UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ISMAEL MENDES DA SILVA

A construção de práticas psicossociais no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial

Ribeirão Preto

2020

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ISMAEL MENDES DA SILVA

A construção de práticas psicossociais no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial

Versão corrigida

(Versão original encontra-se na Unidade que aloja o Programa de Pós-Graduação)

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências: Área Psicologia

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento).

Orientadora: Carla Guanaes-Lorenzi

Ribeirão Preto

2020

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.

Da Silva, Ismael Mendes

A construção de práticas psicossociais no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial, 2020.

101 f.

Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Guanaes-Lorenzi, Carla

1. Atenção Psicossocial; 2. Saúde Mental;
3. CAPS; 4. Reforma Psiquiátrica; 5. Construcionismo Social

Da Silva, Ismael Mendes

Título: A construção de práticas psicossociais no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área Psicologia (Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento).

Aprovada em ____/____/2020

Comissão Julgadora

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Este estudo foi desenvolvido junto ao Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas Grupais da Universidade de São Paulo (LAPEPG-USP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

À minha família e mestres por todos os ensinamentos,
Aos usuários e profissionais que me ensinaram, no cotidiano, a importância do cuidar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por, em vários, momentos ter sido minha base de fé e força para os momentos de dificuldade.

Às minhas mães, Sônia Maria e Rita de Cássia, pelo apoio incondicional e confiança depositados em mim.

À minha esposa, Aiana Camila, por ser minha melhor amiga, minha parceira e meu eterno amor. No final do dia eu sempre estarei lá por você.

Às amigas de grupo e aos amigos da pós, Giovanna Doricci, Domitila, Gabriela Maldonado, Gabriela Martins, Mayara, Luciana, Laís, Camila, Leticia, Aline e Rodolfo, por tornarem os dias em Ribeirão mais leves. O companheirismo de vocês me deu forças em muitos momentos e hoje Ribeirão também é meu lar por conta de vocês. Obrigado por tudo!

À Brunna Verna Gondinho, por todo o cuidado, carinho e atenção depositados em mim, muito dessa conquista devo a você!

Aos Prof. Dr. Emanuel José e Profa. Dra. Carmen Lucia, pelas contribuições generosas sobre o meu trabalho. Guardo em mim muita admiração e afeto pelo trabalho que realizam e que reverbera em mim.

Aos usuários, familiares e profissionais, pelas trocas cotidianas, pelo aprendizado e por não deixar que eu esqueça do simples, do leve e do cuidar.

Ao apoio concedido a esta pesquisa pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na forma de bolsa de mestrado (Código de financiamento:001).

À minha orientadora, Carla Guanaes-Lorenzi, por oferecer a oportunidade de fazer esse mestrado e ser seu aluno. Saiba que onde eu estiver levarei sempre você comigo! Obrigado por fazer esse caminho ao meu lado.

RESUMO

Da Silva, I. M. (2020). *A construção de práticas psicossociais no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O movimento da Reforma Psiquiátrica promoveu mudanças no modo de atenção e gestão nas práticas de saúde. Dessa forma, foi necessário repensar locais e profissionais que pudessem promover práticas e cuidados mais próximos ao novo modo assistencial: o modo psicossocial de atenção. Essa mudança de paradigma ainda vem ocorrendo e trouxe complexidades para a atuação dos profissionais inseridos nos contextos de saúde mental. Este trabalho tem por objetivo geral compreender como se dá, no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de práticas psicossociais de cuidado aos usuários do serviço. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que tem como base os pressupostos do movimento construcionista social em ciência. Este trabalho foi realizado em um CAPS III de uma cidade do interior de São Paulo. O processo de produção de dados foi por meio de dois momentos principais: o primeiro consistiu em imersão no campo, momento em que os pesquisadores realizaram observação participante por um período de dois meses com carga-horária de 8 horas semanais para conhecer a organização do serviço, no qual fizeram registros em notas de campo; o segundo consistiu na realização de três grupos focais com os profissionais do CAPS III, guiados por um roteiro semiestruturado. Estes grupos foram gravados e transcritos na íntegra. A análise das informações foi realizada por procedimentos qualitativos de análise temática, de forma a dar visibilidade para os principais sentidos negociados pelos profissionais em seus diálogos nos grupos focais. Resultou de nossa análise a construção de três temas que, em conjunto, permitem compreender desafios e potencialidades envolvidos na construção e desenvolvimento de ações psicossociais: 1) trabalho em equipe e interdisciplinaridade – que apresenta sentidos sobre as relações, organizações, planejamentos e comunicações no cotidiano dos profissionais do CAPS III; 2) atuação profissional – que apresenta fatores que ora possibilitam ora dificultam a atuação do profissional inserido no CAPS III; e 3) ações de cuidado no cotidiano, apresentando sentidos sobre as práticas realizadas no CAPS III. Com base em nossa análise, concluímos que a construção de práticas psicossociais oferecidas para o cuidado à saúde mental dos usuários do serviço tem relação com a forma de atuação profissional. As ações realizadas no cotidiano dependem do quanto cada profissional conhece o papel político-social que o CAPS desempenha, além de como consegue estruturar suas atividades considerando os recursos do território, para além do próprio local de estudo, utilizando sua autonomia e interesse para propor aos usuários práticas em saúde mental compatíveis com o modo de atenção psicossocial. Discutimos, no entanto, que é por meio da coordenação de ações no cotidiano que a construção de práticas psicossociais se faz mais ou menos possível no serviço. As práticas discursivas desenvolvidas pelos profissionais nos grupos focais trazem a marca de diferentes discursos sociais, iluminando como a disputa entre paradigmas ainda se apresenta no cotidiano (Apoio financeiro: CAPES, código de financiamento: 001).

Palavras-chave: atenção psicossocial. saúde mental. CAPS. reforma psiquiátrica. construcionismo social.

ABSTRACT

Da Silva, I. M. (2020). The construction of psychosocial practices in the daily life of a Psychosocial Care Center. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The Psychiatric Reform movement promoted changes in the models of care and management in health practices. Thus, it was necessary to rethink places and professionals that could promote practices and actions of care more related to the new care strategy: the psychosocial model of care. This paradigm shift is still occurring, and has brought complexities to the work of professionals working in mental health contexts. The objective of this study is to understand how occurs in the daily life of a Psychosocial Care Center (CAPS), the construction of psychosocial care practices for service users. It is a qualitative, descriptive and exploratory study, which is based on the assumptions of the social constructionist movement in science. This work was carried out in a CAPS III in a city in the interior of São Paulo. The production of data evolves two moments: the first consisted of an immersion in the field, when the researchers performed participant observation for a period of two months, with a workload of 8 hours per week, to get to know the organization of the service; during this period, field notes were made; the second moment consisted of the development of three focus groups with CAPS III professionals, which were guided by a semi-structured script. These groups were audio recorded and fully transcribed. The analysis of the information produced was carried out through qualitative procedures of thematic analysis, in order to give visibility to the main meanings negotiated by the professionals in their dialogues in the focus groups. The result of our analysis was the construction of three themes that, together, allow us to understand challenges and potentialities involved in the construction and development of psychosocial actions: 1) teamwork and interdisciplinarity - which presents meanings about relationships, organizations, planning and daily communications of the CAPS III professionals; 2) professional work - which presents factors that contribute or that make it difficult for the professionals of CAPS III to develop their daily work; and 3) daily care actions, presenting meanings about the practices performed in CAPS III. Based on our analysis, we discuss that the construction of psychosocial practices of mental health care offered to the users of the service is related to the forms of professional action. The daily actions carried out in the service depend on how much each professional knows the political and social role that the CAPS plays, in addition to how they manage to structure their activities considering resources of the territory, in addition to the study's local itself, using their personal autonomy and interest to propose mental health practices which are compatible with the psychosocial care model. We argue, however, that it is through the coordination of actions in daily life that the construction of psychosocial practices becomes more or less possible in the service. The discursive practices developed by the professionals in the focus groups shows the presence of different social discourses, thus illuminating how the dispute between paradigms are still alive in the daily life of the mental health service.

Keywords: psychosocial attention. mental health. CAPS. psychiatric reform. social constructionism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Temas
Figura 2	Tema: Trabalho em Equipe e Interdisciplinaridade e subtemas
Figura 3	Tema: Atuação profissional e subtemas
Figura 4	Tema: Ações de cuidado no cotidiano e subtemas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Modalidades de CAPS e suas características
Quadro 2	Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS
Quadro 3	Revisão Bibliográfica: autores, objetivos e tipo de estudo
Quadro 4	Cronograma de atividades no CAPS
Quadro 5	Participantes dos grupos focais
Quadro 6	Fases da análise temática proposta nos estudos de Braun e Clarke (2006)
Quadro 7	Atividades diretamente ligadas a recepção
Quadro 8	Breve Caracterização dos temas

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa visa contribuir com a produção de conhecimento sobre o modo de atenção psicossocial, especificamente buscando discutir suas características e contribuições para o contexto da Saúde Mental no Brasil. Tem como objetivo geral compreender como se dá, no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de práticas psicossociais de cuidado aos usuários do serviço.

Para circunscrever e justificar a importância de tal temática, este texto está estruturado da seguinte forma: primeiramente, apresentamos a reforma psiquiátrica em termos gerais e no Brasil especificamente, e sua influência na transformação do modo de cuidado em saúde mental; em seguida para contextualizar o tema específico do projeto, apresentamos a caracterização da atenção e prática psicossocial e o estudo da literatura acerca da temática.

No segundo momento, estão descritos a justificativa e os objetivos. Em seguida, o método da pesquisa dividido em cinco partes: aspectos éticos; delineamento teórico – metodológico; contexto; procedimentos de produção e análise de dados. Dando continuidade, apresentaremos os resultados e discussões do estudo. Por fim, as considerações finais a que chegamos a respeito da presente pesquisa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	26
1.1 Reforma psiquiátrica	26
1.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	27
1.2.1 O cuidado na comunidade – território e rede	30
1.3 Atenção Psicossocial	36
1.3.1 Atenção e Prática Psicossocial	39
1.3.2 Atenção e Prática Psicossocial: estudo da literatura	41
2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	47
Objetivo Geral	47
Objetivos específicos	47
3. MÉTODO	48
3.1 Aspectos Éticos	48
3.2 Delineamento Teórico-Metodológico do estudo qualitativo	49
3.3 Contexto do estudo	50
3.4 Procedimentos de produção de dados	52
3.4.1 Imersão dos Pesquisadores no Contexto	53
3.4.2 Grupos Focais e Participantes	54
3.5 Procedimento de Análise	59
4. RESULTADOS	63
4.1 O CAPS III	63
4.1.1 O cotidiano, os profissionais e o serviço do CAPS	63
4.2 Produção de sentidos	69
4.2.1 Trabalho em equipe e interdisciplinaridade	70
4.2.2. Atuação profissional	74
4.2.2 Ações de cuidado no cotidiano	76

5. DISCUSSÃO	82
5.1 CAPS III	82
5.2 Produção de Sentidos	84
5.2.1 Trabalho em equipe e interdisciplinaridade	84
5.2.2 Atuação Profissional	85
5.2.3 Ações de cuidado no cotidiano	86
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE	95
ANEXO	102

1. INTRODUÇÃO

1.1 Reforma psiquiátrica

O século XX, principalmente a partir da II Guerra Mundial, foi marcado por grandes transformações socioculturais, econômicas, tecnológicas e jurídicas, que mudaram as práticas sociais e o modo de vida cotidiano. As práticas em saúde também foram transformadas, principalmente as relacionadas ao modo de se compreender o processo saúde-doença, com a ampliação do conceito de saúde e consequente desconstrução de todo um aparato teórico-metodológico baseado no paradigma positivista e no saber clínico tradicional (Lima, 2015).

No século XVII, o hospital, antes entendido não como uma instituição médica, mas como uma instituição de caridade com o objetivo de oferecer abrigo, alimentação e assistência aos mais pobres, perdeu esse lugar exclusivamente filantrópico e passou a cumprir funções de ordem social e política mais explícitas. Criado então, em 1656, pelo Rei da França, o Hospital Geral foi peça fundamental para a definição de um novo “lugar social” para o dito louco e a loucura na sociedade ocidental (Amarante, 2007).

Posteriormente, no século XVIII, o saber clínico tradicional e positivista estava intimamente ligado à evolução da medicina, evidenciado principalmente nas transformações oriundas após a Revolução Francesa, momento histórico de extrema importância econômica, social e política. Nesse contexto, o hospital geral foi uma dessas instituições que sofreu transformações e Philippe Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria, participou ativamente dessas mudanças. Dessa forma, a visão sobre a loucura que emergia propunha uma reordenação dos hospitais gerais.

Com o subsídio das filosofias e ideais positivistas emergentes do século XVIII, não apenas o conceito de hospital mudou como também o entendimento de cuidado. A medicina se tornou central, e os cuidados em saúde mental passaram a ser realizados em hospitais, a partir da visão de Pinel (Teixeira, 2019). Nas palavras de Teixeira (2019), "O modelo indistinto de reclusão do antigo hospital geral foi substituído por outro, exclusivamente voltado para a guarda e tratamento de comportamentos desviantes dos alienados mentais" (p.558). Esses hospitais acabaram se constituindo como locais de exclusão (manicômios), voltados para a cura da doença, e sem uma consideração da pessoa. O louco era separado do convívio social, isto é, enclausurado e ademais, não só os enfermos, mas também aqueles considerados “diferentes” eram excluídos e enclausurados. Pinel acreditava que o isolamento

do mundo exterior era de extrema importância para o tratamento da doença mental, pois entendia que só assim o tratamento seria adequado".

Em outras palavras, o princípio do isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica, se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados (Amarante, 2007, p. 32).

Vale ressaltar que essas transformações não ocorreram da noite para o dia, pois envolveram um processo de transformação lento e gradativo. Houve críticas pelos contemporâneos de Pinel: superlotação dos primeiros asilos; grandes empecilhos para manter a organização e os limites nessas instituições, que assumiram, entre outras funções, a de segregação de segmentos marginalizados da sociedade; denúncias de maus-tratos; violência contra os internos, acabando por se tornar um lugar mal visto dentro da própria psiquiatria e da sociedade.

Dessa forma segundo Amarante (1995), existem dois grandes períodos que ajudam a repensar o campo teórico-assistencial da psiquiatria. O primeiro é marcado por um ideal de que os *hospícios* exercem uma função de cura das pessoas, com a necessidade de reorganização do funcionamento interno da instituição psiquiátrica. A crítica a esse ideal perdura por um longo período, a princípio internamente até ultrapassar os muros da instituição. Posteriormente, iniciam-se movimentos importantes além-muros como: “os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA) e de Psicoterapia Institucional (França), até o seu extremo, com a instalação das terapias de família” (Birman & Costa, 1994, p.44, apud Amarante, 1995, p.22).

O segundo período se caracteriza pelo cuidado além das instituições e com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental, representado principalmente pela psiquiatria de setor (França), comunitária ou preventiva (EUA) e a Reforma Psiquiátrica ocorrida na Itália que influenciou de forma significativa a Brasileira (Amarante, 1995). Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica se caracteriza por um movimento ético, político e social que busca repensar o cuidado em saúde mental em sua totalidade, desde as práticas profissionais até os locais de cuidado.

1.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Saúde Mental no Brasil está intimamente ligada às reformas políticas ocorridas na década de 70. Para além do movimento sanitário, essas reformas promoveram discursos a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, da defesa da saúde

coletiva, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários (Brasil, 2005).

Dentre os diversos atores desse processo merecem destaque: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Núcleos estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades, que têm extrema importância, ora legitimando ora incentivando a formulação das políticas de saúde mental e o Estado por meio de órgãos do setor de saúde, Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Amarante, 1995).

Como consequência desses processos, as políticas de cuidado e atenção em saúde mental passaram de um modelo hospitalocêntrico para um modo de atenção diversificada de base territorial comunitária, estando mais próxima dos usuários e seus familiares inseridos em seu território, com atuação interdisciplinar e participativa (Pinto et al., 2012).

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na Reforma Psiquiátrica brasileira, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os usuários que necessitem de atenção (Brasil, 2005). Com isso, a substituição do modelo centrado no hospital tem se consolidado por meio do fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos, como os Hospitais-Dia, Centros de Convivência, etc.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se consolidou como uma “proposta alternativa” na política de assistência à saúde mental, se aproximando das pessoas em uma perspectiva micro e macrossocial. Os serviços substitutivos vêm se expandido cada vez mais pelo Brasil, ajudando a fortalecer essa assistência, assim, gradativamente, o modelo hospitalocêntrico e manicomial vem perdendo força, e em seu lugar está se consolidando uma assistência alinhada aos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade), de base comunitária.

Porém, a consolidação da Reforma Psiquiátrica traz à tona uma série de desafios e dificuldades para a sua efetivação no campo da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, por ser uma proposta de mudança de paradigma e não somente de modelo de assistência. A Reforma perpassa vários planos. Segundo Amarante (2008), apud Lima (2015) esse processo engloba quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

Para esse autor a dimensão teórico-conceitual se caracteriza pela reflexão crítica da ruptura ao conceito tradicional de psiquiatria influenciado pelos ideais positivistas, na qual se entendia que o isolamento, a clausura e o foco nos sintomas produziram cuidados e “cura”; a técnico-assistencial se caracteriza por se preocupar com as idiossincrasias do sujeito, ou seja, a sua rede de relações, a comunidade que está inserido, seus desejos e sua cultura; seguindo a apresentação de Lima (2015), as duas últimas, jurídico-política e sociocultural juntas conduzem para o “enfrentamento à cultura manicomial e à intolerância ao *diferente*, além de propor e lutar por leis de proteção que garantam as conquistas obtidas nos cenários de luta política” (Lima, 2015, p. 16).

A mudança de um modelo hospitalocêntrico para um olhar psicossocial, portanto, é uma das questões ideológicas que traz uma série de complexidades para a atuação de um profissional inserido nas políticas de saúde mental. Sua atuação não está mais focada no hospital, mas na comunidade, nas residências, nas ruas, nas redes de atenção à saúde mental com uma equipe multiprofissional, buscando realizar uma proposta interdisciplinar e/ou transdisciplinar (Queiroz & Cerqueira, 2011).

Para que esse modo assistencial pudesse ser mais qualificado no que se refere à assistência às pessoas com transtornos mentais, foi necessário repensar os conceitos sobre a existência de sofrimento e sobre o cuidar no campo da saúde mental. Assim, o cuidado psicossocial, e em consequência, a forma de olhar a pessoa que vivencia esse sofrimento, deve ocorrer de maneira integral, multifacetada, histórica e incorporada ao cotidiano. Esse olhar deve também ser direcionado aos familiares, visto que eles vivenciam frequentemente o transtorno de um de seus membros, que os mobiliza globalmente (Cavalheri, 2010).

