importantes de discussões sobre o funcionamento do próprio serviço e do Plano Terapêutico Individual do usuário. Em cada reunião é nomeado um membro da equipe para assumir o papel de coordenador, o que, com certeza, facilita o andamento e a otimização do tempo da reunião.

Salienta-se que o serviço mantém a tradição de organizar datas comemorativas, aniversariantes do mês, apresentações e passeios. Durante a coleta de dados, houve a festa do Dia das Bruxas. A participação dos membros da equipe na festa foi fundamental para a

confraternização entre profissionais e usuários, tornando mais estreitas as suas relações, mas o convite para esse evento restringiu-se aos usuários e não aos seus familiares. Acredita-se que o serviço perdeu uma ótima possibilidade de integrar a família às atividades do serviço.

As oficinas realizadas pelos profissionais do CAPS são atividades em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais que as realizam. A definição de quais atividades serão realizadas pelo usuário é feita a partir do seu interesse e da sugestão dos profissionais. Essas oficinas objetivam a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania.

Em relação à oficina de tapeçaria, percebe-se uma inadequação quanto ao ambiente, por localizar-se em um lugar de pouca visibilidade para as vendas dos produtos ali confeccionados e também por ser escuro e pouco arejado. Esta oficina funcionava em outra sala, mas em uma decisão vertical da coordenação do serviço houve a troca de ambiente. Aspectos mais subjetivos foram captados nessa mudança, pois a falta de visibilidade refere-se também ao próprio serviço que acaba “esquecendo-se” de integrar essa oficina aos eventos e acontecimentos diários do CAPS.

Os grupos realizados pela Nossa Casa permitem um processo de identificação, no qual os membros podem ver no outro o reflexo de sua própria realidade. O cuidado individualizado e sua participação são valorizados nos grupos.

Percebemos a importância da estrutura física do CAPS estar adequada à demanda do serviço, e os recursos humanos engajados na construção do vínculo, na resolutividade das necessidades dos usuários e no trabalho em conjunto. Essas questões devem objetivar a construção de um modelo de atenção humanizado, participativo e construtivista.

O segundo tema da análise de dados foi denominado de **Atividades voltadas para a atenção à família**. Nesse tema destacou-se as atividades voltadas para a atenção à família no

CAPS Nossa Casa, respondendo aos outros dois objetivos do estudo, que foi o de **identificar, na proposta do CAPS, espaços e atividades de suporte aos familiares de portadores de transtornos psíquicos e avaliar qualitativamente a atenção à família no CAPS a partir da construção dos grupos de interesse, família, equipe e usuários.**

O acolhimento à família foi evidenciado na observação e nas entrevistas com a equipe, no entanto não está contemplado no Projeto Terapêutico do CAPS. Os familiares caracterizam esse acolhimento como de fácil acesso e de grande resolutividade das suas necessidades, e o atendimento dispensado as famílias pelos profissionais é caracterizado como humanizado, individualizado e integral, no qual a escuta e o vínculo são essenciais.

O serviço forma grupos de familiares para que falem sobre seu usuário. Aspectos relacionados à medicação, ao ato de lidar com questões envolvendo o dia-a-dia, ou ensinar o familiar a perceber quando o seu doente não está bem são trabalhados nesses grupos. A presença da família no grupo é de extrema importância, pois, assim, o serviço obtém informações sobre o modo de agir do usuário em casa e como a família está lidando com ele. Porém, nota-se uma dificuldade do serviço em atrair a participação dos familiares nesses grupos.

Outro espaço de atenção aos familiares são as Visitas Domiciliares, realizadas pelo serviço, pelo menos, uma vez por mês a todos os usuários, sempre que a equipe julgar necessário ou por solicitação do familiar ou do próprio usuário. As visitas são realizadas tanto na zona urbana quanto na zona rural. Percebe-se que as visitas domiciliares auxiliam a equipe a conhecer a realidade de cada usuário e seus familiares, verificar os conflitos, orientar quanto ao manejo, e em relação ao tratamento como um todo.

Quanto à comunicação, o serviço comunica-se com a família via telefone e bilhetes entregues aos usuários. Já, em relação às questões envolvendo as famílias dos usuários da Nossa Casa, percebe-se que são direcionadas especificamente ao serviço social, havendo uma

sobrecarga e uma centralização das atividades direcionadas às famílias, dificultando o atendimento da demanda.

Avalia-se que a questão dos familiares não deve ser centralizada em apenas um profissional. A responsabilidade das questões familiares deve ser de toda a equipe multiprofissional, caso contrário, o cuidado às famílias fica muito fragmentado. Em uma equipe multiprofissional, cada profissional pode contribuir com o seu saber e com sua experiência para melhor atender à complexidade do contexto familiar.