Em 1989, após um ano da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional de projeto de lei, visando promover a regulamentação da assistência a saúde das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, juntamente com a extinção a curto e longo prazo dos hospícios do país, mas este só foi aprovado 12 anos depois. Dessa forma, a Lei Federal 10.216/2001 reorganiza o cuidado voltado à saúde mental, dando ênfase ao atendimento de base comunitária, além dos direitos garantidos a todas essas pessoas. Porém é importante deixar claro que essa lei não traz mecanismos claros para a promoção da diminuição e extinção dos manicômios (Brasil, 2005).

Após a aprovação, e concomitantemente à realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, há o fortalecimento do movimento de Reforma Psiquiátrica, que passa a ganhar visibilidade nacional. Financiamentos direcionados especificamente à criação e manutenção

dos serviços substitutivos são criados, assim como novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos. Essa expansão proporcionou a reflexão e a reorganização das práticas realizadas em locais no qual o cuidado a saúde mental era praticamente inexistente. Nesse mesmo período, é impulsionada a atenção às pessoas com longo período de institucionalização, com o surgimento do programa “De volta para Casa”, além de serem criadas políticas de recursos humanos e ser instaurada uma política de redução de danos para a questão do álcool e outras drogas (Brasil, 2005).

Todo esse processo se caracteriza por um conjunto de movimentos e ações de diversos setores federais, municipais, estaduais, jurídicos e sociais, para que seja possível a consolidação das mudanças na assistência às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e no modelo de assistência focado no hospital psiquiátrico. Durante 12 anos, entre a criação e a aprovação da lei 10.216/2001, ocorreram fatos importantes para a Luta antimanicomial no Brasil, entre elas a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luís da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo (Mesquita & Novellino, 2010). Frisamos este fato, pois, inicialmente, o CAPS foi pensado como um dos principais serviços substitutivos aos manicômios.

Os CAPS e o modo psicossocial de atenção em saúde mental configuram a temática central desta pesquisa, e abordaremos no próximo item sua caracterização e da atenção psicossocial por meio das cartilhas e documentos do Ministério da Saúde.

1.2.1 O cuidado na comunidade – território e rede

A criação de uma rede de base comunitária e territorial é fundamental para a efetivação de uma assistência alinhada com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os serviços nas suas diferentes modalidades de atenção e cuidado devem ser articulados em rede, capazes de acolher e promover uma atenção próxima à realidade do sujeito. Essa rede, portanto, é muito maior do que a soma dos serviços substitutivos da cidade; ela se consolida sendo permanentemente articulada a outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços na cidade, para que, dessa forma, ocorra um movimento contínuo para o direcionamento do cuidado aos diversos espaços urbanos, em busca da maior liberdade no cuidado às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2009).

Essa proposta embasada somente em uma organização em rede ou um serviço não é capaz de atender a todas as complexidades das demandas de inclusão de usuários que por muito tempo foram estigmatizados. É por meio de uma articulação em rede, não somente de

serviços de saúde, mas de todo os equipamentos da cidade, que se pode garantir um cuidado capaz de promover autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais. Assim, o território é mais que um espaço geográfico, é um cenário de construção continua da vida comunitária (Brasil, 2004).

Assim, o trabalho no território é muito maior do que trabalhar na comunidade, é estar próximo dos componentes, costumes, saberes, potência efetiva da própria comunidade que propõe soluções e demandas. O fazer prático no território se caracteriza pelo resgate dos saberes e potencialidades, construção em conjunto das soluções, das diversas trocas entre pessoas e dos cuidados em saúde mental. É o território o orientador das ações de todos os seus equipamentos (Brasil, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) inicialmente se configurou como o principal dispositivo da luta antimanicomial¹. Tem como função oferecer acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, buscando a inserção e preservação dos laços com a comunidade e seus familiares, promovendo autonomia e chamando o usuário para ser responsável e protagonista do seu tratamento (Brasil, 2011).

Dessa forma, o CAPS é formado por uma equipe interdisciplinar, que oferece cuidados diários, atividades terapêuticas diversas, atenção ambulatorial e acolhimento, para que, assim, o usuário tenha uma maior possibilidade de atividades na qual possa se encaixar, seja nos vínculos entre as pessoas, seja nas atividades que mais se identificar. Esse trabalho é desenvolvido por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), caracterizado por um conjunto de condutas terapêuticas e propostas que direcionam o cuidado a um usuário em suas singularidades e coletividade, resultado da interação dos profissionais de um serviço de saúde (Brasil, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), o PTS deve abordar quatro esferas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Importante salientar que o PTS deve abranger em sua construção aspectos singulares de cada pessoa, o que implica em uma ação conjunta entre profissionais e usuário. Ou seja, o usuário deve ser parte ativa da construção do seu Projeto Terapêutico, para que assim este possa fazer sentido e contemplar as suas metas. Assim, o cuidado nesses serviços busca promover estratégias

¹ Embora o CAPS tenha historicamente lugar central no processo de construção do modo de atenção psicossocial, deve-se considerar que a noção de Rede de Atenção Psicossocial defendida atualmente reforça a centralidade de todos os pontos de atenção para o cuidado em saúde mental, de forma que todos os dispositivos se mostram importantes e podem atuar segundo o paradigma psicossocial.

direcionadas à individualidade de cada usuário, com ênfase na cidade/local/comunidade onde estão inseridos.

As ações no CAPS são realizadas no coletivo e/ou individualmente, com ou sem participação da família, e destinadas às famílias, podendo acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios onde o usuário está inserido. O PTS é de grande importância por enaltecer a história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassando necessariamente o espaço do centro, trazendo à tona os recursos dos territórios e a rede de suporte social (Brasil, 2015).

Por meio da portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, os PTS poderão de acordo com a necessidade do usuário e da família utilizar as seguintes estratégias: acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas grupais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de articulação de redes intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico e apoio a serviço residencial de caráter transitório. Considerando o tamanho da equipe e da população, os CAPS são organizados em diferentes modalidades, que serão apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1: Modalidades de CAPS e suas características

CAPS	Características
CAPS I	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as faixas etárias - Atende pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais e incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas; - Indicado para municípios ou regiões de saúde acima de 15 mil habitantes; - Equipe mínima: 1 médico; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior ², 4 profissionais de nível médio³
CAPS II	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as faixas etárias ; - Atende pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais e incluindo aqueles relacionados ao uso de

² Profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

³ Profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

	<p>substâncias psicoativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicado para municípios ou regiões de saúde acima de 70 mil habitantes; - Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio.
CAPS III	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as faixas etárias - Atende pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais e incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas - Serviço de atenção continua com funcionamento 24 horas - Indicado para municípios ou regiões de saúde acima de 150 mil habitantes - Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior, 8 profissionais de nível médio. - Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio. - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 profissional de nível superior, 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.
CAPSad	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as faixas etárias - Atende pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente o uso de crack, álcool e outras drogas; - Indicado para municípios ou regiões de saúde acima de 70 mil habitantes; - Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio;
CAPSad III	<ul style="list-style-type: none"> - Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente; - No máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento;

	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionando 24 horas; - Indicado para municípios ou regiões de saúde acima de 150 mil habitantes. - Equipe mínima: 60 horas de profissional médico, entre psiquiatra e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo mínimo 1 psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível superior, 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa. - Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 1 profissional de saúde de nível superior, preferencialmente enfermeiro; 2 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa. - No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 1 enfermeiro, 3 técnicos de Enfermagem.
CAPSi	<ul style="list-style-type: none"> - Atende crianças e adolescentes - Que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais e incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas - Indicado para municípios ou regiões de saúde acima de 70 mil habitantes - Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior, 5 profissionais de nível médio.

Fonte: Brasil, 2015.

Assim, a substituição do modelo centrado no hospital tem se consolidado por meio do fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos, como os Hospitais-Dia, Centros de Convivência, etc. A Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - uma rede integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção.

Segundo Lima (2015), os dispositivos de saúde mental que oferecem assistência às pessoas com transtorno mental não podem ser endurecidos e caracterizados por uma rotina em que se reproduzam unicamente técnicas e protocolos de saúde. Ao contrário, devem se

fundamentar em uma perspectiva da criatividade e produzir ações direcionadas para os usuários, e não para suas enfermidades. Ações de acolhimento, de sociabilidade, de desenvolvimento de potencialidades e de produção de vida e singularidade são promovidas, pois essa proposta de modo assistencial vai além do retorno ao convívio social.

Na RAPS, devem ser consideradas as especificidades loco-regionais, com ênfase nos serviços de base comunitária, caracterizados pela capacidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares, e não que estes se adequem ao serviço, atuando na perspectiva territorial, conhecendo dimensões, gerando e transformando lugares e relações, produzindo o desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2011). A Rede de Atenção Psicossocial se configura como uma rede de articulação com sete componentes de saúde do SUS, promovendo atenção integral e acolhimento aos usuários, qualificando a atenção pelo acompanhamento contínuo e atenção às urgências. No quadro 2 serão apresentados esses componentes:

Quadro 2: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	
I – Atenção Básica em Saúde:	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio a Saúde da Família • Consultório na rua • Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
II – Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i
III – Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgência/pronto socorro • Unidades Básicas de Saúde
IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
V – Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
VI – Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
VII – Estratégias de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Psicossocial

Fonte: Próprio autor

1.3 Atenção Psicossocial

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, meses após a promulgação da lei 10.216/2001, definiu como tema principal e eixo temático a “*Reorientação do Modelo Assistencial*”. Buscou, assim, avaliar o contexto atual e repensar estratégias e metas que consolidem o **modo de atenção psicossocial**. O foco portanto, estava em fortalecer a inserção no contexto do SUS, de um modo de atenção em saúde mental substitutivo ao modelo manicomial (Brasil, 2002).

Após essa conferência, o Ministério da Saúde produziu algumas cartilhas que caracterizavam o **modo de atenção psicossocial** de forma a expandir e consolidar sua implantação nos diversos campos de atuação. A cartilha “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (Brasil, 2004), aborda que os CAPS devem atuar numa perspectiva de atenção que ofereça “cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias” (p.12.) Em conformidade com a cartilha de 2004, a “Cartilha de Orientação em Saúde Mental” (Brasil, 2009) reafirma a importância dos CAPS como locais substitutivos aos hospitais psiquiátricos, promovendo ações de base comunitária e universal.

Ocorrida em julho de 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental dispôs de três eixos: I - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais; Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial. Em especial o segundo eixo propôs reafirmar o processo de superação do modelo asilar e a importância de se adotar um modo de atenção considerando o cuidado integral e a ativa participação de todos (usuários, familiares e profissionais), fortalecendo o protagonismo social no intuito de promover autonomia e autodeterminação (Brasil, 2010).

No ano seguinte, a Portaria nº 3.088 viria a formalizar na legislação o segundo eixo da IV Conferência Nacional de Saúde Mental: a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS. Em concordância com a implantação do modo de atenção psicossocial, os “Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental” (Brasil, 2013) destacam a

importância da amplitude da promoção do cuidado, referindo que “o território é o lugar psicossocial do sujeito” (p. 105), ou seja, a atenção psicossocial deve ser realizada nos locais nos quais os sujeitos se encontram. Outro documento oficial, a “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (Brasil, 2014) apresenta que só há saúde se houver saúde mental e a relevância do acolhimento universal e da construção da rede e da intersetorialidade, como base para atendimentos de crianças e adolescentes. Por fim, um dos últimos documentos publicados, a “Cartilha de Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde” (Brasil, 2017), discrimina o significado da RAPS e CAPS e suas finalidades para a promoção de cuidado em saúde.

Ao considerar as transformações do modelo de assistência e as políticas de saúde em funcionamento na saúde mental no Brasil, destacamos o aparecimento de maneira crescente nos documentos oficiais dos termos “modelo de atenção psicossocial” ou “práticas psicossociais”. Vale ressaltar que após 2017, ocorreram mudanças em tais políticas a nível nacional.

No ano de 2019, especificamente no mês de fevereiro, o governo se posiciona oficialmente sobre o que pretende chamar de “nova” política de saúde mental, por meio da nota técnica nº11/2019, que foi disponibilizada na página oficial do Ministério da Saúde na internet. Mesmo com a suspensão posterior dessa nota e o posicionamento do Ministério da Saúde sobre alguns aspectos, não é compreensível até que ponto essas propostas estarão em vigor no cotidiano dos serviços. No entanto, a publicação da nota foi acompanhada de manifestações críticas de várias associações de saúde mental, movimentos sociais, conselhos de classes, entidades, profissionais e população, que compreenderam que a mesma poderia levar à priorização do hospital psiquiátrico na assistência em saúde mental.

Diante desse fato, apresentaremos algumas propostas que configuram essa nota técnica, entendendo que é uma preocupação nossa como pesquisadores e usuários dos serviços de dispositivos da saúde mental e do SUS a efetivação de algumas delas:

- Criação do CAPSad IV, que tem como objetivo funcionamento 24h, atendendo a todas as faixas etárias (crianças, jovens e adultos), podendo ser de dois tipos AD novo ou AD IV reestruturado, atendendo a uma população de município ou região acima de 50 mil habitantes, oferecendo urgência e emergência psiquiátrica;
- Criação de uma unidade de Referência Psiquiátrica em Hospital Geral com o mínimo de 8 a 30 leitos;
- Fundo financeiro para investimentos e financiamento de comunidades terapêuticas e máquinas para a utilização da eletroconvulsoterapia.

Primeiramente, vale ressaltar que essas mudanças não trazem uma “nova” política ou atuação para a Saúde Mental e sim um retrocesso, principalmente ao priorizarem o modelo hospitalar (e as comunidades terapêuticas) como foco no atendimento às pessoas com transtornos mentais, correndo o risco efetivo de se retroceder para práticas asilares (modelo manicomial).

Hoje, não só no Brasil, mas internacionalmente, estudos sugerem que o cuidado às pessoas com transtornos mentais deve ser realizado no âmbito do território, na comunidade, e principalmente no entendimento de que os hospitais psiquiátricos devem cada vez mais ser substituídos por esses serviços. Afinal essa é uma das quatro propostas do Plano Global de Saúde Mental da OMS, além do relatório da Lancet Commission, cujo recomenda diretamente o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Os avanços da Reforma Psiquiátrica não podem ser parados nesse momento, e o retorno da centralidade do cuidado aos hospitais provocará o aumento da violação de cuidados e direitos e uma prática distante da comunidade onde o usuário está inserido. Unidades especializadas devem ser inseridas próximas das pessoas e dos serviços de atenção primária (Almeida, 2019).

O foco do problema dessa nota não está necessariamente nos “novos” dispositivos, mas sim, na forma e no contexto como eles emergem: distante da comunidade, com financiamento às comunidades terapêuticas, muitas delas gerenciadas por entidades religiosas, onde com frequência se reproduz um contexto de escravidão, reclusão, e cerceamento dos direitos humanos, bem como construção ou aumento de ambulatórios especializados e leitos psiquiátricos dentro de hospitais, longe do usuário, do seu território, propostas de funcionamento de uma nova modalidade de CAPS que fere o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e renega toda uma prática de redução de danos às pessoas usuárias de crack, álcool e outras drogas (Almeida, 2019).

Não menos importante, uma das questões que mais chama a atenção, é que a nota em nenhum momento traz referências de evidências científicas sobre todas as propostas que afirma, ou seja, trata com indiferença os avanços que a Reforma Psiquiátrica vêm conquistando ao longo de seus mais de 40 anos de luta no Brasil e no mundo, partindo de um pressuposto que pode haver uma construção de cuidado apenas com o olhar médico-clínico, deixando de lado todo um debate sobre a saúde mental e sobre os estudos dessa área.

Depreende-se, da leitura dos documentos oficiais, que construir o modo de atenção psicossocial, a partir do desenvolvimento de práticas psicossociais, deve ser a meta dos profissionais de saúde mental em seu cotidiano. Mas, para além das diretrizes amplas oferecidas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, *o que caracterizaria um modo*

de atenção psicossocial ou uma atenção psicossocial? Que práticas têm sido desenvolvidas sob o guarda chuva da nomeação “psicossocial”? Tendo estas perguntas como foco, efetuamos uma caracterização e um estudo da literatura apresentado brevemente a seguir.

1.3.1 Atenção e Prática Psicossocial

Seguimos até aqui uma apresentação dos pressupostos e diretrizes que permeiam a atenção psicossocial como uma proposta da Reforma Psiquiátrica em divergência ao modelo asilar e hospitalocêntrico. E relatamos os movimentos resultantes da Reforma Psiquiátrica que reverberaram, em especial no Brasil: psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França), antipsiquiatria e comunidades terapêuticas (Inglaterra), saúde mental comunitária (EUA) e movimento da desinstitucionalização (Itália), além das leis e portarias fundamentais para a evolução e consolidação desses movimentos. Enfatizamos a conceituação de CAPS e apresentamos as suas modalidades de atuação.

Mas diante do exposto até agora, o que podemos chamar de Atenção Psicossocial? Como podemos dizer que uma prática ou um dispositivo de saúde mental atua embasado em pressupostos da Atenção Psicossocial? Não traçaremos um caminho de comparações para uma conceituação da mesma, mas traremos conceitos que enaltecem a prática e propõem um conceito dessa modalidade.

O surgimento do termo *psicossocial* aconteceu no contexto da Segunda Guerra Mundial, acontecimento histórico marcado por diversas atrocidades à vida humana em todas as suas esferas. Após o fim da guerra, muitos soldados sobreviventes retornaram a seus países e casas com várias sequelas do que vivenciaram, incluindo danos físicos e psicológicos. A maioria desses soldados era internada em hospitais que, por muitas vezes, não conseguiam oferecer um cuidado adequado, pela escassez de profissionais, pela grande quantidade de usuários, ou até mesmo a falta de recursos associado a um país em reconstrução. Diante dessa situação, em Londres, especificamente no Hospital Monthfield, os profissionais da saúde utilizaram como solução a utilização do potencial dos próprios usuários, realizando grupos, assembleias, e elaborando propostas com participação de todos, usuários e profissionais. Nesse contexto, surgiu o termo *psicossocial*, divulgado por meio do livro de James L. Halliday, intitulado *Psychosocial Medicine*, do ano de 1948, que propôs relações de mudanças entre as questões sociais e o psiquismo (Amarante, 2007).

No decorrer dos anos, segundo Costa-Rosa (2000), com a consolidação e implantação

dos dispositivos de saúde mental, notou-se uma pequena tendência à valorização de características específicas de cada local, principalmente relacionadas à organização das equipes interprofissionais, enaltecendo a forma como direcionam o seu olhar para a intervenção, para a organização do serviço e a forma de lidar com os usuários. O autor afirma que essas experiências têm se autodefinido como **Atenção Psicossocial**.

No entendimento desse autor, o conjunto de práticas e pressupostos que definem a Atenção Psicossocial e as práticas manicomiais, respectivamente, é nomeado de modo psicossocial e asilar. Usaremos dessa mesma nomeação para apresentar quatro parâmetros fundamentais que caracterizam o modo psicossocial de atuação, segundo o autor: *concepções do objeto e dos meios de trabalho; forma da organização institucional; forma do relacionamento com usuários e população e concepções dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos* (Costa-Rosa, 2000).

O primeiro parâmetro diz respeito às concepções do objeto e dos meios de trabalho que busca dar visibilidade aos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes do olhar para o usuário, valorizando a particularidade de cada caso e promovendo ações diversas como: psicoterapias, grupos, laborterapias, socioterapias, dispositivos que buscam a reintegração sociocultural, considerando a inserção da família e no meio social inserido. Dessa forma, o modo psicossocial não remove os sofrimentos psíquicos, mas auxilia o usuário na sua particularidade a enfrentar essas questões, buscando como ênfase a inclusão social. Assim, o meio de trabalho atua com uma equipe interprofissional unida para promoção e prevenção dos cuidados do usuário a saúde mental (Costa-Rosa, 2000).

O segundo paradigma tem como base a descentralização e horizontalização dos poderes. Propõe duas formas para uma efetiva horizontalização: o poder decisório que deve ocorrer em reunião geral na instituição, buscando resolver pontos de organização geral, atividades-fim até as atividades-meio; e o poder da coordenação, esse responsável pela coordenação das ações e execução das decisões coletivas e individuais. Também exalta a importância da autonomia dos municípios para o gerenciamento de suas instituições de saúde mental, assim, a autogestão, interdisciplinaridade e descentralização são pontos cruciais no paradigma da “forma da organização institucional” (Costa-Rosa, 2000, p. 143).

O terceiro paradigma diz respeito ao relacionamento com os usuários e à população e propõe que as instituições sejam espaços de interlocuções, porque é por meio delas que será possível colocar em foco a subjetividade de cada usuário, podendo também funcionar como ponto de fala e escuta da população. Também propõe uma organização em rede, e seu foco é cruzar diferentes linhas de ação no território, podendo promover uma interação e inclusão

desse usuário na comunidade (Costa-Rosa, 2000).

Por fim, o último paradigma proposto por Costa-Rosa (2000), é uma das questões mais difíceis de lidar no contexto do modo psicossocial, a ética. Nesse modelo, não se deixa de olhar os sintomas advindos dos transtornos mentais, esse só não é o foco desse modo de atuação. O foco se dá no olhar da dimensão subjetiva e sociocultural de cada pessoa, dessa forma, a ética é direcionada para uma singularização que assume uma dualidade sujeito-desejo e carecimento-ideais:

Como fazer para que a singularização tanto do trabalhador quanto do usuário, neste contexto, ultrapassem as barreiras de uma quimera individualista? O modelo psicossocial ao colocar a ética na perspectiva da singularização, da horizontalização e interlocução, da implicação subjetiva e sociocultural, e ao implementar as cooperativas de trabalho, tenta, ao menos, interceptar a questão no seu espaço de ação. (Costa-Rosa, 2000, pp.163- 164).

Para nos aprofundar na literatura escrita do tema proposto, realizamos um estudo da literatura apresentado a seguir.

1.3.2 Atenção e Prática Psicossocial: estudo da literatura

Buscamos fazer um levantamento, particularmente, a partir da produção de estudos empíricos, visando verificar como os temas “atenção psicossocial” e “prática profissional” são abordados na literatura. Ainda em função do importante lugar dos profissionais de saúde no processo de efetivação das propostas dessa política, houve um foco especial na abordagem desse tema sobre as práticas desenvolvidas, desafios e possibilidades a partir da perspectiva da Atenção Psicossocial.

Para a presente revisão de literatura, utilizamos como base de dados somente a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esse portal reúne 14 bases de dados bibliográficas em ciências e saúde, com acesso livre e gratuito, além de possuir bases referenciais como: Catálogo de Revistas Científicas e o DeCS. Assim, entendemos que a pesquisa nesse portal daria conta de nos situar sobre o tema proposto.

Utilizamos duas palavras-chave, “Atenção Psicossocial” e “Prática Profissional”. A escolha das palavras se deu por compreender que a atenção psicossocial consegue abranger trabalhos mais ligados a esse modo de atuação e à Reforma Psiquiátrica e sua proposta, e ao conectar com “prática profissional”, filtrar trabalhos que estivessem ligados à atenção psicossocial na prática dos profissionais de saúde mental.

Dessa forma, foi efetuado um cruzamento das palavras na hora da busca (“atenção psicossocial AND prática profissional”). Portanto, as seguintes perguntas orientaram esta

revisão: *o que caracterizaria um modo de atenção psicossocial ou uma atenção psicossocial? Que práticas têm sido desenvolvidas sob o guarda-chuva da concepção “psicossocial”?*

Adotamos como critérios de inclusão os idiomas de publicação (português, por entender que estamos abordando uma política de saúde mental específica do Brasil, apesar de sua forte influência advinda de outros países como a Itália, entre outros), a modalidade de produção científica (trabalhos empíricos, teóricos e de revisão) e trabalhos que fizessem referências às práticas do profissional na Atenção Psicossocial. Por fim, os artigos que estão compreendidos no período entre 2003 e 2019. A escolha desse período se deu por tentar compreender a literatura logo após a portaria nº336 de 2002 (Brasil, 2002), que regulariza os novos serviços, passando a adotar mais diretamente a expressão “novo modelo assistencial” e modo asilar.

Também com o intuito de viabilizar a busca, análise e discussão, foram utilizados alguns critérios de exclusão como: capítulos de livro, teses, dissertações e trabalhos que não abordavam os temas (como toxicologia, medicina tropical, saúde ambiental, cirurgias), assim como artigos que versassem exclusivamente sobre transtornos, reabilitação e cura de doenças.

O objetivo da revisão foi fazer uma busca e análise dos artigos encontrados os quais abordem sobre o tema do trabalho no contexto da Atenção Psicossocial específico de uma área de atuação profissional e/ou geral. Os trabalhos correspondentes aos critérios de inclusão foram selecionados, tendo porém certo cuidado e flexibilidade para que pudessem fazer parte pesquisas que, embora não abordassem especificamente no seu estudo sobre o objetivo proposto na revisão, conseguiram abordar temas do objeto de estudo dessa revisão.

Inicialmente se pesquisou somente com a palavra “Atenção Psicossocial” obtendo um total de 36.641 resultados. Depois, “Prática Profissional” com um total de 99.055 resultados. Utilizando o cruzamento das palavras “Atenção Psicossocial AND Prática Psicossocial” o total foi de 807 resultados. Aplicando os critérios de exclusão, restaram 27 estudos. Por fim, após a leitura na íntegra destes textos, foram selecionados 9 trabalhos para apresentação:

Quadro 3: Revisão Bibliográfica: autores, objetivos e tipo de estudo.

Autores	Objetivos	Tipo de Estudo
Costa e Paiva (2016)	Compreender as concepções dos profissionais de saúde no Brasil sobre o uso/abuso de drogas.	Revisão de literatura
Gonzaga e Nakamura (2015)	Entender os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos na visão dos profissionais de saúde que atuam nesses serviços	Abordagem qualitativa, priorizando o método etnográfico
Firmino e Jorge (2015)	Compreender o lugar da família nos processos de cuidado e desinstitucionalização, e a	Natureza qualitativa e de cunho crítico hermenêutico

	maneira como os arranjos familiares têm experienciado a proposta reformista e antimanicomial de oferta dos serviços substitutivos como política pública	
Ribeiro (2015)	Conhecer como se deu o processo de inserção desses trabalhadores nos serviços, e como eles se percebem e percebem suas práticas dentro do novo contexto.	Pesquisa qualitativa, na modalidade História Oral Temática
Almeida, Feitosa, Boesmans e Silveira (2014)	Compreender como o cuidado clínico em enfermagem pode ser desenvolvido em uma perspectiva que considere a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito dessa prática.	Trabalho resultado da oficina com 17 enfermeiros que atuam no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza/CE.
Macedo e Dimenstein (2011)	Discutir as propostas curriculares dos cursos de psicologia do estado do Piauí, Brasil, para o campo da saúde mental.	Pesquisa documental e entrevista semiestruturada.
Kantorski, Mielke e Júnior (2008)	Tratar do perfil e atividades desenvolvidas por enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).	Qualitativo do tipo descritivo
Nunes, Torrenté, Ottoni, Neto e Santana (2008)	Analisar o sistema de signos, significados e práticas em saúde mental utilizado por profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) situado em Salvador, Bahia, Brasil, com oito anos de implantação na época da pesquisa.	Etnografia do serviço, complementada por entrevistas e grupos focais.
Antunes e Queiroz (2007)	Focalizar o cotidiano institucional das atividades desenvolvidas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço municipalizado de saúde mental em Andradás, Minas Gerais, Brasil.	Abordagem qualitativa

Fonte: Próprio autor.

Os artigos selecionados possuem diferentes objetivos, refletindo sobre a prática profissional no contexto da atenção psicossocial. Costa e Paiva (2016) estudaram as concepções dos profissionais sobre uso de drogas; Gonzaga e Nakamura (2015), os significados dos encaminhamentos para o CAPS III. Dois trabalhos analisaram as práticas e atividades dos profissionais no CAPS (Nunes *et al.*, 2008; Antunes & Queiroz, 2007) e o trabalho de Almeida *et al.* (2014) tem por objetivo estudar o cuidado em uma perspectiva em que o sujeito é participante do cuidado.

Outra pesquisa avalia o significado e importância da família no processo de cuidado em saúde mental (Firmo & Jorge, 2015). Já Ribeiro (2015) estudou a inserção dos profissionais na saúde mental e as percepções sobre suas práticas. Foram analisados também mais dois estudos, um que visava analisar a aproximação das propostas de saúde mental com

os currículos do curso de psicologia (Macedo & Dimenstein, 2011), e outro que analisava o perfil de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no CAPS (Kantorski et al., 2008).

Somente um trabalho realizou uma revisão de literatura (Costa & Paiva, 2016). Macedo e Dimenstein (2011) analisaram projetos pedagógicos do curso de psicologia. Todos os outros trabalhos são estudos qualitativos. No que diz respeito aos procedimentos de análise, utilizaram grupo focais, etnografia e entrevista semiestruturada. Nos chama a atenção perceber essa escolha de procedimentos, afinal, nosso trabalho também se influencia dessa mesma opção metodológica – estudo qualitativo.

Os autores Costa e Paiva (2016) e Gonzaga e Nakamura (2015) perceberam que os profissionais possuem certas dificuldades no fazer de sua prática, predominância do olhar biomédico e necessidade de formação dos mesmos. Importante esclarecer que o sentido que os autores deram à formação não é sobre a formação em uma área de atuação profissional e sim sobre a preparação para o trabalho no contexto das políticas de Atenção Psicossocial e saúde mental. Essas dificuldades influenciam diretamente na prática do serviço, seja no olhar de julgamento ao usuário de drogas, seja no encaminhamento e desconhecimento do CAPS, que são respectivamente os temas trabalhados pelos autores nos seus trabalhos.

Situação semelhante é citada no trabalho de Macedo e Dimenstein (2011). Os autores evidenciam que os currículos do curso de psicologia avançaram na implantação de debates sobre saúde coletiva e mental, por meio de disciplinas práticas e teóricas, que contribuem para a formação de psicólogos que reconhecem o SUS, assim como as políticas de saúde e saúde mental. Porém, avaliam que os currículos ainda não contribuem para uma formação crítica e proposição de novas práticas e saberes essenciais para a atuação no contexto dos serviços da atenção psicossocial.

Assim, Ribeiro (2015) ressalta a importância de olhar para o profissional e oferecer a ele cuidado e subsídios sobre as demandas, sofrimento e desafios da prática no contexto da saúde mental. Para Antunes e Queiroz (2007), os profissionais teoricamente reconhecem os fatores biopsicossociais do sofrimento, porém ainda perpetuam a hegemonia do saber médico, que submete a equipe à sua lógica dominante. Antunes e Queiroz (2007) e Firmo e Jorge (2015) perceberam que as práticas, em alguns casos, conseguem focalizar a inclusão social, porém, o avanço e a efetivação da reforma são prejudicados pela inexistência de um clima político/cultural favorável à efetivação dessas políticas.

Kantorski *et al.* (2008) e Almeida *et al.* (2014), ao estudarem especificamente a prática do enfermeiro, concluem que no cotidiano dos CAPS o profissional de enfermagem oferece práticas como: acolhimento, atendimento a familiares, grupo de medicação, interação e

vínculo com usuário, intervenções interdisciplinares, entre outros. Os autores evidenciam a autonomia do profissional para o processo criativo de grupos, oficinas, cuidado ao usuário e aos familiares como pertinente ao cotidiano do CAPS e fazem reflexões, não somente sobre a autonomia criativa dessas atividades, como também à ausência delas. O processo criativo depende do profissional, da sua formação, interesse e disponibilidade ao oferecer cuidado no cotidiano do serviço.

Dessa maneira, Nunes *et al.* (2008) observou a predominância de três modos de prática cotidiana do CAPS: *o modelo biomédico humanizado*, caracterizado pela ênfase na psicopatologia, mas que oferece propostas pedagógicas como metodologia no encontro com o diferente, com intuito de uma inclusão social; *o modo psicossocial* com ênfase na instituição, caracterizado por um olhar psicossocial de cuidado, mas muito voltado às práticas oferecidas na instituição, ou seja, pouco orientado pelo fazer no território; e *o modo psicossocial* com ênfase no território que se caracteriza pela forte valorização dos aspectos sociais do adoecimento, evidenciando a importância de um modo territorializado.

Com este levantamento, podemos observar a complexidade que o modo assistencial de atenção psicossocial representa, seja na sua implantação como uma política efetiva no cotidiano dos serviços, seja como formação nas áreas de atuação, da prática dos profissionais no serviço e a superação de uma cultura e política de valorização do médico e de uma clínica biológica.

Assim, este estudo da literatura nos permite tecer algumas considerações. Embora os documentos oficiais do Ministério da Saúde não sejam tão específicos em relação ao que caracteriza uma abordagem ou prática psicossocial, tem sido preocupação de autores de diferentes áreas (entre elas psicologia, enfermagem e saúde coletiva) a ampliação da caracterização/definição do modo de atenção psicossocial para formação e implantação nas bases curriculares dos seus cursos, não só para conhecer a política, mas para oferecer oportunidades de reflexões críticas e promover espaços para a criação de novas práticas e saberes.

Há um importante esforço por parte dos autores da área para caracterizar e apresentar diversos aspectos da Atenção Psicossocial, assim como desafios e significados da atuação nesse contexto e as práticas que parecem ser mais compatíveis com os deslocamentos teóricos, conceituais, políticos e ideológicos sustentadores do processo de reforma psiquiátrica.

Percebemos a pouca referência pelos autores às cartilhas e documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, apesar dos mesmos serem a base da regulamentação e

das propostas sobre as políticas, práticas e leis vigentes sobre saúde mental. Geralmente, esses documentos eram referenciados apenas para contextualizar os serviços de saúde mental dentro das portarias e leis vigentes. Por fim – sendo este o aspecto mais explorado neste projeto – destacamos que a maior parte dos estudos analisados aponta, de diferentes formas, os desafios, as dificuldades e as características de uma atenção psicossocial, mas dão pouca ênfase à compreensão de como estas características são produzidas e se fazem possíveis no cotidiano dos serviços.

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Apesar dos caminhos trilhados pela lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Reforma Psiquiátrica, e pela portaria GM/MS nº 336 de 2002, regularizadoras dos novos serviços de saúde mental, percebemos os desafios e dificuldades em se estabelecer essa política no cotidiano dos serviços. Por meio da literatura, foi possível perceber que poucos estudos buscam compreender a construção das práticas psicossociais no cotidiano e as suas potencialidades para o cuidado em saúde mental. Dessa forma, consideramos relevante a investigação dessa questão por entender que podemos contribuir para a compreensão de como se constrói uma assistência em saúde mental e assim, apresentar propostas de atuação prática mais próxima do modo de Atenção Psicossocial.

Vale ressaltar que em agosto de 2018, o Conselho Federal de Psicologia iniciou por meio do “Sistema Conselhos de Psicologia” uma pesquisa visando coletar dados dos psicólogos que trabalham na RAPS, com o intuito de produzir mais uma referência técnica para o exercício profissional, mostrando a relevância do tema no contexto atual da psicologia e da saúde mental como um todo (Conselho Federal de Psicologia, 2018).

Assim, são objetivos da presente pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender como se dá, no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de práticas psicossociais de cuidado aos usuários do serviço.

Objetivos específicos

Descrever a organização do serviço e as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais no cotidiano;

Descrever fatores que contribuem ou dificultam a construção de práticas psicossociais de cuidado na lógica da Atenção Psicossocial;

3. MÉTODO

3.1 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa que deu origem a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP – USP (Protocolo CAAE nº 79929417.5.0000.5407) (Anexo 1), bem como pela Secretaria de Saúde - Comissão de Pesquisa de Saúde da cidade onde foi realizado (instituição coparticipante).

Antes de seu desenvolvimento, o projeto de pesquisa foi encaminhado também para o gerente do CAPS III visando a sua autorização. Considerando que os pesquisadores estariam inseridos no cotidiano do serviço, após aprovado, o projeto foi apresentado, em reunião de equipe multiprofissional, de maneira que a autorização do gerente para realização do estudo pudesse estar ancorada no aceite dos profissionais. Apenas após a aprovação do CEP, o projeto teve início, respeitando-se todas as exigências éticas (Brasil, 2012).

Conforme previsto na “Resolução 466/12 Sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos” (Brasil, 2012), foi garantido sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, o anonimato e privacidade na divulgação das informações. Além disso, todos os dados obtidos foram utilizados unicamente para fins de estudo e pesquisa. A participação voluntária dos participantes foi garantida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), referente à participação nos grupos focais. A imersão de campo ocorreu apenas após a autorização prévia do gerente do CAPS e realização da reunião com a equipe do serviço para a apresentação da pesquisa e seus objetivos.

Assim, a imersão do pesquisador no campo se deu por um período de 2 meses, de 1º de março a 27 de abril de 2018. Vale ressaltar que a imersão de campo se caracterizou por uma observação do cotidiano do serviço. Nosso foco foi observar e se familiarizar com a rotina e organização das atividades propostas pelos profissionais. Portanto, os pesquisadores não participaram das atividades desenvolvidas no serviço, nem das intervenções dos profissionais junto aos usuários (tais como consultas médicas, grupos terapêuticos, ou atendimentos individuais, entre outros). Acreditamos que, dessa forma, os objetivos seriam contemplados sem interferir nos limites éticos da atuação profissional e da privacidade dos usuários. Ao final do estudo, os pesquisadores apresentarão a devolutiva sobre os resultados encontrados aos profissionais do CAPS III.

3.2 Delineamento Teórico-Metodológico do estudo qualitativo

‘Sabe aqueles dias que você tem vontade de comer determinadas coisas? Eu estava em um desses dias e a minha vontade era comer pão com queijo. Direciono-me à padaria mais próxima da minha residência e ao chegar peço à vendedora um “pão massa fina”, mas ela me diz que não conhece esse pão. Tento explicar: “olha é um pão um pouco menor que o pão de cachorro quente, com a massa fina e macio”. “Não conheço” disse a vendedora. Retorno à minha residência com a mesma vontade de comer com a que saí, mas retorno mais ainda com a dúvida e a estranheza de não existir o “pão massa fina” em Ribeirão Preto. No entanto, conversando com algumas pessoas de Ribeirão Preto, cidade do interior do estado de São Paulo, percebo que existe o pão massa fina, mas que ele é chamado de diversas outras formas no Brasil. Especificamente, o pão massa grossa recebe vários nomes nos diferentes estados e regiões: média, filão, pãozinho, carioquinha, cassetinho, pão jacó e careca. Tudo bem, mas e o Construcionismo Social? Estamos falando dele!’