Outro espaço que inclui os familiares é a Associação dos Familiares e Usuários do Serviço, a AFAU, criada para suprir a necessidade do serviço em trazer o familiar para dentro da Nossa Casa, tendo em vista certa relutância de participarem do dia-a-dia do CAPS. Considera-se importante ter um espaço destinado aos familiares dentro do próprio serviço, por isso viabiliza a sua participação em questões cotidianas no CAPS. Além disso, possibilita maior aproximação entre familiares e usuários. As associações apresentam elevado grau de autonomia política, mas, em compensação, têm baixa autonomia financeira, em parte pela baixa capacidade contributiva dos associados.

A presença da figura feminina apareceu como responsável pelo cuidado do sujeito com transtorno mental, tendo em vista que apenas um familiar entrevistado era do sexo masculino. Nesse contexto, cabe ao CAPS Nossa Casa viabilizar a inserção da mulher cuidadora no serviço e no tratamento, considerando-a uma das principais fontes de informações e de cuidado.

Os profissionais estão investindo em uma nova abordagem, o de criar um grupo em que os familiares expressam seus sentimentos, suas angústias e dificuldades em lidar com os pacientes. Essa idéia foi aceita e bem vista pelos usuários, familiares e pela equipe. Os familiares verbalizaram que o serviço volta-se apenas para o usuário e que suas questões não são abordadas, dizendo que se sentem sozinhos e até mesmo esquecidos.

Percebe-se que a equipe da Nossa Casa encontra dificuldades em fazer com que a família participe do cotidiano do serviço. Para que essa unidade de cuidado participe e vivencie o dia-a-dia do CAPS é preciso que a mesma se sinta um ator importante no processo de reabilitação psicossocial do seu paciente. Este é um processo de construção cotidiana, na qual são superadas visões e posturas, conduzindo a movimentos que promovem um entrelaçamento que se refletirá em melhor qualidade da atenção dispensada ao usuário e sua família.

O primeiro pressuposto deste estudo foi sobre a **necessidade da utilização da reabilitação psicossocial e da inclusão da família, preconizadas pela reforma psiquiátrica, como referencial para organização dos serviços de saúde mental, no direcionamento da reinserção social do sujeito em sofrimento mental**. Este pressuposto se confirmou, pois a Nossa Casa utiliza-se da reabilitação psicossocial como um organizador para direcionar a reinserção psicossocial do usuário.

O segundo pressuposto, a **reabilitação psicossocial, preconizada pela reforma psiquiátrica, suscita um novo papel dos familiares de usuários junto aos serviços substitutivos – o de agentes terapêuticos e de agentes facilitadores – no processo de responsabilização pelo sujeito em sofrimento psíquico**, também foi confirmado através das observações e das entrevistas, pois constatou-se que a família é um parceiro no cuidado, facilitando o processo de reabilitação psicossocial do sujeito com transtorno mental, no contexto do CAPS Nossa Casa. É importante salientar que não é só a família que possui um papel neste contexto, mas também o serviço que deve fazer um movimento para atrair e atender as necessidades desses agentes facilitadores do cuidado.

Assim, o objetivo geral deste estudo avaliativo, de **avaliar qualitativamente a atenção oferecida aos familiares pelo CAPS Nossa Casa**, foi alcançado, pois através das

observações e das entrevistas, foram identificados espaços e atividades de suporte destinado às famílias no serviço, a partir dos grupos de interesse.

Ressaltamos a relevância deste estudo, pois contribuiu para as concepções dos grupos de interesse (usuário, equipe e família) acerca da atenção oferecida aos familiares pelo CAPS Nossa Casa, articulando teorias e práticas, propondo uma avaliação qualitativa. A avaliação da atenção oferecida aos familiares do CAPS, contou com a participação dos grupos de interesse envolvidos mostrando-lhes sua importância no direcionamento de melhorias na qualidade dos serviços prestados, valorizando as diferentes opiniões e valores daqueles que utilizam o serviço.

Sendo assim, acredita-se que este estudo possa contribuir para que a equipe do CAPS Nossa Casa e outros serviços de saúde mental possam visualizar e refletir sobre suas práticas direcionadas às famílias. Essas práticas devem ser pautadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, como forma de qualificar o trabalho dos serviços substitutivos de saúde mental e a atenção oferecida às famílias.

A forma como vem sendo consolidada a atenção às famílias nos serviços representa um desafio para os profissionais de saúde, pois implica em uma reestruturação na formação desses e um processo de reflexão de todos os atores sociais envolvidos neste processo de mudança.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, out. 1992.

ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, maio/ago. 2001.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.

_____. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 233-244, 1999.

BECKER, F. **O que é construtivismo?** Revista de Educação AEC, Brasília, v. 21, n. 83, p. 7-15, abr./jun. 1994.

BEZERRA JÚNIOR, B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-125.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

_____.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. **Plano quinquenal de saúde 1990/95**: a saúde do Brasil novo. Brasília, DF, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde**: 1990-2004. 5. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004b.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. El movimiento de la reforma psiquiátrica en Brasil y la familia del individuo en sufrimiento psíquico. **Revista Panamericana de Enfermería**, México, DF, v. 4, n. 1, p. 80-85, enero/jun. 2006.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

_____. Diretrizes operacionais para implantação do Sistema Único de Saúde em Campinas. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 19, p. 18-23, jun. 1990.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.

CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. Avaliação da qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 52, p. 74-82, set. 1996.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: organização de equipes de referencia na rede básica da Secretaria Municipal de Betim. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000.

CAVALHERI, S. C. Acolhimento e orientação à família. In: CONGRESSO DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 7., 2002, Campinas. **Mesa redonda: importância da família na saúde mental**. Campinas: Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, 2002. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>>. Acesso em: 27 jul. 2005.

CERVO, A.; BERVIAN, P. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

COIMBRA, V. C. C. **O acolhimento no centro de atenção psicossocial**. 2003. 182 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 4., 1998, Goiânia. **O SUS é a saúde total de tudo para todos**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 1998.

_____, 5., 2001, Goiânia. **Controle social no SUS: construindo para conquistar saúde**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção com controle social: relatório final**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília, DF. **Cuidar sim, excluir não:** efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social: relatório final. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PSQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE, 1990, Caracas. **Declaração de Caracas.** Genebra: OPAS/OMS, 1990.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (Rio Grande do Sul). **Código de ética dos profissionais de enfermagem e legislação.** Porto Alegre, 1997.

CONTEL, J. O. B.; VILLAS-BOAS, M. A. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 224-30, dez. 1999.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 51-66.

DALL'AGNOL, C. M. et al. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 21-26, mar. 2007.

DEMO, P. **Introdução a metodologia da ciência.** São Paulo: Atlas, 1998.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica:** definición e método de evaluación. México, DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DUARTE, M. L. C. et al. Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área. **REME:** Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 66-72, jan./mar. 2007.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. (Coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994a. p. 61-77.

ELSEN, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: BUB, L. I. R. (Coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994b. p. 19-60.

_____; NITSCHKE, R. G. Saúde da família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós modernidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, p. 35-48, dez. 2000. Número especial.

_____; WAIDMAN, M. A. P. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto & Contexto: Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 341-9, jul./set. 2005.

_____. et al. Cidadania: um novo conceito para a prática de enfermagem com famílias? **Texto & Contexto: Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 106-115, jan./jun. 1992.

FERREIRA, A. B. H. **DICIONÁRIO AURÉLIO ELETRÔNICO**: século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: Lexicon Informática, 1999. 1 CD-ROM. Versão 3.0.

FUREGATO, A. R. F. et al. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-6, set./dez. 2002.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GALERA, S. A. F. **Avaliação construtivista de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que têm um portador de esquizofrenia entre seus membros**. 2002. 164 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

GOLDEBERG, J. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1996.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective evaluation**: improving the usefulness of evaluation results through responsive naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 21, p. 29-35, dez. 2000.

_____.; POUVOURVILLE, G. Avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 68-82, 1998.

HIRDES, A. **Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul**: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. 2000. 200 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____.; KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 160-166, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Mapas das regiões brasileiras. Rio de Janeiro, [2007]. Disponível em: <<http://mapas.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2007.

_____. **São Lourenço do Sul - RS**: população e domicílios: censo 2000 com divisão territorial 2001. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 30 jan. 2007.

INFANTE, C.; ABREU, L. F. Proposta de um modelo conceitual para abordar as queixas médicas a partir da perspectiva do usuário. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 175-220.

KANTORSKI, L. P.; MACHADO, A. T.; OLIVEIRA, C. A. Centros de atenção psicossocial: reinventando o cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto**: Enfermagem, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 233-243, jan./abr. 2000.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABETE, R. C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 363-375.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 93-102, jan./mar. 1997.

LIBERMAN, R. P. **Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998.

LONDERO, I.; PACHECO, J. T. B. Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? Uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 259-267, 2006.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MALTA, G. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 47-58, 2000.