Para o construcionismo social, a maneira como nos expressamos, dialogamos, é resultado de um contexto histórico, cultural e linguístico. Quando pensamos no relato acima vemos que o termo “pão massa fina” tem um significado para mim, Piauiense de Teresina e não para os Ribeirão Pretanos, duas regiões distantes e distintas do Brasil. Assim, “o discurso construcionista valoriza a função performática da linguagem como produtora de descrições indenitárias e de modos de ação sobre determinadas situações.” (Corradi-Webster, 2014, p.77). Segundo esse discurso, as palavras não carregam um significado em si, mas o significado é entendido como resultante de uma ação coordenada. A forma como o pão massa fina é nomeado em Teresina não é a mesma em Ribeirão, nesse sentido se o outro não der legitimidade às palavras, elas não têm sentido, é necessário o outro para dar sentido às palavras (Gergen, 2010).

Portanto, o sentido é compreendido como uma construção social, só podendo ser entendida no contexto dos relacionamentos em que se produziu (Souza, 2014). Segundo McNamee (2014), para os construcionistas, “a linguagem é vista como construindo a realidade. O que fazemos juntos produz os nossos mundos sociais” (p. 105).

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, baseado nas contribuições do movimento construcionista social em ciência. Segundo Gergen (2009), a pesquisa construcionista social preocupa-se em “compreender os processos a partir dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo em que vivem, incluindo a si mesmas” (p.301).

Isso direciona portanto, a atenção do pesquisador às práticas discursivas e a seus contextos de produção. Favorece assim a compreensão dos processos como as pessoas

produzem determinados sentidos sobre seus arredores, bem como da forma como configuram determinadas possibilidades de prática (Spink & Gimenes, 1994; Guanaes-Lorenzi, 2014). Outro aspecto marcante desta perspectiva refere-se à ênfase dada à participação ativa do pesquisador na produção dos dados, em um contínuo processo de interação com o contexto, com os participantes e o material (Spink 2010).

Nessa perspectiva, o sentido é uma construção social. Resulta assim, de um processo dialógico, situado em contextos sociais, históricos e culturais. Segundo Spink (2010), a análise de produção de sentidos pode se dar por meio de uma perspectiva temporal, envolvendo um esquema temporal tríplice: tempo longo, tempo vivido e tempo curto.

(...) o *Tempo Longo* é o domínio da construção dos conteúdos culturais que foram parte dos discursos de uma dada época. Permite que nos familiarizemos com os conhecimentos produzidos e reinterpretados por diferentes domínios do saber: religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum, entre eles. O *Tempo Vivido* é o tempo de resignificação destes conteúdos históricos a partir dos processos de socialização. É o tempo de vida de cada um de nós; tempo da memória na qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identidades. O *Tempo Curto* é o tempo da interanimação dialógica e da dinâmica da produção de sentidos. É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido (Spink, 2010, p.34).

Nesse sentido, o pesquisador deve estar atento às relações do cotidiano, aos discursos sociais e às relações construídas no processo de pesquisa, não como um estudioso neutro, distante, mas como parte daquele local e em interação direta com os participantes da pesquisa, produzindo e construindo juntos. Segundo Gergen (2010), “ao conversar, ouça novas vozes, levante questões, avalie metáforas alternativas e brinque nas fronteiras da razão, porque assim, atravessaremos o limiar dos novos mundos de significado. O futuro é nosso para que o criemos... juntos” (p. 22).

Com base nessas características do movimento Construcionista Social buscou-se dar visibilidade aos pressupostos e suportes teóricos desse movimento para a compreensão dos sentidos produzidos relacionamente, pelos pesquisadores com os profissionais de saúde mental sobre a Atenção Psicossocial e as práticas desenvolvidas no cotidiano do serviço. Segundo Martins (apud Rasera, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016), os estudos que têm como foco o cotidiano, seja em contextos de saúde, escolar, organizacional, oferecem possibilidades para a reorganização do serviço, revisão de práticas e melhoria das práticas oferecidas, favorecendo também uma mudança para os pesquisados. Ou seja, a própria pesquisa cria condições de diálogo, proporcionando a revisão das práticas, sendo assim uma oportunidade de construção de futuros preferíveis.

3.3 Contexto do estudo

O contexto de desenvolvimento desta pesquisa ocorreu em um CAPS, uma vez que este é entendido como principal dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica. Tal como preconizado, os CAPS oferecem cuidados clínicos, multiprofissionais e de reabilitação psicossocial, promovendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Para o presente estudo, escolhemos o CAPS III, localizado numa cidade do interior do estado de São Paulo. Nesta cidade a RAPS é formada por sete CAPS e um Ambulatório de Saúde Mental. Para os transtornos mentais em maiores de 18 anos, existem três CAPS II, um CAPS III e um Ambulatório de Saúde Mental distribuídos em distritos norte, sul, leste, oeste e central. Os demais são os CAPS Ad (para maiores de 18 anos com problemas relacionados ao uso de substâncias), o CAPS iAd (para menores de 18 anos com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas) e o CAPS ij (para menores de 18 anos com transtornos mentais). Considerando a RAPS apresentada, verificamos que a cidade apresenta diversas modalidades de CAPS como dispositivos de saúde mental.

A escolha específica pelo CAPS III se deu por dois motivos. O primeiro, teórico e técnico, refere-se às particularidades de constituição deste serviço, como apresentado no Quadro 1. Trata-se de um serviço de atenção contínua, aberto 24 horas, que atende diferentes públicos, e justamente por esta configuração, abrange diferentes práticas profissionais. O segundo refere-se à pesquisa como prática social, e envolveu a facilidade de acesso dos pesquisadores junto a seu ex-gerente, que expressara informal e previamente, sua autorização para a realização da pesquisa. Além disso, havia uma história de parceria de outros membros do grupo de pesquisa com profissionais de saúde atuantes nessa unidade.

No município da pesquisa, este CAPS é o único atuante na modalidade III, sendo referência para atendimento em Saúde Mental do Distrito Sanitário Oeste. Atende uma população estimada de 200.000 habitantes e oferece os serviços de acolhimento, atendimento ambulatorial e em regime de semi-internação, acolhimento noturno, matriciamento, atendimento multiprofissional em grupos e oficinas e plantão psicológico.

O serviço de acolhimento consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários, por demanda espontânea ou referenciada por outros serviços de saúde, sendo o serviço de acolhimento noturno exclusivo dessa modalidade por funcionar 24 horas. O atendimento em regime de semi-internação acontece em cinco leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, podendo ocorrer por sete dias contínuos ou dez dias descontínuos.

O matriciamento se caracteriza pela supervisão e capacitação das equipes da atenção básica, dos serviços e programas de saúde mental do Distrito Oeste. Os grupos e oficinas multiprofissionais visam promover inclusão social e reabilitação dos usuários com transtornos de saúde mental tanto nos regimes intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. No CAPS III da pesquisa ocorriam: grupo da esperança, oficina de patchwork, oficina de bijuterias, grupo de família, oficina de tapetes, grupo comunitário/expressão, grupo de estimulação cognitiva, grupo Ouvidores de Vozes, grupo viver melhor, atividade física e dança circular. Por fim, entre os serviços oferecidos, também encontramos o plantão psicológico, trata-se do atendimento de psicologia do tipo emergencial, aberto à comunidade com objetivo de proporcionar uma escuta e um acolhimento à pessoa no momento de crise.

Para a efetiva realização de todos os serviços, o CAPS III possui três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite, sendo os da manhã e da tarde de 6h cada e o turno noturno de 12h. A cada turno de trabalho corresponde uma equipe, totalizando, portanto, três. A noturna também atua nos finais de semana e feriados em plantões de 12h. Pelas equipes da manhã e da tarde, são oferecidos todos os serviços ofertados pelo CAPS, ficando a noturna responsável apenas pelo acolhimento noturno e pelo regime de semi-internação, visto ser essa equipe composta apenas por profissionais da enfermagem.

A equipe completa do CAPS III é composta por 45 profissionais, sendo: 21 auxiliares de enfermagem, 7 enfermeiros, 5 psiquiatras, 3 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 2 agentes administrativos e 1 gerente. Todos foram convidados a participar da pesquisa, entendendo que o cuidado oferecido aos usuários é de responsabilidade de todos que atuam no serviço.

Participaram da pesquisa 20 dos 45 profissionais, sendo onze auxiliares de enfermagem, três enfermeiros, três psicólogos, um terapeuta ocupacional – que estava atuando como gerente, um assistente social e um agente administrativo. Dessa forma, somente o grupo profissional médico não participou da pesquisa. Os participantes são descritos nessa pesquisa apenas a partir de suas profissões, entendendo que o recorte deste posicionamento parece suficiente para o objetivo proposto e para os cuidados éticos de preservação do anonimato.

3.4 Procedimentos de produção de dados

Demos início aos procedimentos de produção de dados primeiramente em conversa com o gerente do CAPS em exercício no período. Conversamos sobre a viabilidade e

possibilidade do projeto ocorrer no serviço, e ele nos orientou que deveríamos ir à prefeitura da cidade e entregar uma versão do projeto para avaliação, o qual seria posteriormente encaminhado ao CAPS para sua autorização. Após todo esse processo, a pesquisa foi autorizada. Então, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa no dia 16 de Fevereiro de 2018, demos início a constituição do *corpus* por meio de duas etapas: a) imersão dos pesquisadores no contexto, por meio de observação participante, registradas em notas de campo; e b) realização de grupos focais com os profissionais para investigação de aspectos levantados na observação. A primeira etapa foi subsidiária à segunda, que se constituiu o principal material para análise.

3.4.1 Imersão dos Pesquisadores no Contexto

Logo em seguida a aprovação do projeto, entramos em contato com o gerente do CAPS e conversamos sobre a apresentação para os profissionais. Ao fim da conversa, acordamos que os pesquisadores poderiam aproveitar a reunião de equipe para apresentar o projeto aos profissionais do turno da manhã e da tarde. Dessa forma, no dia 28 de Fevereiro de 2018, os pesquisadores participaram da reunião de equipe dos turnos da manhã e tarde.

Nessa ocasião, foram entregues duas folhas contendo uma breve apresentação do projeto (Apêndice 1), com as informações seguintes: introdução, objetivos, metodologia, constituição do corpus, imersão dos pesquisadores no contexto, grupos focais e um cronograma com o objetivo da pesquisa, datas, horários e turnos da observação dos pesquisadores no CAPS. Para os profissionais que não puderam participar da reunião, os pesquisadores explicaram individualmente a apresentação do projeto e o cronograma, estratégia utilizada com os profissionais do turno da noite por não haver reuniões de equipe.

A observação dos participantes efetuada no CAPS foi realizada por um período de 2 meses com duração de 8 horas semanais, divididas em 2 turnos de 4 horas, variando os turnos em manhã, tarde ou noite, em dias diferentes da semana, para que os pesquisadores pudessem conhecer e se familiarizar com o cotidiano do serviço e as particularidades de cada equipe de trabalho. A observação iniciou no dia 1 de Março e encerrou no dia 27 de Abril de 2018. Consideramos essa imersão necessária, pois por meio dela, os pesquisadores puderam conhecer o serviço e conseguiram elaborar um roteiro de entrevista levando em conta as especificidades desse CAPS. Destacamos que neste momento, os pesquisadores não

observaram as intervenções dos profissionais junto aos usuários (tais como consultas médicas, grupos terapêuticos, ou atendimentos individuais, entre outros).

Para registro dessa imersão, utilizamos prioritariamente notas de campo que, segundo Bogdan e Biklen (1994), constituem-se em um registro sistemático e elaborado das observações, experiências e reflexões do pesquisador. Vários elementos podem compor estas notas, dentre os quais destacamos: relatos sobre aspectos materiais e organizacionais do serviço (espaço físico, horários, atribuições), conversas informais com profissionais, e em especial, a rotina de funcionamento do serviço – práticas comuns, rotinas, atividades de cada profissional, oficinas, etc.

Além de funcionar como apoio para o registro de aspectos gerais do contexto e do cotidiano do serviço, as notas de campo foram também utilizadas como apoio na construção de um roteiro semiestruturado de entrevista, a ser conduzida na modalidade de grupo focal, na segunda etapa da pesquisa.

3.4.2 Grupos Focais e Participantes

Após a etapa de imersão no campo e análise prévia das notas de campo, conduzimos entrevistas em grupo focal, que se constituiu a fonte prioritária de informação dessa pesquisa. Compreendemos, embasados em Spink e Gimenes (1994), que a entrevista pode ser caracterizada como uma prática discursiva, isto é, um momento ativo de uso da linguagem por meio do qual as pessoas constroem realidades psicológicas e sociais. Complementarmente, entendemos, com base em Kind (2004), que o grupo focal é uma técnica de produção de dados, permitindo ao pesquisador “a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar interações características do processo grupal, assim, objetiva-se obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de um tema determinado” (p. 126).

Ademais, concordamos com Brigagão, Nascimento, Tavanti, Piani e Figueiredo (2014), ao afirmarem que “os grupos possibilitam um clima de conversação descontraída entre os/as participantes e facilitam a expressão de ideias e de afetos” (p.74), além de se constituírem como “um contexto interativo que possibilita a circulação de repertórios oriundos dos três tempos definidos por Mary Jane Spink” (p.74) – e já citados neste trabalho anteriormente. Desse modo, o trabalho com grupos favorece a investigação da dialogia, dando visibilidade para como vozes e discursos e articulam na interação entre os/as participantes, no próprio momento interativo, o que inclui os pesquisadores.

Para a realização dos grupos focais, nos reunimos com a nova gerente do serviço. Juntos, pensamos no melhor momento para a efetivação grupal. Entendemos que seria eficaz utilizar a mesma estratégia que deu início a imersão de campo dos pesquisadores, assim, confeccionamos um convite (Apêndice 2) com informações de data e horário, entregamos aos profissionais e fixamos ao lado do relógio de ponto dentro da enfermaria e da cozinha do CAPS, para visualização de todos. Realizaram-se os grupos focais com os profissionais dos turnos da manhã e da tarde, no horário das reuniões de cada equipe respectivamente. Esses dois grupos ocorreram no mesmo dia nos seus respectivos turnos.

Cabe uma explicação nesse ponto do que se trata uma reunião de equipe. É o momento em que a equipe multiprofissional atuante num determinado turno elabora projetos terapêuticos singulares dos usuários, resolve demandas externas, como visitas domiciliares, etc. Diferentemente da reunião de equipe geral que ocorre anualmente, envolve as três de trabalho dos diferentes turnos e tem por função decidir e articular todos os serviços oferecidos em todos os turnos, além dos horários que cada profissional dedicará ao CAPS.

A gerente informou aos pesquisadores sobre uma reunião com todos os enfermeiros que trabalham no turno noturno e que poderia ser um momento de realização do grupo focal com essa equipe. Porém, nesse dia, houve problemas de saúde com uma das usuárias que estava em regime de semi-internação e o grupo não pode acontecer.

Nesse momento, verificamos a especificidade da equipe de trabalho noturno, que em regime de plantão de 12h, conta apenas com profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), se assemelhando ao trabalho hospitalar. Os pesquisadores tentaram negociar outro momento com todas as equipes de trabalhos noturnos presentes, mas por ser o em regime de plantão e a cada dia atuar uma equipe diferente, os pesquisadores resolveram, por sugestão dos profissionais, se reunirem no final de semana, especificamente no sábado, pois o número de usuários a atender seria menor e poderia haver a possibilidade de mais deles participarem do grupo.

Entendendo que o sentido é uma construção social, assim uma realização que se fundamenta coletivamente, perpassando pelas interações históricas e culturais, é possível notar que, por meio dessas interações, surgem possibilidades de lidar com momentos e acontecimentos do mundo social (Spink, 2010). A intenção com a realização dos grupos foi a de produzir sentidos *com* os participantes sobre as ações que desenvolvem em seu cotidiano e a sua articulação com políticas públicas de saúde mental, especificamente no que se refere à atenção psicossocial.

A imersão de campo foi de extrema importância como subsídio na formulação do roteiro semiestruturado. Nesse período os pesquisadores tiveram contato com o cronograma de atividades elaborado em reunião de equipe geral, que resumia todas as atividades cotidianas no CAPS, como: grupos, acolhimentos, plantões psicológicos, oficina, entre outros. Portanto, utilizamos o quadro reproduzido abaixo, como ponto de partida inicial para o diálogo no grupos focais, dando ênfase às práticas cotidianas do próprio local.

Quadro 4: Cronograma de atividades no CAPS

Cronograma Semanal de Atividades				
Segunda-feira	Terça – feira	Quarta – feira	Quinta – feira	Sexta - feira
Turno: Manhã				
Acolhimento (Enfermagem)	Ligação para usuário do acolhimento (Assistente Social)	Plantão Psicológico (Psicóloga)	Acolhimento (Psicóloga)	Ligação para usuário do acolhimento noturno (Assistente Social)
Ligação para usuário do acolhimento noturno (Assistente Social)	Reunião de Equipe	Acolhimento (Enfermagem)	Ligação para usuário do acolhimento noturno (Assistente Social)	Acolhimento (Assistente Social)
Visita domiciliar (Assistente Social)		Ligação para usuário do acolhimento noturno (Assistente Social)		
Grupo da esperança (Psicóloga e Assistente Social)		Acolhimento (Assistente Social)	Atendimento, acolhimento noturno/ usuários e familiares (Assistente Social)	Grupo viver melhor (Psicóloga e Assistente Social)
Atendimento serviço social (Assistente Social)		Assembleia (Agente administrativo e Assistente social)	Ouvidores de Vozes (Psicólogo)	Atividade Física (Auxiliar de enfermagem)
		Atividade Física (Auxiliar de enfermagem)		Visita Domiciliar (Enfermeiro e Assistente Social)
Turno: Tarde				
Oficina de Patchwork	Acolhimento (Assistente Social)	Grupo comunitário/Expressão	Acolhimento (Assistente Social)	

(Assistente Social)	Social)	(Psicóloga e Auxiliar de Enfermagem)	Social)	
Acolhimento (Psicóloga)	Supervisão Terapia Ocupacional	Acolhimento (Terapeuta Ocupacional)	Passeio Externo (Terapeuta Ocupacional e Assistente Social)	Acolhimento (Terapeuta Ocupacional)
Acolhimento (Enfermagem)	Reunião de Equipe	Acolhimento (Psicóloga)	Acolhimento (Psicóloga)	Acolhimento (Enfermagem)
Oficina de Bijuterias (Terapeuta Ocupacional e Psicóloga)		Grupo de estimulação Cognitiva (Terapeuta Ocupacional)	Acolhimento Egressos (Enfermeiro)	Dança Circular (Terapeuta Ocupacional)
	Grupo de Família (Terapeuta Ocupacional)	Plantão Psicológico (psicóloga)	Plantão Psicológico (psicóloga)	
Turno: Noite				
Acolhimento (Enfermeiro)	Acolhimento (Enfermeiro)	Acolhimento (Enfermeiro)	Acolhimento (Enfermeiro)	Acolhimento (Enfermeiro)

Fonte: CAPS III do município

Tais grupos foram conduzidos de acordo com um roteiro semiestruturado (Apêndice 3), subdividido em 3 temas principais e 11 questões referentes a: Cotidiano; Compreensão de Atenção Psicossocial e Práticas e Desafios do Cotidiano de um Serviço com Várias Facetas. Logo no início de cada grupo foi apresentado e assinado o TCLE (Apêndice 4). Os grupos foram gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra, a partir do consentimento dos profissionais participantes da pesquisa.

O dia da reunião de equipe é peculiar no serviço, pois nele só funciona o acolhimento. Todas as outras atividades não ocorrem para dar disponibilidade para a participação de todos na reunião. Como nesse dia os profissionais se concentram em participar da reunião de equipe, o grupo focal da manhã teve o maior número de participantes e a maior diversidade de formações profissionais, pois também nesse turno, ocorre a maior parte dos serviços oferecidos pelo CAPS, visto que os profissionais têm uma organização própria dos seus horários de trabalho. Participaram desse grupo três psicólogas, uma assistente social, uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem, uma agente administrativa e uma terapeuta ocupacional.

O grupo focal manhã teve uma hora e quinze minutos de duração. Foi interrompido algumas vezes devido à necessidade de alguns profissionais – certamente um aspecto

metodológico que trouxe dificuldades para o alcance dos objetivos da pesquisa. Além disso, em um determinado momento ocorreram várias discordâncias sobre o que era respondido entre os participantes, ocasionando atritos, aspecto ilustrando a presença de diferentes entendimentos da equipe acerca da organização das atividades.

Nesse grupo vieram à tona várias reflexões sobre o planejamento das atividades e reuniões. Os profissionais discutiram a necessidade de maior cuidado ao pensar horários e datas para que todos pudessem participar das reuniões e pensar juntos no funcionamento do CAPS e nas decisões sobre o mesmo, seja no que diz respeito às funções e as distribuições de atividades. No diálogo grupal, os profissionais discutiram sobre as diferenças entre o nível técnico e o especializado – não relacionado ao nível de conhecimento, mas sim a desvalorização sobre opiniões e ideias oferecidas pelos profissionais de nível técnico.

O grupo da tarde teve a participação somente de profissionais de enfermagem, com apenas um enfermeiro e quatro auxiliares de enfermagem, durando cerca de uma hora. Isso ocorreu, pois como dito anteriormente, a reunião de equipe com todos os profissionais ocorrera no turno da manhã, então somente os responsáveis pelos usuários em acolhimento permaneceram trabalhando na tarde. O desenvolvimento desse grupo se deu de maneira menos ativa e participativa em relação ao da manhã, porém na conversa, os profissionais refletiram muito sobre a importância do interesse pessoal e a formação para o desenvolvimento de atividades no CAPS.

Assim como o grupo focal da tarde, o da noite teve participação apenas de profissionais da enfermagem, sendo uma enfermeira e três auxiliares. Também teve duração média de uma hora, abordando principalmente a falha de comunicação entre a equipe da noite e as outras, dificuldade no repasse de informações, predominância de enfermeiros e auxiliares e inexistência de atividades voltadas aos acolhidos.

O processo de realização desse grupo e os diversos assuntos que emergiram do diálogo, reverberaram em nós ao perceber a diversidade de sentidos produzidos, sentidos em comuns e específicos de cada grupo no seu contexto de trabalho. Vale ressaltar que nenhum profissional da medicina participou da pesquisa, o que entendemos como uma informação relevante sobre o processo de trabalho nas equipes. Resumidamente participaram dos grupos:

Quadro 5: Participantes dos grupos focais

Grupo focal manhã	Grupo focal tarde	Grupo focal noite
Três psicólogas	Um enfermeiro	Uma enfermeira
Uma assistente social	Quatro auxiliares de enfermagem	Três auxiliares de enfermagem
Uma enfermeira		

Uma agente administrativa
Uma terapeuta ocupacional
Quatro auxiliares de enfermagem

Fonte: Próprio autor

3.5 Procedimento de Análise

As transcrições dos grupos focais foram analisadas com base na proposta de análise temática de Braun e Clarke (2006), entendendo que essa proposta oferece mais acessibilidade e flexibilidade para análise de informações qualitativas. Tal análise se caracteriza por:

Um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados. Ela minimamente organiza e descreve o conjunto de dados em (ricos) detalhes. No entanto, ela muitas vezes também vai mais longe do que isso, e interpreta vários aspectos do tema de pesquisa (Braun & Clarke, 2006, p.5).

Os temas são produzidos criteriosamente ao dar luz aos aspectos relevantes de uma pesquisa, ao dar visibilidade a conteúdos que respondam a pergunta proposta pelo estudo e seus objetivos. Assim, o tema não é uma medida quantificável. Ele pode estar presente em uma parte do grupo, em todo ou em alguns aspectos do grupo, e traduz uma relação entre produção de sentidos, objeto e pergunta proposta em pesquisa (Braun & Clarke, 2006).

Seguindo a lógica da análise temática de Braun e Clarke (2006), as autoras formularam 6 passos que servem de guia para a construção da análise temática. O quadro abaixo, extraído da obra das autoras, apresenta cada um desses passos com uma breve descrição do processo:

Quadro 6: Fases da análise temática proposta nos estudos de Braun e Clarke (2006).

Estágio	Descrição do Processo
1. Familiarizando-se com seus dados:	Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
2. Gerando códigos iniciais:	Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.
3. Buscando por temas:	Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.

4. Revisando temas:	Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.
5. Definindo e nomeando temas:	Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.
6. Produzindo relatório:	A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: Extraído de Braun & Clarke (2006, p.14).

Seguimos todos esses passos para a construção dos temas da presente pesquisa, porém é importante ressaltar que o processo de análise temática foi realizado com embasamento também no construcionismo social, dando ênfase na produção de sentidos. Portanto, ao analisarmos com esse enfoque, procuramos dar sentido à construção social, em um movimento coletivo de interação, por meio do qual as pessoas nomeiam, descrevem e compreendem os acontecimentos a sua volta (Spink & Medrado, 2000).

Assim, em nosso estudo, buscamos adotar o método da análise temática articulado a uma proposta construcionista, entendendo que os temas são produções dos pesquisadores, e portanto, não refletem uma realidade ou um conteúdo pré-existente, que os fragmentos são recortados de contextos mais amplos de negociação⁴, fundamentais para compreensão do sentido atribuído a estes, e a dinâmica temporal de análise das práticas discursivas se faz presente como marco teórico importante para compreensão dos sentidos. Para Braun e Clarke (2006), “a análise temática realizada num enfoque construcionista não pode e não pretende se concentrar em motivação ou psicologias individuais, mas em vez disso procura teorizar os

⁴ Antecipamos, no entanto, como um limite de nossa escolha metodológica, que a dialogia presente no processo de negociação de sentidos no contexto grupal nem sempre se faz visível pelo método escolhido – o que, antecipamos, aqui, como um limite do método de análise escolhido, ainda que em alguns momentos tenhamos mantido a sequência de falas.

contextos socioculturais, e as condições estruturais, que permitem que as ideias individuais sejam consideradas” (p. 12).

Portanto, ao darmos ênfase aos processos de linguagem e a produção de sentidos, estamos realizando entendimentos e interpretações sobre o mundo e a realidade. Entendemos que a realidade não é objetiva, mas quando juntos realizamos entendimentos e interpretações sobre ela, estamos juntos construindo novas maneiras de construí-las (Rasera & Japur, 2005). A todo instante, estamos construindo e reconstruindo realidades por meio do uso da linguagem; estamos dessa forma, unidos aos sistemas de significação de cada contexto.

Ademais, cabe ressaltar que como pesquisadores a nossa relação com os participantes dos grupos focais era dinâmica, o que proporcionou uma via para a produção de perguntas que indicaram caminhos no diálogo, possibilitando quebras necessárias à ressignificação e ao descobrimento do mundo do entrevistado e entrevistador (Spink & Medrado, 2000).

Após as transcrições integrais dos três grupos focais, inicialmente realizamos leituras e releituras dos grupos, com o intuito de produzir sentidos sobre o diálogo desenvolvido, além de um movimento constante de retorno aos objetivos gerais e específicos, buscando aprimorar o olhar dos pesquisadores para concordância com os objetivos propostos. Em seguida, fizemos a enumeração de todas as linhas das transcrições no Word, para facilitar a utilização das informações na análise. A partir disso, fomos assinalando diversos sentidos produzidos nos grupos focais.

Esse momento de análise inicial permitiu uma primeira nomeação dos principais temas/assuntos discutidos no grupo. Após esse momento, os pesquisadores fizeram uma releitura dos temas construídos e novamente retornaram aos objetivos, agora buscando dar visibilidade aos sentidos produzidos com os profissionais sobre sua prática cotidiana em relação à política de Atenção Psicossocial. Logo em seguida, os pesquisadores fizeram nova análise, unindo os temas que estiveram presentes em todos os grupos que respondessem aos objetivos propostos. Assim, surgiram cinco grandes temas referentes à produção de sentidos sobre a Atenção Psicossocial. São eles: CAPS, sentidos de APS, profissional, práticas e trabalho em equipe. Por fim, os pesquisadores farão uma análise sobre cada grande tema e seus respectivos subtemas.

Para fazer menção a algum trecho das transcrições dos grupos, enumeramos as linhas das transcrições dos três grupos em sequência, iniciando da linha 1 e terminando na linha 1528. E seguindo a lógica do anonimato, nomeamos os participantes e os nomes que surgiram no diálogo pela sigla P1 a P21. Assim, ao descrever algum trecho ficará assim: P1: fala do

profissional (trecho da linha 1 – 10, do grupo focal da manhã). Especificamos também o grupo para respeitar os aspectos e contextos grupais.

4. RESULTADOS

Os resultados apresentados nesse trabalho são fruto do processo de produção de dados iniciado no dia 1º de março e encerrado no dia 27 de abril de 2018. Nesse período, os pesquisadores observaram as atividades do CAPS, e ao final, realizaram três grupos focais, dos quais participaram 20 profissionais ao todo.

Seguindo os passos descritos anteriormente, em termos gerais, esse trabalho objetiva descrever as práticas realizadas no cotidiano, além dos limites e potencialidades de um CAPS. Dessa forma, dividiremos a análise em dois momentos: o primeiro será a descrição da organização do serviço e as ações desenvolvidas pelos profissionais, realizada a partir das notas de campo; e o segundo momento buscará dar visibilidade aos sentidos produzidos com os profissionais nos grupos focais.

4.1 O CAPS III

Inicialmente é importante retomarmos o percurso ético para coleta de dados dessa pesquisa. Não visamos apontar aspectos históricos do CAPS III e não iremos descrever as intervenções dos profissionais junto aos usuários (tais como consultas médicas, grupos terapêuticos ou atendimentos individuais, entre outros). Buscaremos dar clareza apenas à organização específica desse serviço: como se organizam as atividades propostas pelos profissionais de saúde e o que fazem por meio do olhar e observações dos pesquisadores. A descrição e apresentação desses resultados são referentes, em especial, ao período de dois meses de imersão de campo realizado. Trata-se, portanto, de uma descrição situada e limitada pelo recorte temporal e contextual em que foi produzida⁵.

4.1.1 O cotidiano, os profissionais e o serviço do CAPS

Iniciaremos a apresentação do CAPS na mesma ordem que seguimos na imersão de

⁵ Certamente, este é um limite importante desta pesquisa, uma vez que a compreensão histórica é fundamental em um aporte construcionista social, que entende que a compreensão das práticas sociais depende de como estas foram inscritas no tempo, ao longo da história. Por outro lado, o retrato situado que se produz aqui nesta descrição traz elementos do tempo longo, da história que se inscreve nos discursos e materialidades, e permite reflexões sobre o quanto a história contribui com as tensões vivenciadas pelos profissionais no cotidiano na busca por implementação do modo de atenção psicossocial.

campo. Então, daremos início ao cotidiano desse serviço pela recepção, local para nós estratégico, pois é onde se dá a entrada e organização dos usuários no serviço, bem como a organização das pastas, agendamento, acolhimento e ambulatório.

As atividades da recepção são realizadas por dois profissionais, um agente administrativo e um auxiliar de enfermagem. O agente administrativo é responsável, em especial, pela organização das pastas dos usuários e organização da agenda dos médicos, além dos serviços administrativos referentes à recepção como organização dos acolhimentos, preenchimento da ordem de chegada dos usuários para o plantão psicológico entre outros. O auxiliar de enfermagem é responsável pelo primeiro contato com o usuário, o qual avalia cada situação e faz seu devido encaminhamento.

O agente administrativo trabalha exclusivamente na recepção, enquanto os auxiliares de enfermagem revezam entre si os turnos de trabalho, variando por profissional, o dia e o turno. Importante ressaltar que nos fins de semana e no período noturno não há agentes administrativos e a recepção é coordenada somente por um auxiliar de enfermagem. Além dessas atividades, ocorrem demandas trazidas pelos próprios usuários do CAPS que buscam por atestados, trocas de remédios, laudos, mudanças de dosagem, etc.

Em momento anterior à imersão de campo, o CAPS III, avaliando a dificuldade na vinda de técnicos laboratoriais para a coleta de sangue dos usuários, se organizou pelo voluntariado de dois auxiliares de enfermagem que se responsabilizaram para essa função. Isso permitiu agilidade no processo de análise dessas amostras de sangue e na tomada de decisões referentes a cada usuário como, por exemplo, a continuação, interrupção e/ou inclusão de remédios. Essa atividade se concentra na recepção em um dia específico da semana, e nesse dia, a demanda na recepção é muito maior, principalmente porque as outras atividades acontecem normalmente.

Chego ao serviço bem cedo e me deparo com uma média de 40 pessoas na recepção. Aos poucos e dentro das condições, os auxiliares de enfermagem e o auxiliar administrativo vão me explicando a situação. Bem cedo, a recepção e o serviço se organizam em várias atividades: coleta de sangue, plantão psicológico, dois psiquiatras atendendo ao mesmo tempo e orientação para recebimento de remédios na farmácia. (Nota de campo dos pesquisadores em imersão no dia 28/03 no período da manhã).

Para nós, foi importante perceber que o CAPS acrescenta atribuições para si de acordo com a sua necessidade, organizando, a partir disso, o trabalho da equipe. Os profissionais se voluntariaram dentro de suas possibilidades e efetivaram a construção de novas práticas no

cotidiano do serviço⁶.

Apresentaremos a seguir o Quadro 7, com as atividades que estão diretamente ligadas a recepção, além dos profissionais responsáveis por cada momento.

Quadro 7: Atividades diretamente ligadas a recepção

Atividades	Profissionais
Acolhimento	Assistente Social; Enfermeiro; Terapeuta Ocupacional; Psicólogas.
Plantão psicológico	Psicólogas
Coleta de sangue	Auxiliares de Enfermagem
Agenda, consultas e retornos	Agente Administrativo e Psiquiatras

Fonte: Próprio autor

Dando continuidade aos aspectos da organização do serviço, o CAPS oferece o *semiacolhimento*, maneira como os profissionais desse CAPS III denominam o conjunto de práticas realizadas para os usuários que estão no CAPS nos turnos da manhã e da tarde que incluem refeições e participação em grupos, oficinas, passeios, entre outros.

Além do *semiacolhimento*, o CAPS oferece o *acolhimento integral*, termo utilizado pelos profissionais para designar as práticas realizadas para os usuários que estão em regime de semi-internação de acordo com o seu projeto terapêutico singular. No período noturno e nos fins de semana, só funciona o regime de semi-internação dos usuários e o atendimento psiquiátrico de plantão.

No espaço onde ocorrem as atividades do *semiacolhimento*, ocorrem também as do *acolhimento integral*. Estas são organizadas de modo a abranger todos os profissionais, tanto no que diz respeito a trabalhos em conjunto com profissionais de diferentes áreas quanto a práticas específicas. É nesse lugar que o profissional atuante consegue oferecer maior atenção e cuidado aos usuários do serviço. Os contextos de cuidado aos usuários *em acolhimento*, isto é, em atividades somente no turno da manhã ou da tarde e em *semiacolhimento* se demonstraram espaços de maior potencial para o desenvolvimento de práticas alinhadas com a atenção psicossocial.

Os grupos e oficinas ocorrem em dois turnos de serviço, manhã e tarde, de segunda a

⁶ No entanto, este exemplo ilumina uma tensão importante entre discursos sobre cuidado. Ao darem relevância à atividade de “coleta de sangue” para que condutas médicas sejam tomadas, o serviço deixa de recorrer aos outros serviços que seriam os responsáveis por estas ações. Embora, em tese facilitando o trabalho da equipe e a própria rotina dos usuários, esta conduta também evidencia a dificuldade de ações intersetoriais; a presença de um olhar médico centrado; e a dificuldade que os usuários sejam fortalecidos ou acompanhados a outros serviços de saúde.

sexta. Eles acontecem de acordo com a disponibilidade e formação de cada profissional, seja de nível superior ou técnico. Assim, alguns grupos e oficinas são coordenados por profissionais da psicologia, da enfermagem, da terapia ocupacional, da assistência social, mas há outros também coordenados pelos auxiliares de enfermagem e ainda há a possibilidade de profissionais que vão ao serviço conduzir grupos voluntariamente.

Os profissionais de nível superior ou técnico que possuem uma formação além da qual foram contratados a exercer, por exemplo, um psicólogo que possui formação em artes cênicas ou um *auxiliar de enfermagem*⁷ com formação de nível superior, podem oferecer e coordenar oficinas no serviço, de acordo com a sua formação complementar. Isso só precisa ser aprovado pela gerência do CAPS e pela Secretaria Municipal de Saúde. Essa prática profissional é nomeada de “oficineiro”. Especificamente nesse CAPS III, os oficineiros desenvolvem oficinas de esporte, grupo de tear e oficina de bijuterias - todas essas atividades realizadas por *auxiliares de enfermagem*.

Além disso, os profissionais se unem para realizar atividades em conjunto, coordenando práticas como os seguintes exemplos: a assistente social e a terapeuta ocupacional realizam grupos dentro e fora do CAPS para os usuários como passeios externos; a psicóloga e uma auxiliar de enfermagem coordenam um grupo; a auxiliar administrativa e a assistente social são responsáveis pela organização das assembleias; o enfermeiro e a assistente social, pelas visitas domiciliares; e a terapeuta ocupacional e a assistente social conduzem uma oficina.