MANCE, E. A. **A revolução das redes**: a colaboração solidária como alternativa pós-capitalista. Petrópolis: Vozes, 2001.

MARTINEZ, C. M.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 55-61, fev. 2004.

MELLO, R. A questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermeira que atua em centros de atenção diária de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 51, n. 1, p. 19-34, jan./mar. 1998.

MELMAN, J. Família e doença mental. São Paulo: Escritus, 2001.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida: ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECILIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 6. ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002.

MONTEZUMA, M. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro. v. 4, n. 17, p. 117-123, 2000.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 175-181, jan./jun. 2004.

MOURA, L. S.; KANTORSKI, L. P.; GALERA, S. A. F. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipe de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 35-44, mar. 2006.

NASI, C.; STUMM, L. K.; HILDEBRANDT, L. M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 59-67, 2004.

NERY, M. E. da S.; VANZIN, A. S. **Enfermagem em Saúde Pública**: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1994.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

OLIVEIRA, M. M. **A prevenção do colo do útero no contexto da Estratégia Saúde da Família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do Município de Ribeirão Preto - SP**. 2003.139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p. 30-46, 2000.

OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, S. C. M. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 213-222, jan./jun. 2004.

ONOCKO-CAMPO, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1987.

PEDUZZI, S. A. **O enfermeiro no PSF**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2000.

PEJLERT, A. Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents narratives. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 194-204, jul. 2001.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.

_____; LIMA, M. G. P.; SILVA, M. S. A assistência psiquiátrica sob o ponto de vista do doente mental: antes e depois da reforma psiquiátrica. In: LABATE, R. C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 93-105.

_____; PEREIRA JUNIOR, A.; LUSSI, I. A. O. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3. maio/jun., p. 448-455, 2006.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistências de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, DF, 2002. p. 15.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

_____. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 12, p. 647-654, dez. 1994.

_____. Avaliação como processo de melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 44-61, abr./jun. 1992.

PRADO, D. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PROJETO Terapêutico CAPS I - Nossa Casa. [São Lourenço do Sul]: [CAPS I], 2006.

PUNTEL, M. C. A. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 505-510, out./dez. 1986.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002.

ROCHA, E. K. et al. Em busca do equilíbrio da saúde mental. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 19, p. 30-32, nov. 2000.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

_____. et al. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 10-39.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em Saúde Mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

_____. A reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154.

_____. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHRANK, G. **O Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família**. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

_____.; OLSCHOWSKY, A. Factores de riesgo para la salud mental del individuo y de la familia identificados a través de las producciones científicas. **Revista Panamericana de Enfermería**, México, DF, v. 3, n. 2, p. 140-145, jul./dic. 2005.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, M. R. S. A finalidade do trabalho de enfermagem com famílias que convivem com a doença mental em seu cotidiano. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto alegre, v. 21, n. 1, p. 138-151, jan. 2000.

SIQUEIRA, A. A escuta com base de intervenção do assistente social na saúde mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: ABRASCO, 2003. v. 1, p. 833.

SOUZA, R. C.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, Goiânia, v. 6, dez. 2004. Número especial. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/G_contexto.html>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des) encontram. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, jul. 2002.

_____; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 173-179, mar./abr. 2005.

SOUZA, W. S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 933-939, jul./ago. 2001.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva**: uma bibliografia comentada. 1996. 251 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TANAKA, O. Y. **Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e do pronto atendimento do Jardim São Jorge no Município de São Paulo, por meio de estudos da clientela usuária**. 1988. 158 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

TAVARES, A. P. G. A estrutura de um Centro de Atenção Psicossocial considerando o modelo de atenção em saúde mental preconizado pela reforma psiquiátrica. 2007. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUGENDHAT, E. **Lições sobre Ética**. Petrópolis: Vozes, 1997.

WADMAN, M. A. P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, R. C. (Org.). **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 389-407.

WEISS, L. G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Medical Care**, v. 26, p. 383-92, 1988.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 291 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

_____. **Desinstitucionalização em saúde mental**: a experiência de São Lourenço do Sul - RS. 1995. 216 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

APÊNDICE A – Roteiro de observação de campo

Serviço

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação)
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade)
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros)
- Características dos usuários (por modalidade - intensivo, semi-intensivo ou não intensivo – faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.)
- Como funciona o serviço (características, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades
- Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características)
- Observar como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade)
- Observe de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde.
- Existe algum tipo de avaliação das ações?
- Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios
- Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades
- Como o serviço faz os movimentos de articulação no território?
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer)
- Como o serviço se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental?
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade;