Esse CAPS III também se organiza regularmente para promover passeios, visitas e viagens com os usuários por acreditar que essa prática propicia uma reintegração à rede muito maior do que as atividades desenvolvidas exclusivamente nos dispositivos de saúde. Portanto, uma rede articulada com a comunidade e a cultura do seu território.

(...) os usuários foram ao clube às 8h da manhã para um dia de churrasco, piscina e banho de sol. Percebo que cheguei à toa cedo e que meu dia de imersão vai ser bem tranquilo. Por outro lado, fico feliz ao ver as fotos que os profissionais que estavam lá enviaram no grupo do whatsapp do CAPS. Havia felicidade, brincadeiras de profissionais e pacientes⁸ juntos se divertindo. Ali me perguntei sozinho: ‘Quem é paciente e profissional aqui?’. (Nota de campo dos pesquisadores em imersão no dia 15/03 no turno da tarde).

Apesar de todas essas atividades, elas não são suficientes para preencher toda grade de horários direcionada aos usuários do *semiacolhimento* e do *acolhimento*. Os profissionais se dividem em diversas outras tarefas, além da realização de grupos e oficinas, como visitas

⁷ Forma como é nomeado o técnico de enfermagem

⁸ Paciente é a forma como o profissional designou o usuário

domiciliares, matriciamento, reuniões em outros dispositivos de saúde, além das atividades já relatadas com relação direta com a recepção. Essas não estão apresentadas no quadro geral de por serem esporádicas e não fazem parte do cronograma fixo.

Fui acompanhado por uma auxiliar de enfermagem para conhecer um grupo responsável por fazer tapetes e passeadeiras com os usuários do CAPS, coordenado por um auxiliar de enfermagem. Nesse local me apresentei e ouvi relatos dos usuários de muito carinho e satisfação pelos serviços oferecidos no CAPS. Ao sair da sala a auxiliar me fez refletir sobre o serviço, pois há pouco instantes estávamos com um grupo satisfeito pelo serviço em acompanhamento de um profissional, mas logo em seguida ela me levou a um quarto onde estava uma paciente internada, sozinha, deitada a uma cama, sem nenhum profissional com ela naquele momento. Ali refletimos sobre o alcance do trabalho na saúde mental, no qual o profissional não consegue atingir todas as demandas do serviço, mas o que se faz, é tentar fazer o possível em cada dia por cada paciente. Nesse momento a profissional me disse essa frase: ‘A gente sai com a sensação que fez o que deveria fazer e não o que é necessário fazer’. (Notas de campo dos pesquisadores em imersão no dia: 02/03 em observação no turno da manhã).

Nomeamos essas várias práticas profissionais do cotidiano do CAPS de “múltiplas facetas”, pois é um serviço que exerce atividades de ambulatório, laboratório, grupo, urgência, e até serviço escola, já que recebe alunos de graduação e de residência de diversas áreas de atuação profissional. O serviço ainda responde diretamente às demandas da residência terapêutica, localizada no mesmo bairro do CAPS.

(...) Porém um usuário que é morador das residências terapêuticas não estava bem e teve que vir aos CAPS para cuidados em regime de internação. Esse usuário desde sua infância morou em sanatórios e hoje vive na residência terapêutica. Tem em média 50 anos, dificuldade em construir frases, compreensão difícil da sua fala e às vezes se torna irritado. (Nota de campo dos pesquisadores no dia 06/04 no turno da manhã).

O posto de enfermagem é um local aberto, próximo aos usuários acolhidos integralmente e semiacolhidos, de fácil acesso para que possam tirar dúvidas, apresentar queixas, fazer pedidos e conversar com quem esteja disponível no momento. Dentre desse mesmo espaço, há uma farmácia na qual só é permitida a entrada de profissionais. Lá, um auxiliar de enfermagem é responsável pela organização e manipulação dos medicamentos. Esse profissional trabalha somente no turno da manhã, mas deixa organizada a medicação de cada usuário para o dia inteiro, e também, na sexta-feira, organiza as medicações dos usuários que voltam para sua casa no fim de semana e só retornam na segunda, recebendo os medicamentos corretos com instrução de horário e turno para sua utilização.

(...) Lá fui apresentado ao funcionamento da farmácia e principalmente a metodologias criadas exclusivamente pelos auxiliares da farmácia para melhor atender os pacientes. Os remédios vêm em cartelas fechadas ao CAPS. No serviço essas cartelas são cortadas em unidades de comprimidos e fechadas em sacolas plásticas individuais contendo o comprimido, o turno e horário do remédio, em linguagem escrita e imagens que representam a manhã, tarde e noite para os pacientes que não sabem ler.

(...) É uma necessidade avaliada pelos auxiliares de enfermagem para melhor manipulação do medicamento em sua residência, gerando autonomia, e organização interna do próprio serviço. (Notas de campo dos pesquisadores em imersão no dia: 02/03 em observação no turno da manhã).

No período noturno do serviço, a recepção realiza algumas atividades comuns aos outros turnos, como organização dos atendimentos com o psiquiatra e com o acolhimento. O acolhimento nesse horário é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro, por ser o único profissional apto a realizar esse momento. Devido à flexibilidade para cumprir a carga-horária de trabalho, alguns profissionais da psicologia, pensando na demanda de horário de alguns usuários e familiares, realizam plantão psicológico em alguns dias no turno da noite.

Especificamente a segunda à noite, possui dois psiquiatras em atendimento. Por esse motivo encontro a recepção bem cheia, muitas pessoas em espera para serem atendidas. No turno da noite, a recepção é coordenada somente por um auxiliar de enfermagem. Nesse dia haviam dois devido a quantidade de usuários para consulta e, além disso, também havia os acolhimentos que eram responsabilidade da enfermeira de plantão. Fiquei um bom tempo na recepção observando esse momento e após resolvi ficar com os pacientes internados. A internação estava lotada, com seus 4 leitos ocupados. Todos os usuários estavam em seus quartos, e depois saíram para jantar e fumar dentro do refeitório. Após a evolução dos pacientes e administração da medicação, os profissionais se espalhavam pelo CAPS, alguns assistiam TV, outros conversavam e fumavam. (Nota de campo dos pesquisadores no dia 16/04 no turno da noite).

Não ocorrem nesse turno nenhuma atividade de grupo, oficinas, visitas e etc, os únicos usuários no serviço são os *acolhidos* (semi-internados). É um momento em que as práticas são voltadas essencialmente para o cuidado médico do usuário, período no qual trabalham somente o enfermeiro e os auxiliares de enfermagem.

Nesse dia tive a sensação de estar em um local diferente, pois eram profissionais que eu jamais havia visto. Fui apresentado primeiramente à enfermeira na troca de profissionais. Essa profissional por sua vez me apresentou aos auxiliares de enfermagem que ao todo eram quatro. Fiquei pouco tempo no espaço onde os auxiliares permaneciam, pois só havia um usuário acolhido e os auxiliares se concentravam em ler as evoluções da manhã e tarde para verificar a necessidade de administração de medicamentos já prescritos naquele turno. (...) Perguntei o que seria feito daquele momento em diante e eles me informaram que todos ficariam juntos até as 0h e após o horário seria dividido entre eles, sendo a enfermeira a primeira e os auxiliares em seguida. Retornei à recepção e por lá fiquei até finalizar o meu horário de imersão. (Nota de campo dos pesquisadores no dia 21/03 no turno da noite).

Tivemos a oportunidade de conhecer toda a estrutura do serviço e descobrimos que, no mesmo local no qual funciona o CAPS atualmente, funcionou um sanatório. Esse local era utilizado por uma associação religiosa que cedeu parte da sua estrutura para o funcionamento do CAPS, que havia pouco tempo passara por uma reforma.

Logo ao chegar ao CAPS me encontro com a psicóloga do serviço. Indago a ela o porquê de não haver sala da psicologia no serviço. Ela então me conta a história do serviço, que antes era um sanatório (...). Curioso por conhecer o espaço, ela me leva para conhecer todo o sanatório. Deparo-me com uma estrutura voltada para o enclausuramento, com poucos espaços abertos, várias salas com as portas trancadas e algumas salas até com grades e cadeados na janela e na porta. (Nota de campo dos pesquisadores no dia 23/03 no turno da manhã).

Na atualidade, a estrutura do CAPS é composta por cinco leitos para internação, três salas de atendimento, uma sala da assistência social, quatro para atendimento/acolhimento, uma para os recursos humanos, uma sala para almoxarifado, um refeitório que pode funcionar como sala de grupos, três banheiros, masculinos e femininos distribuídos pelo CAPS, uma

copa e três salas de grupos podendo ser utilizadas para reunião. Como citado, o serviço passou por recente reforma, então as dependências estão em bom estado.

4.2 Produção de sentidos

Como já descrito anteriormente, após seguir os passos da análise temática foram elaborados temas sobre a produção de sentidos dos grupos focais, dando visibilidade aos sentidos produzidos pelos profissionais de saúde mental sobre sua prática cotidiana com relação à Atenção Psicossocial. Percebemos que os profissionais, em diversos momentos dos grupos focais, produziam sentidos sobre a Atenção Psicossocial, ora pontuando sobre as potencialidades ora sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço. Demos visibilidade aos temas com a luz desse olhar, apresentados na figura 1:

Figura 1: Temas

Fonte: Próprio autor

Esses temas correspondem ao resultado da análise sobre a prática cotidiana, a partir dos diálogos desenvolvidos nos grupos focais. Entendendo a importância de cada processo grupal e dos temas que construímos por meio de procedimentos de análise temática, buscamos

dar visibilidade para alguns sentidos produzidos nos grupos (Spink, 2003). Apresentaremos a seguir o quadro 8, com uma breve caracterização desses temas:

Quadro 8: Breve Caracterização dos temas.

Tema	Caracterização
Trabalho em equipe e interdisciplinaridade	Sentidos sobre as relações, organizações, planejamentos e comunicações no cotidiano do ser profissional em um CAPS.
Atuação Profissional	Sentidos acerca dos fatores que ora possibilitam, ora dificultam a atuação do profissional inserido no CAPS.
Ações de Cuidado no Cotidiano	Sentidos sobre as práticas realizadas no CAPS tanto na visão do profissional quanto na visão dos usuários.

Fonte: Próprio autor.

Ao todo construímos três temas. Cada um deles será apresentado de maneira geral e por meio de seus subtemas. Importante reafirmar que a construção deles tem ligação direta com as perguntas que emergiram dos objetivos da presente pesquisa.

4.2.1 Trabalho em equipe e interdisciplinaridade

Iniciamos com o tema “**Trabalho em equipe e interdisciplinaridade**”. Com a figura 2, buscamos dar visibilidade para o tema e seus respectivos subtemas.

Figura 2. Tema: Trabalho em Equipe e Interdisciplinaridade e subtemas

Fonte: Próprio autor

Em nossa análise, a questão do trabalho em equipe e atuação interdisciplinar foi tema de muitos diálogos entre os profissionais nos grupos focais, ora descrevendo limites, ora potencialidades destes fatores para a construção de um modo de atenção psicossocial. Assim, neste tema, buscamos dar visibilidade para os principais sentidos produzidos com os profissionais acerca desta temática, destacando aspectos relativos à organização, ao planejamento das atividades e à comunicação entre os eles que ora contribuem, ora dificultam sua atuação no CAPS.

Um destes subtemas, discutido como ele foi apresentado pelos participantes, foi a **atuação em esquema de plantão**. O CAPS III, por ter funcionamento 24h, apresenta equipes de trabalho noturno, atuando em finais de semana e feriados. Os profissionais nessas equipes têm dificuldade na articulação com os dos demais turnos e até mesmo em saber quem são esses colegas de trabalho como exemplificado abaixo:

P1: No noturno né, como só fica a gente: enfermeiros, auxiliares e médico né? São os únicos profissionais que a gente toca mais os outros, assim, a gente conhece de vista, mas a gente consegue manejar algumas situações daquele momento, né? Eu acho que tem certa dificuldade sim. (Linha 35 – 38, Grupo focal da noite).

A necessidade de atuar em esquema de plantão influencia a forma de se relacionarem e criar vínculos com os usuários do serviço, pois no turno noturno, não ocorrem atividades para os usuários, como grupos, visitas e oficinas.

P3: “Do dia eles se organizaram de alguma forma que eu também não sei, fica alguns usuários aí durante o dia na semi-internação que tem os profissionais de referências, mas no noturno a gente não tem. (Trecho da linha 43 – 45, da transcrição do grupo focal da noite)”.

P2: “Até porque a gente fica mais com o usuário que fica acolhido a gente não fica assim em contato porque não tem atividades durante a noite, então assim, por isso não somos profissionais de

referência, a gente não tem contato, o usuário fica aqui acolhido as vezes uma semana, as vezes menos, as vezes 10 dias, então ele não vem mas para as atividades noturnas, são diurnas as atividades, semi, todos os grupos são realizados durante o dia, e fim de semana também não ocorre porque somos nós que cobrimos o feriado e finais de semana. (Trecho da linha 46 – 52, da transcrição do grupo focal da noite)”.

O **relacionamento entre profissionais de nível técnico e superior** também foi discutido como aspecto que dificulta a construção do cuidado conjunto no cotidiano do serviço, pois, para os de nível técnico, as informações por eles repassadas são “negligenciadas” pelos de nível superior.

P11: Podemos pensar também nas informações que são recebidas, aqui tem uma divisão muito gritante nível técnico e o nível não técnico, então o que o nível não técnico leva, não é ouvido, é negligência e as coisas não acontecem da forma como as pessoas levaram para os técnicos. (Trecho da linha 976 – 979, da transcrição do grupo focal da manhã).

Os **processos de comunicação e decisão** também foram discutidos no grupo, ora na perspectiva de contribuírem, ora de dificultarem o desenvolvimento de práticas mais articuladas ao modo psicossocial. O discurso sobre pouco conhecimento sobre a rotina do CAPS foi trazido pelos profissionais do noturno como um dos fatores que dificultam a construção de um modo de atenção psicossocial. Segundo estes profissionais, a sua atuação fica limitada em função da dificuldade que enfrentam de conhecer o que se passa no serviço de forma mais ampla, e de participarem da tomada de decisões:

P3: (...) aqueles que só vêm pro noturno fica perdido sobre esse tipo de informação, se você está lá embaixo no acolhimento você não sabe informar “olha vem tal hora que tem acolhimento com tal profissional”, reunião, as vezes o médico precisa mandar para a semi e você fica perdido porque não tem esses detalhes, o que acontece no dia, eu acho que tem bastante falta de comunicação. (Trecho da linha 26 – 31, da transcrição do grupo focal da noite).

P2: As decisões tomadas durante o dia, por exemplo, o noturno não tem conhecimento e acaba que você descobre as coisas por acaso, o noturno fica sem informações. (Trecho da linha 274 – 275, da transcrição do grupo focal da noite).

Além deste aspecto, os profissionais também se referiram à presença de um modo individualista de tomar decisões acerca dos usuários, de forma que muitas decisões deixam de ser discutidas coletivamente, prejudicando a construção do cuidado de forma articulada.

P11: (...) a equipe de enfermagem percebeu problema de manejo, condutas, questões do cotidiano uma pessoa veio e tomou uma conduta acerca daquilo que deveria ser discutido em grupo, de cima para baixo sem conversarmos a respeito e isso é grave! (Trecho da linha 995 – 998, da transcrição do grupo focal da manhã).

Além disso, entendem que decisões hierárquicas, por vezes, dificultam o trabalho, o que referem como algo que “vai à contramão” do modo psicossocial:

P18: “Se 10% for dessa maneira tão hierarquizada que vai na contramão do modelo da assistência principalmente dentro do CAPS já fere esses 10%, porque cria uma celeuma que sabe quem vai se ferrar? O paciente! Então é isso. (Trecho da linha 1002 – 1004, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P21: “Chegaram em mim e comunicaram os dias que seriam os meus acolhimentos e teve divergência, então planejamento, as pessoas tem que vir para planejar não para vir e fazer isso, para

aquilo outro. Eu não vir esse planejamento acontecendo e eu estava aqui todos os dias. (Trecho da linha 1363 – 1366, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P18: “(...) o compromisso do trabalho é de todos, e isso é ruim, tipo as vezes, no fim você só fala com, existe três profissionais da minha área eu só falo com fulano, no é só uma questão de amizade, tem a amizade que aí já são relações interpessoais aquém do trabalho, porém, vou ficar só no trabalho porque isso te aproxima muito, vou ficar só no trabalho. (Trecho da linha 967 – 971, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P9: Fight! As vezes!

Todos: Riem

P8: Como em todo lugar gente, aqui não é diferente

P6: Nenhum serviço é perfeito. (Trecho da linha 533 – 536, da transcrição do grupo focal tarde).

No entanto, a questão da comunicação também foi descrita como potencialidade, isto é, como um aspecto que contribui para a construção de um modo de atenção psicossocial. Nesse sentido, os profissionais apresentaram a interdisciplinaridade, o apoio da equipe para fortalecimento das atividades propostas, a possibilidade de tomar decisões sobre os usuários conjuntamente e a boa comunicação entre os profissionais da equipe como fatores que favorecem o processo, conforme ilustramos a seguir.

P22: “A própria reunião de equipe já traduz o diálogo, já traduz essa tradição que temos que dialogar né? Todo momento a gente se depara com questões mais específicas. (Trecho da linha 950 – 951, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P10: “(...) Porque ela é técnica de enfermagem aqui, mas também é estudiosa da saúde mental por um bom tempo, então a gente participa de grupos juntas né? (Trecho da linha 533 – 536, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P20: “(...) Por exemplo, quando eu faço o projeto e eu faço desde o começo e nossa gerente está aqui eu sempre trago para ela e mostro “olha eu posso fazer esse tipo de coisa?”, “olha a equipe concorda?” “Vocês vão me dar respaldo? Porque eu também não quero prejudicar o paciente eu quero fazer uma coisa, a gente ver o resultado, então isso aí que é importante!”

P9: “Normalmente nas reuniões de equipe é discutido ver quais as demandas o paciente está trazendo e aí vai se pensando em como fazer a oficina, que na verdade tem que ter oficineiro que é uma coisa boa com paciente também, para tá construindo... então, acaba aproveitando a habilidade de cada um e fazendo outros grupos... (Trecho da linha 435 – 439, da transcrição do grupo focal tarde)”.

P21: “(...) a gente passa pros psicólogos, serviço social, pros auxiliares, pros colegas que naquele dia o paciente não tá muito legal, a gente passa para os colegas, olha, tenta lá resolver então eu acho que existe sim, uma troca, a administração ajuda muito, bastante, uma integração das profissões que na verdade tem outras questões de resolver demandas que a todo momento aparecem. (Trecho da linha 960 – 964, da transcrição do grupo focal manhã)”.

Por fim, a distribuição e planejamento das atividades também foi tema de discussão nos grupos, em situações em que os profissionais buscaram refletir criticamente sobre como as atividades do CAPS são distribuídas e planejadas. Quando alinhadas a um discurso individualista, entendem que há uma dificuldade para efetivação de práticas alinhadas ao modo psicossocial. Na visão deles, acaba havendo concentração de atividades em um mesmo dia e horário, de forma a atender apenas a necessidade de organização de horário dos profissionais; assim, há muitos horários ociosos.

P11: “Então, a impressão que eu tenho, porque eu não faço parte de nenhum grupo, parece que cada um pegou um dia e falou “esse dia é bom para mim”, foi feito uma distribuição... (Trecho da linha 1326 – 1327, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P11: “Então se você observar o planejamento, ali não foi feito pensando no usuário... (Trecho da linha 1366, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P11: “... Segunda-feira isso aqui fica lotado, quarta-feira tem: assembleia, futebol, grupo comunitário, três atividades em um dia só! Três! Três! Então foi pensado no usuário? Não! (Trecho da linha 1368 - 1370, da transcrição do grupo focal manhã)”.

4.2.2. Atuação profissional

Nomeamos como “**atuação profissional**” a referência feita aos profissionais para aspectos de interesse e comprometimento pessoal, formação e perfil para o trabalho em saúde mental, natureza da atividade desenvolvida e sobrecarga de trabalho. Esses aspectos evidenciam como o trabalho desenvolvido junto aos usuários é atravessado, no cotidiano, por alguns discursos sobre atuação e formação profissional.

A figura 3 ilustra o tema “Atuação Profissional” e seus respectivos subtemas.

Figura 3: Tema: Atuação Profissional e subtemas

Fonte: Próprio autor.

No cotidiano do CAPS, o profissional tem bastante autonomia para realizar sua prática, podendo propor oficinas, grupos, realizar visitas, passeios, entre outros. Mas para que essas atividades possam ocorrer, há dependência do comprometimento e do interesse do profissional para sua realização. Os sentidos **interesse e comprometimento profissional** aparecem no diálogo entre os participantes do grupo focal ora como um limite, ora como potencialidade do trabalho desenvolvido no cotidiano do CAPS III.

P3: “Até que ponto os profissionais, alguns profissionais querem se envolver nisso, quer se envolver nisso? (Trecho da linha 127 – 128, da transcrição do grupo focal noite)”.

P21: “(...)Eu acho que a P11 falou é verdade, eu vou fazer minha oficina na quarta-feira porque é melhor, ninguém está pensando no serviço! (Trecho da linha 1310 – 1311, da transcrição do grupo focal manhã)”.

Esses trechos apresentam essa polissemia. De um lado, o profissional pode não ter o interesse em se envolver em outras atividades, por ter o entendimento de que deve cumprir apenas o relacionado à formação. Por outro lado, os profissionais que se envolvem e produzem atividades diversas, como oficinas, por exemplo, como citado no trecho acima, podem não buscar realizar tais atividades em um horário mais adequado para o serviço, o que traz um interesse mais individual e menos coletivo (pensando na necessidade do serviço e dos usuários).

Da mesma forma, o discurso da liberdade e da autonomia individual para propor atividades também aparece no grupo como forma de sustentar a potencialidade das práticas produzidas pelos profissionais neste contexto, pois assim, eles podem com base na vivência cotidiana, pensar, repensar, propor e alinhar atividades que possam estar em acordo com as necessidades e anseios do serviço.

P5: “(...) Então eu acho que tudo isso que faz o funcionário é a liberdade que a gente tem pelo serviço pela nossa chefia pelo nosso próprio ambiente de trabalho, nos temos essa liberdade. (Trecho da linha 702 – 704, da transcrição do grupo focal tarde)”.

P5: “Inclusive na época, eu, P9 e P15 jogava para dar uma engrossada no time né? E acabou dando certo e conforme o tempo foi passando as meninas começaram a pedir. (Trecho da linha 382 – 384, da transcrição do grupo focal tarde)”.

A atuação no modo psicossocial compreende uma série de desafios para a prática profissional. Um sentido presente na discussão dos profissionais do grupo diz respeito à **formação e o perfil profissional**. Assim, em seus diálogos nos grupos, a “formação escassa em saúde mental” tanto de nível técnico quando de nível superior, aparece como forma de justificar a dificuldade de construção e proposição de práticas psicossociais.

P1: Eu concordo com isso que a P4 falou, na grade o técnico tem muito pouco o auxiliar tem muito pouco, na graduação também, talvez na universidade tenha um pouco mais..., 120 horas, então quer dizer a nossa formação em si... a pessoa tem que buscar uma formação a parte, nem todos os enfermeiros aqui tenha uma formação em saúde mental, então os outros profissionais também deveriam ter uma formação na área para isso. (Trecho da linha 339 – 343, da transcrição do grupo focal noite).

P3: Que preparação nós temos também? Respaldo? Nenhum! Muitas vezes você fica perdido em algumas situações, o que eu faço nesse momento... (Trecho da linha 324 – 325, da transcrição do grupo focal noite).

Além disso, foi citado que, mesmo os possuidores de formação em saúde mental, podem não ter “perfil pessoal” para atuação na área.

P3: (...) principalmente a questão do perfil tem gente que vem aqui e pega um horário porque é melhor, não tá nem aí com nada e as vezes não dar nem para um caso e eu aposto na questão do perfil profissional. (Trecho da linha 348 – 350, da transcrição do grupo focal noite).

Por outro lado, os profissionais que possuem formação adicional, e além da qual foram contratados a exercer, podem utilizar disso para promover novas formas de atuação dentro do CAPS e possuem a potencialidade para tal na função de “oficineiro”.

P21: “Mas parte do profissional buscar a oportunidade, por exemplo o P20, ele é psicólogo e ele vai desenvolver né P20? Tem projetos em desenvolver uma oficina e os demais? Tem projetos? Estão pensando? Porque a partir do momento, faz parte da gestão quando eu apresento o projeto e a gestão recusa ou não... (Trecho da linha 884 – 887, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P5: “Não, não, material, porque assim oh, pelas normas do CAPS o oficinairo tem que ser formado naquilo que ele tá fazendo P23, as vezes você pega um marceneiro, põe um marceneiro lá, tem que ter curso, entendeu? Mesmo que seja só de curta duração, mas, não pode ser qualquer curso. (Trecho da linha 478 – 481, da transcrição do grupo focal tarde)”.

No entanto, surgiu também, como característica da atuação profissional no CAPS, algumas limitações decorrentes principalmente do número insuficiente de profissionais para o porte do serviço, ocasionando sobrecarga de trabalho e incapacidade de aumentar a demanda para atingir os objetivos de um modo de atenção psicossocial. Dessa forma, o sentido **aumento da demanda, sobrecarga de trabalho e poucos profissionais** busca dar visibilidade para a presença destes elementos nas práticas discursivas dos profissionais.

P15: “Então diariamente a gente fica, vamos dizer: sambando, sobre aquilo que a gente prioriza a gente chega para um grupo, de última hora chega um acolhimento não sabe para onde ir e não atrasar o grupo, então em todo momento estamos tentando conciliar as coisas. (Trecho da linha 1323 – 1326, da transcrição do grupo focal manhã)”.

P3: “Mas eu acho que deveria ter reuniões com o grupo com os profissionais de referência do dia, com o pessoal da noite, fazer uma discussão sobre cada paciente, sobre cada paciente, oh, visitamos a família, eles se organizam assim, essa é a dinâmica, condição né? Deles de vida, para você entender melhor, ter um outro olhar, para naquele momento você conhece todo o contexto dele se organiza em casa, mas isso foi falado dês de quando inaugurou aqui, mas isso não acontece... Talvez por não ter nem profissionais que der conta disso. (Trecho da linha 82 – 87, transcrição do grupo focal noite)”.

P5: “...Reduziu os profissionais, para sair do ambulatório para subir aqui é uma correria danada, então a gente volta para o mesmo ponto falta profissional em todas as áreas: médico, psicólogo, assistente social, a gente pega aqui, tem duas assistente social, não dar conta a demanda é muito grande, como você na casa do paciente uma vez por semana e a casa do outro tá pegando fogo, mas eu posso tá errado, mas para mim sempre falta profissional... (Trecho da linha 785 – 789, transcrição do grupo focal tarde)”.

Por fim, a especificidade da **natureza da atividade** também aparece nos diálogos desenvolvidos nos grupos focais. Nesses casos, os profissionais discutem que, não se trata apenas do cuidado em saúde mental, mas sim de uma atenção à saúde psicossocial. Vão existir momentos, como o citado abaixo, em que se exigirá muito mais do profissional do que ele está habituado pela natureza integral do cuidado.

P3: “Mas se você pega um paciente que você acompanhou de uma urgência clínica você tem, né, que observar também, isso sobrecarrega no dia seguinte você sai bem cansado, esgotado, você tem que prestar atenção em tudo, de certa forma eu acho que é cansativo mesmo”.

P1: “Um pouco mais difícil... (Trecho da linha 159 – 163, da transcrição do grupo focal)”.

4.2.2 Ações de cuidado no cotidiano

Finalmente, delimitamos o terceiro tema “**ações de cuidado no cotidiano**” que abrange a oferta de atividades no serviço, o aproveitamento e adesão dos usuários às atividades propostas, responsabilização e protagonismo do usuário, articulação da rede de atenção psicossocial, continuidade do cuidado e atividades além CAPS, a escuta e sensibilidade às necessidades dos usuários, à família e a vulnerabilidade social. Apresentaremos a seguir a figura 4 que compreende o tema “Ações de cuidado no cotidiano” e os sentidos produzidos relacionalmente.

Figura 4: Tema: Ações de cuidado no cotidiano e subtemas

Fonte: Próprio autor.

A **oferta de atividades** foi frequentemente problematizada pelos profissionais nos grupos focais. Em alguns momentos, foi apresentada como sendo insuficiente, principalmente pela ausência de programação no turno noturno, ou mal distribuída pela concentração em poucos dias e horários.

P1: “É nosso próprio modelo de contratação, eu trabalho 20 horas, eu dou poucos plantões por mês é um jeito que também dificulta um pouco você volta daqui a uns dias não são os mesmos pacientes... (Trecho da linha 291 – 293, transcrição do grupo focal noite)”.

P1: “O que eu percebo a gente tenta, mas tem muitas barreiras do serviço é uma coisa que eu falo que o acolhimento a gente identifica algumas demandas alguns desejos e a consulta médica é um desejo todos vem e procura, né? Era para ser oferecido no primeiro momento atendimento com a enfermagem depois plantão psicológico atendimento com o médico vai ser daqui para tantos meses. (Trecho da linha 196 – 200, transcrição do grupo focal noite)”.

P3: “Para conectar o noturno com os horários a gente nem tem informações as vezes da parte social do paciente, como ele se organiza, família, a vida mesmo fora, então eu não vejo o social eu acho que é bastante falho, olha fico no psico e não dar para dizer que isso é total, uma totalidade. (Trecho da linha 67 – 70, transcrição do grupo focal noite)”.

Além da diversidade de atividades, o **aproveitamento e adesão dos usuários às atividades propostas** também preocupa alguns profissionais. Alguns dizem que não há participação dos usuários nas atividades propostas, sendo considerado ruim o aproveitamento.

P4: É, as vezes tem uns que não quer saber de fazer nada, tem aqueles que nem aceita.

P2: Não quer participar de atividade nenhuma.

P4: Então eles quer vir só para dormir, chega senta nessa cadeira nesse sofá só para dormir, então é complicado as vezes tem muitos também que não tem vontade de fazer nada. (Trecho da linha 106 – 109, transcrição do grupo focal da noite).

Outros, no entanto, negam haver essa problemática, referindo que, apenas pontualmente, pode haver atividades com baixa adesão. Neste caso, ressaltam o bom aproveitamento e a participação dos usuários do serviço, e receptividade às ações propostas.

P5: Deu muito certo, os pacientes, as vezes, falam disso até hoje, então a gente percebe que na maioria desse tempo a maioria das propostas sempre deram certo né P9? Alguma ou outra coisa que as vezes, mas, não chegou a dar problema, tudo que você propõe eles acabam fazendo e dando certo. (Trecho da linha 472 – 475, transcrição do grupo focal tarde).

Numa realidade maior de projeto terapêutico singular, a **responsabilização e protagonismo do usuário** também é um sentido produzido, e que contribui com ou dificulta a construção das práticas psicossociais no cotidiano do serviço. A depender da categoria profissional, o discurso de maior protagonismo do usuário no serviço é mais utilizado. A enfermagem, por exemplo, considera que há limitação do protagonismo do usuário em relação à tomada de medicações.

P1: “Se o objetivo era vir cada vez menos a gente pela parte da enfermagem que as vezes fica aí só vem para a medicação, que dizer, não deu para fazer um treinamento ela mesma tomar a medicação se responsabilizar por isso é uma questão que as vezes a gente se coloca. (Trecho da linha 102 – 105, da transcrição do grupo noite)”.

Por outro lado, em relação às atividades geradoras de renda e lúdicas, os profissionais destacam a responsabilização dos usuários e o potencial que este protagonismo tem como elemento transformador do seu projeto terapêutico:

P5: A atividade começou com um pedido dos pacientes da semi-internação, pacientes homens, que queriam jogar bola uma vez por semana. (Trecho da linha 376 – 377, transcrição do grupo tarde).

P5: Tem a oficina do (nome omitido) também que os pacientes, eles adoram! E além dos pacientes gostarem é um gerador de renda para eles mesmos, para comprar as coisas, os tapetes né? Aí depois, é...

P9: Só uma coisa aqui: lembrei aqui que quem trouxe o tear foi o próprio paciente. (Trecho da linha 440 – 443, transcrição do grupo tarde).

A **articulação da rede de atenção psicossocial** também é discutida pelos profissionais no grupo, como aspecto que pode favorecer ou dificultar a construção das práticas psicossociais de cuidado no cotidiano. Eles descreveram como a articulação em rede pode ser limitadora em alguns casos:

P9: “É, geralmente tem problema com as medicações, a gente tenta inserir alguém da família para tá ajudando e uma coisa que eles falam bastante que é de não fazer o projeto terapêutico não só

dentro do serviço, além do serviço também, que é uma dificuldade que todo serviço tem faz o projeto terapêutico muito voltado pro serviço e aqui tá tendo umas coisas legais uns ATs. (Trecho da linha 566 – 569, transcrição do grupo tarde)”.

P11: “Transcende esse movimento com a comunidade e a interação com o CAPS na minha opinião, na minha opinião transcende e infelizmente na maioria das vezes o serviço não está preparado para esse acolhimento, além do serviço, profissionais não estão preparados e não tem essas muitas vezes concepção. (Trecho da linha 864 – 867, transcrição grupo manhã)”.

Mas também, se reconhece a importância e a busca pela efetivação da articulação em rede como potencial de cuidado para uma atenção psicossocial:

P9: “Um exemplo é uma usuária, que a gente vai precisar já tá fazendo tentando articular com os outros serviços para quando ela sair de alta, a gente tentar ter uma rede de proteção porque até agora ela está totalmente vulnerável, então é pensado sim, tem que ser pensado. (Trecho da linha 765 – 767, transcrição do grupo tarde)”.

P9: “Aliás, você tira ele do meio, que tá ocasionando todos os fatores estressores e enquanto está aqui dá para se trabalhar lá fora melhor se você pensar, trabalhar na rede para quando ele voltar para o seu meio ter alguns dispositivos de ajuda. (Trecho da linha 769 – 771, transcrição do grupo tarde)”.

A continuidade do cuidado e de atividades para além do CAPS também é problematizada pelos profissionais, quando conversam sobre os limites e potencialidades da rede de atenção em possibilitar que o usuário mantenha seu cuidado para além do serviço. Muitas vezes, a despeito das práticas desenvolvidas, somente quando o usuário está fora do cotidiano do CAPS, é notado que a articulação em rede falhou em favorecer a continuidade do cuidado.

P2: “E, depois, ele não tem uma continuidade e isso também já é uma falha, porque isso também o paciente demora 6 meses que é mais ou menos agora para conseguir uma consulta; aí ele vai para um atendimento psicológico um plantão que talvez ajude naquele instante mas ele não tem uma continuidade porque se ele tivesse um atendimento constante ajudaria ele, até enquanto ele não passa pela consulta, com a parte medicamentosa que vai ajudar muito sei lá. (Trecho da linha 202 – 207, transcrição do grupo noite)”.

Entrevistador: Dessa forma, vocês entendem que as atividades são pensadas nessa lógica psicossocial? As atividades aqui do CAPS?

P9: “Sim!”

P5: “São pensadas, mas quando chega lá fora eles não tem uuu.. assim, a continuação do negócio”.

P9: “uma coisa que a gente aprendeu nesse tempo é que se a gente não pensar nisso a coisa não funciona se você ficar focado só nas práticas aqui dentro... (Trecho da linha 645 – 651, transcrição do grupo tarde)”.

Em outros momentos, o CAPS III consegue promover a autonomia do usuário para além do serviço, sendo as oficinas descritas como importante dispositivo para esta realização.

P9: “Essa questão de você empoderar o paciente, que chega com uma certa dificuldade que é de interação lá fora, mais aqui na oficina o prepara é para isso né? A gente percebe muito isso aí! Paciente que tinha uma dificuldade de interação, vinha nas oficinas e conseguia um pouco mais de recursos lá fora teve alguns depois conseguem a gente tem estimulado bastante para que a gente consiga lá fora fazer outras atividades, além CAPS, as oficinas tem que cumprir esse papel, que é bem esse papel psicossocial que é tá interagindo. (Trecho da linha 522 – 527, transcrição do grupo tarde)”.

A escuta e sensibilidade às necessidades dos usuários também foi valorizada como central na construção de práticas psicossociais, embora reconhecida como nem sempre

presente. Os profissionais colocam como limite no cuidado a falta de receptividade às demandas dos usuários como relatado abaixo:

P3: “(...) Eu até comentei com um médico que passou aqui um tempo, então vai ter reuniões para conversar sobre o paciente, saber como ele passou no noturno as queixas, ele falou assim “então sabe o que é? O psiquiatra estuda a 9 anos então não dar para ficar ouvindo queixas” então tá eu vou falar o que? (Trecho da linha 300 – 303, transcrição grupo noite)”.

Em outras situações, no entanto, descrevem a escuta como uma ferramenta útil para o cuidado dos usuários do serviço.

P3: “...mas eu vim com essa ideia de saber quem é esse paciente, de onde ele vem, porque é interessante tem uma pessoa aqui e a gente não simpatizava com ela, muito chata, aí um dia eu parei para ouvir, falar um pouco com ela e ela me falou a história de vida e eu mudei totalmente a minha visão sobre ela, porque ela era chata, intolerante e eu vi a importância de ouvir, mas eu vi que poderia ter mais pessoas que poderiam achar a mesma coisa que eu... (Trecho da linha 303 – 308, transcrição do grupo noite)”.

A **participação da família** também foi discutida pelos profissionais nos grupos. Em alguns casos, a ausência de parentes é significada como uma dificuldade no cuidado ao usuário.

P19: “Você tem um paciente aqui na saúde mental que não tem família algum, como que você vai resolver o problema social dele sem família? É uma coisa que não tem solução, né? E as vezes é uma pessoa que não tem indicação para uma residência terapêutica Então é assim, são coisas que fogem dar... aí eu ficava em um conflito, tá e o social como vai resolver? (Trecho da linha 1064 – 1068, transcrição do grupo manhã)”.