Atendimentos Individuais

- Profissional (is) que realizou (aram) o atendimento
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço
- Relação usuário e profissional
- Escuta
- Exame físico e psíquico
- Uso de roteiro
- Uso de normas do serviço (rígida ou não)
- Conduta do profissional frente ao caso
- Como o usuário foi recebido
- Recebeu informações necessárias sobre a intervenção

- Como o usuário recebeu esta intervenção
- Aceitação da intervenção pelo usuário
- Quem agenda os atendimentos (de que forma se dá o acesso do usuário ao CAPS)
- Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento Qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta?
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida). Se há usuários que voltam sem serem atendidos?
- Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho?
- Como é feito o agendamento para retorno ao CAPS?
- Observar práticas de recepção e escuta no CAPS.
- Observar recepção de usuários que consomem álcool e/ou outras drogas e detalhar os desdobramentos do atendimento a estes usuários em particular.

Urgência e Emergência

- Como se dá o atendimento das situações de urgência e emergência no CAPS e qual o tempo de espera?
- Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência? E para o não atendimento destas situações?
- Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS?
- Em que situações se encaminha e para onde se encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar).
- Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir do CAPS? E quais as estratégias de superação?
- Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções)
- Observar se ocorre contra-referência e de que forma ela acontece.

Reuniões

- Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras)?
- Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração?
- Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas?

Registros

- Como são feitos e usados os registros?
- Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários).
- Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas.
- Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados
- Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares.
- Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe.

Usuários e Familiares

- Quem são os usuários
- Participação dos usuários e família
- Relação com a equipe
- Envolvimento com o serviço
- Como se dá a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros. E a participação da família?
- Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas pela equipe na comunidade
- Observar a articulação dos usuários e familiares com lideranças e entidades comunitárias

Trabalhadores

- Quem são os trabalhadores, características, formação.
- Envolvimento com o serviço
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de reunião, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde)
- Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente ao CAPS (detalhar quando e quem está em que turnos)
- Observar a presença de stress, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe
- Existe propostas de capacitações, estas são dirigidas a equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas.
- Observar se os profissionais tem afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho.
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários.
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários.
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero.
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho.
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades?
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe.
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades?
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares.
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem.

- Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas?
- Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade?
- Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados?
- Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam?
- Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos?

APÊNDICE B – Questões norteadoras

1. Família: Como o serviço lhe ajuda na convivência com seu familiar em tratamento no CAPS?
2. Equipe: O que o serviço faz para acolher as necessidades dos familiares dos usuários do CAPS.
3. Usuário: Fale sobre o apoio oferecido pelo CAPS à sua família?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Estamos apresentando a você o presente termo de consentimento livre e informado (em duas vias) caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada “AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE PACIENTES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: um olhar qualitativo”, autorizando a observação e a entrevista referentes às etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem por objetivo avaliar qualitativamente a satisfação dos familiares de portadores de transtornos psíquicos em relação ao suporte oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado(a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, riscos e benefícios do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA:.....

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:.....

RG DO PARTICIPANTE:.....

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:.....

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Profª Luciane prado Kantorski. Av. Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP: 96030-002. Telefone/ Fax: 53 2713031. Email: kantorski@uol.com.br

**APÊNDICE D – Carta de solicitação para a apreciação pelo Comitê de Ética em
Pesquisa da cidade de Pelotas, RS**

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

Ao

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa de Pelotas

Na qualidade de Enfermeira aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho, respeitosamente, solicitar autorização para o desenvolvimento do projeto de mestrado.

Junto à esse documento encontra-se uma cópia do projeto, onde constam os dados necessários para sua apreciação e posterior aprovação.

O estudo tem por objetivo avaliar qualitativamente a satisfação dos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. A orientadora do trabalho é a Prof^a Dr^a Luciana Prado Kantorski.

Serão garantidos os sigilos, o anonimato, o respeito a todos os sujeitos envolvidos e à instituição de estudo.

Com o intuito de vivenciar a realidade dos familiares de usuários no Centro de Atenção Psicossocial, optei pelo Centro de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul, Nossa Casa, acreditando que corresponderá às minhas expectativas quanto ao estudo e como enfermeira.

Certa de contar com sua habitual atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Enf^a Maria de Lourdes Custódio Duarte
(pesquisadora)

e

Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski
(orientadora)

Local e Data:-----, ----- de ----- 2006

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

OF. 074/05

Pelotas, 11 de Novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
LUCIANE KANTORSKI

Prezada Pesquisadora;

Vimos através deste informá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil" foi aprovado por este comitê,

Prof. José Augusto A. Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UFPEL