Em outros casos, os profissionais significam essa dificuldade como uma limitação da família, que entenderia que a responsabilidade no cuidado é somente do CAPS. Recorrem, assim, ao discurso de culpabilização da família, a qual dificulta a nosso a ver, a construção de um discurso de responsabilidade compartilhada.

P13: “É o reflexo da baixa adesão da família no tratamento, a família tem uma cultura que acha que nos vamos resolver os problemas”.

P21: “O governo né?”

P13: “Eu vejo que a maioria acha que os problemas do paciente e joga para gente e quando você fala para eles que o manejo do paciente é esse, que tem os cuidados, às vezes, ele não quer, assusta! (Trecho da linha 1088 – 1093, transcrição grupo manhã)”.

Por fim, a **vulnerabilidade social** foi discutida nos grupos, trazendo a importância de se integrar mais fortemente à dimensão social no cuidado cotidiano. Aqui, os profissionais descrevem diversas situações em que o CAPS deve se adaptar para fornecer mais do que ações em nível “psicológico” na medida em que muitos usuários têm problemas sociais sérios que impactam na sua integralidade de cuidado. Em um dos trechos citados a seguir, a divisão do “psico” e do “social” mostra como o sentido de “prática psicossocial” ainda se faz desafiadora no cotidiano. Ao mesmo tempo, ilustra o compromisso dos profissionais com a denúncia de que não pode haver saúde mental sem que as condições mínimas de vida sejam garantidas:

P8: “A gente consegue fazer o psicológico, mas o social não existe, elas moram em local difícil não conseguimos chegar até elas, não conseguimos saber se elas tomam medicação, o social não está funcionando, paciente psiquiátrico não toma remédio vai chegar aqui em crise, surtado, tudo, dependendo do paciente até com problema de prostituição, pacientes que ficam grávidas, porque? Porque não teve a parte social... (Trecho da linha 612 – 617, transcrição do grupo tarde)”.

P11: “Eu tenho uma visão diferente de psicossocial eu acho que aqui no serviço de CAPS o psicossocial além do que ela está falando são as questões sociais literalmente do paciente; a gente tem casos aqui, houve até discussões do paciente ficar de uma questão do paciente não ter o alimento de casa, então ele não tem nem a sua necessidade básica atingida então com ele vai pensar em melhorar psicologicamente se o fisiológico dele que é o básico não está atendido então eu acho que quando se fala em psicossocial na minha concepção é além disso! É necessário trabalhar o social sim daquele paciente, condições de moradia, éé, condições de suprir as necessidades básicas, porque, muitas vezes o paciente chega, a gente teve discussões recentes, porque o paciente precisou ficar porque não tinha o que comer na casa dele... (Trecho da linha 854 – 862, transcrição do grupo manhã)”.

P21: “Eu acho que eu sou a caçulinha, né? Da turma! Quando eu entrei eu pensava assim: o psico afetando a parte social, a pessoa com transtorno ela destrói, complica o ambiente, hoje eu penso diferente o ambiente destrói a pessoa ele consegue porque, 80% dos nossos pacientes tem problemas sociais, pesados e graves... (Trecho da linha 1071 – 1074, transcrição grupo manhã)”.

5. DISCUSSÃO

Para manter a estrutura da apresentação dos resultados e a compreensão frente à literatura científica da área, a discussão foi organizada em dois tópicos. O primeiro dá ênfase ao CAPS III e o segundo, à produção de sentidos por meio da realização dos grupos focais.

5.1 CAPS III

De acordo com Brasil (2015), todas as modalidades de CAPS devem conter uma equipe mínima composta por profissionais de nível superior e técnico. Diferente do modo asilar, o modo psicossocial propõe que a atuação esteja focada em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional (Queiroz & Cerqueira, 2011).

Como descrito anteriormente, os profissionais da medicina não participaram dos grupos focais e no período de imersão de campo foi observado que se concentravam no atendimento ambulatorial. Os agentes administrativos atuavam além de outras funções como secretários da agenda desses profissionais. O fazer ambulatorial dentro dos dispositivos de saúde mental não se configura como uma prática que fere o modo psicossocial e uma proposta de Atenção Psicossocial; pelo contrário, é uma ferramenta potente no cuidado cotidiano, valendo de uma postura atenta e ampla ao olhar para o outro, olhando para o território, para o sujeito e em conjunto com o serviço e seus profissionais (Damous & Erlich, 2017).

No decorrer dessa pesquisa, o profissional da medicina esteve distante das propostas e atividades desenvolvidas pelo CAPS. Não podemos aqui fazer uma discussão específica do fazer desse profissional, pois não participamos de nenhum atendimento, grupos, entre outros, realizados pela equipe do CAPS III. Podemos, no entanto, discorrer, baseados na literatura, que a falta de participação desse profissional nas atividades e reuniões do CAPS III se mostra preocupante para um modo de Atenção Psicossocial. Para Macedo et al (2013) o que caracteriza tal modelo é a necessidade de trabalhar em parceria com os outros profissionais, construindo relações de diálogo e humildade diante do sofrimento mental.

Segundo Antunes e Queiroz (2007), os profissionais possuem o conhecimento e o entendimento de uma prática alinhada ao modo psicossocial, porém ainda perpetuam e propõem uma atuação voltada a hegemonia do saber médico, submetendo dessa forma a equipe à sua lógica dominante. Podemos citar especificamente a atuação do agente administrativo ao realizar o serviço de secretário dos médicos.

Para além do serviço, Antunes e Queiroz (2007) e Firmo e Jorge (2015) afirmam que, em alguns casos é efetiva a inclusão da dimensão social nas práticas realizadas, porém o avanço e a expansão da reforma são prejudicados pela inexistência de um clima político/cultural favorável a efetivação dessas políticas. Há uma enorme demanda na recepção do CAPS por atestados, consultas, reagendamentos, e renovação de receitas. São usuários que em sua maioria não participam e não conhecem as atividades desenvolvidas no cotidiano desse serviço, e buscam especificamente, pelas consultas médicas, deixando de lado todo um aparato de cuidado desenvolvido no CAPS.

Kantorski et al. (2008) e Almeida et al. (2014) evidenciam a autonomia criativa de grupos, oficinas, cuidado focado na família e nos usuários, entre outros, como pertinente no cotidiano do serviço. Os autores, no entanto, também evidenciam a ausência de propostas de atividades, entendendo que esse processo criativo depende do profissional, da sua formação, interesse e disponibilidade para propor atividades dentro de um CAPS. Essa perspectiva foi evidenciada tanto na imersão de campo quanto nos grupos focais. O CAPS III da pesquisa dispõe de diversas atividades propostas pelos profissionais e, algumas, pelos próprios usuários.

No entanto, em algumas situações, a ausência de atividades é discutida como um fator que dificulta a efetivação de uma Atenção Psicossocial no cotidiano do serviço. Nessa mesma direção, Tavares (2005) aponta que a mudança de um modo asilar para um modo psicossocial no campo da saúde mental gera transformações, carecendo de profissionais engajados com a nova forma de se compreender o cuidado em saúde mental, capazes de articular conhecimentos com as diversas equipes envolvidas no sistema de saúde e na rede de Atenção Psicossocial. Assim se constroem práticas que se relacionam com as práticas diversas dos profissionais no serviço, com o intuito de cuidar e promover atenção a cada usuário.

O cuidado em rede não se resume aos dispositivos de saúde mental, mas a uma articulação entre esses locais, comunidade e todos os equipamentos da cidade (Brasil, 2004). No cotidiano desse serviço as atividades além-muros do CAPS são constantes: passeios externos, visita ao teatro, cinema, tarde de lazer em clube, são exemplos da utilização da cidade como equipamento de cuidado e saúde. Entendemos que estas são tentativas as quais contribuem para que o usuário possa ocupar os espaços públicos da cidade, assim se fazendo visíveis, contribuindo com a diminuição do estigma e do preconceito.

No cotidiano do CAPS essas práticas são desenvolvidas no período da manhã e tarde para os usuários inseridos na modalidade de *acolhimento e semiacolhimento*. No período noturno, feriado e finais de semana o foco são os cuidados clínicos do usuário.

5.2 Produção de Sentidos

5.2.1 Trabalho em equipe e interdisciplinaridade

O trabalho em saúde mental exige a busca da compreensão de cada pessoa em sua singularidade, em uma perspectiva integral do cuidado em saúde. Dessa forma, o serviço precisa atuar com ações conjuntas entre os seus profissionais e as atividades desenvolvidas no CAPS.

De acordo com Brasil (2015), o CAPS deve atuar com uma equipe mínima que deve conter profissionais de nível superior e técnico, produzindo práticas e atividades alinhadas a uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional de atuação (Queiroz & Cerqueira, 2011). Os resultados encontrados são compatíveis de maneira geral com a discussão da literatura. O trabalho em equipe e interdisciplinaridade é um dos desafios da proposta do modo psicossocial, principalmente ao darmos visibilidade ao trabalho noturno pela dificuldade na articulação com outros profissionais do serviço, que por muitas vezes relataram não conhecer o colega de trabalho de outros turnos.

O trabalho interdisciplinar e multidisciplinar é um dos pontos-chaves para a proposta dos dispositivos de saúde mental, em especial o CAPS (Brasil, 2009). O relacionamento entre os profissionais se evidenciou como uma dificuldade principalmente na relação entre os de nível técnico e superior. Os trechos demonstram os diferentes impactos dessa diferenciação no contexto do CAPS: P8 não tem conhecimento das atividades que são produzidas no serviço, pois isso é de responsabilidade dos profissionais, P19 já procura entender como um auxiliar pode ajudar na construção do planejamento do serviço. Porém P11 deixa claras as consequências dessa diferença, ao serem negligenciadas as informações fornecidas pelos auxiliares. Isso nos faz retomar a Antunes & Queiroz (2007) e Firmo & Jorge (2015), ao concluírem que o avanço e a efetivação da reforma são prejudicados por contextos políticos/culturais.

Nesse aspecto, outro ponto de relevância dos resultados são os processos de comunicação e decisão entre os profissionais do serviço. Muitas decisões são tomadas considerando-se o discurso da autonomia e liberdade individual do membro da equipe, o que em algumas situações, sustenta uma separação entre o que é melhor para o profissional ou para o serviço. No entanto, este mesmo discurso, em outros momentos, mostra-se potente,

permitindo que equipe se uma para oferecer apoio e para o fortalecimento das atividades e o trabalho interdisciplinar.

Retomamos Kantorski et al. (2008) e Almeida et al. (2014) ao concluírem a importância da autonomia criativa para propor atividades, mas também, a ausência em propor. Os nossos resultados iluminam mais um fator: o profissional propõe uma atividade, mas se voltada exclusivamente ao seu interesse, não consegue se alinhar às necessidades de organização do serviço.

5.2.2 Atuação Profissional

A atuação profissional é uma das maiores dificuldades na mudança do modo asilar para o psicossocial, porque não se resume somente a uma mudança de paradigmas, mas à maneira de dar significados a sua prática e ao cuidado com o outro. Para Lima (2015), os dispositivos de saúde mental devem se caracterizar por uma proposta criativa de ações direcionadas para os usuários, e não para sua enfermidade.

Autores como Costa e Paiva (2016) e Gonzaga e Nakamura (2015) apontam que os profissionais possuem dificuldades no fazer de sua prática, predominantemente atuando por meio do olhar biomédico e para a necessidade clara de formação desses membros de equipes. Nos diálogos produzidos nos grupos focais, os profissionais referem-se à falta de formação para a atuação em saúde mental, não só vinculada ao interesse para formação, mas à própria falta de disciplinas nas universidades no nível de graduação.

Para Macedo e Dimenstein (2011), tem havido uma melhora nos currículos especificamente do curso de psicologia para a formação em saúde mental e saúde coletiva, por meio de disciplinas práticas e teóricas. Porém, os autores consideram que os currículos ainda não contribuem para uma formação crítica e proposição de novas práticas e saberes essenciais para a atuação no contexto da saúde mental.

Como dito anteriormente, o trabalho no CAPS oferece uma autonomia para a construção de práticas, estejam elas de acordo ou não com a política de Atenção Psicossocial. A fala da P3 faz referência a um perfil de profissional pouco preocupado para o serviço, ou seja, o que executa essencialmente aquilo que é de sua área de formação, no seu tempo e da sua maneira. Sendo assim, a qualificação da formação em saúde mental se faz necessária diante das dificuldades na mudança de um modo asilar para um psicossocial.

Para Ribeiro (2015), o profissional inserido na política de saúde mental merece cuidado e subsídios sobre as demandas, sofrimento e desafios da prática no contexto da saúde

mental. Em muitos momentos dos grupos, os profissionais conversaram sobre o aumento da demanda, a sobrecarga e a pouca quantidade de membros atuantes como fatores que dificultam o trabalho cotidiano, prejudicando o cuidado e os serviços oferecidos aos usuários e, por conseguinte, dificultando o desenvolvimento de práticas alinhadas ao modo de atenção psicossocial. Vale ressaltar que, além disso, os profissionais enfatizaram o “desgaste” referente à própria natureza do cuidado em saúde mental, que segundo eles, exige muito mais comprometimento do trabalhador de saúde.

5.2.3 Ações de cuidado no cotidiano

Brandão et al (2016) afirmam que o serviço de saúde mental deve apresentar características que estejam de acordo com as propostas do modelo psicossocial. O autor pontua a busca pela inclusão por meio do social, autonomia e engajamento dos usuários nos serviços, acolhimento da população em seu próprio território e profissionais capacitados para atuar dentro desse modelo. Com base nesse autor os usuários possuem autonomia e engajamento próprio referente ao seu cuidado e suas atividades nos serviços de saúde mental.

Os resultados produzidos em nossa pesquisa apontam para desafios e potencialidades no que diz respeito ao aproveitamento, adesão e responsabilização pelo próprio tratamento dos usuários. Além desses pontos, o profissional deve estar atento e ser sensível às questões de vulnerabilidade social dos usuários. Desse modo a escuta deve ser qualificada para estar atento à necessidade dos usuários e suas condições de vida.

De acordo com Brasil (2005), os discursos em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas em saúde e da defesa da saúde coletiva promoveram diversas transformações no fazer cotidiano da saúde mental. Em especial, os profissionais e usuários se tornaram protagonistas do processo de cuidado. Como descrito anteriormente, os profissionais possuem autonomia criativa para propor atividades no CAPS, assim como os usuários podem usufruir das atividades e propostas com base na sua decisão.

A RAPS se configura como uma rede articulada e integrada com os dispositivos de saúde mental e de saúde vinculado ao SUS, buscando promover ações de cuidado integral e acolhimento aos usuários do serviço (Brasil, 2011). No entanto, essa articulação, por vezes, é um desafio. Em nosso estudo, os profissionais referiram como desafio, a dificuldade de continuidade do cuidado iniciado no CAPS e de inserção de outros dispositivos ou personagens desse processo, como a família. Por outro lado, esta articulação é potente quando consegue aproximar serviços e comunidade.

Se pensarmos em cada sentido e em cada profissional as possibilidades de ações coordenadas são diversas no cotidiano do CAPS. A intenção não é de se posicionar a favor ou contra as práticas produzidas, mas de refletir por meio dos sentidos e das práticas, sobre os desafios de implementação dos princípios da reforma psiquiátrica no cotidiano, avançando na adoção de uma estratégia de atenção psicossocial (Yasui & Costa-Rosa, 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Yasui e Costa-Rosa (2007) apontam que as mudanças teóricas, conceituais, éticas e políticas que atravessam o campo da saúde mental sustentam adotarmos uma leitura ampla do modo de atenção psicossocial, visto em sua complexidade. Para os autores, poderíamos falar de uma Estratégia de Atenção Psicossocial, compreendendo a complexidade envolvida na articulação de toda uma rede de cuidados. No entanto, a adoção de uma lógica de estratégia psicossocial no cotidiano dos serviços envolve, com frequência, a tensão e a disputa entre os paradigmas “psicossocial” e “psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador”. Em sua visão, as instituições de saúde mental “vivenciam desafios ao tentar implantar o novo modelo assistencial, pois se deparam com práticas hegemônicas do paradigma que buscam superar” (Yasui & Costa-Rosa, 2008, p. 28).

A presente pesquisa teve como objetivo compreender como se dá, no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de práticas psicossociais aos usuários do serviço. Transitamos assim, por este campo de tensão apontado pelos autores, buscando dar visibilidade para fatores que contribuem ou dificultam a criação e desenvolvimento de práticas psicossociais de cuidado, tal como enunciado pelos profissionais do serviço, em conversas desenvolvidas em grupos focais, e por meio de nossa observação de aspectos de organização do serviço, realizada na imersão de campo.

Em nosso estudo, a presença desta “disputa entre paradigmas” no cotidiano do serviço parece se fazer presente. Ao negociarem sentidos sobre suas práticas cotidianas, os profissionais de saúde do CAPS III nos permitiram compreender que é por meio da coordenação de suas ações no cotidiano que a construção de práticas psicossociais se faz mais ou menos possível. As práticas discursivas, desenvolvidas nos grupos focais, trazem a marca de diferentes discursos sociais (tempo longo e vivido), assim iluminando como a disputa entre os paradigmas “psicossocial” e “psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador” se apresenta no cotidiano do serviço.

Com base em nossa análise, discutimos que a construção de práticas psicossociais oferecidas para o cuidado à saúde mental dos usuários do serviço tem relação com a forma de atuação profissional. As ações realizadas no cotidiano dependem do quanto cada profissional conhece o papel político-social que o CAPS desempenha, além de como consegue estruturar suas atividades considerando os recursos do território, para além do próprio CAPS, utilizando sua autonomia e interesse para propor aos usuários práticas em saúde mental que sejam compatíveis com o modo de atenção psicossocial.

Assim, entendemos que os grupos focais desenvolvidos em nossa pesquisa constituíram-se como um momento de dialogia e, portanto, de grande importância social, por proporcionarem aos profissionais um espaço de questionamento e reflexão sobre os sentidos que atravessam a construção de práticas psicossociais de cuidado em seu cotidiano. Assim, a pesquisa, inscrita no cotidiano, pode se fazer como uma forma de intervenção na realidade, comprometendo-se com a construção de alternativas e futuros preferíveis.

Como um limite de nosso estudo, pontuamos que por não participamos de nenhuma intervenção e atividade proposta junto aos usuários, não nos comprometemos com a descrição de como estas atividades se desenvolvem no cotidiano e suas características. Assim, pudemos descrever os sentidos produzidos pelos profissionais sobre estas práticas, mas não analisar as próprias práticas e as diferentes modalidades de atendimento oferecidas no serviço. Pesquisas futuras podem ampliar o debate nesta direção.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Almeida, A.N.S., Feitosa, R.M.M., Boesmans, E.F., & Silveira, L.C. (2014). Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: Reflexões sobre a prática do enfermeiro. *Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 6(1), 213-231.
- Almeida, M.C.L. (2015). Desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico e gênero: O impacto causado na vida do cuidador do portador de transtorno mental. *Revista Estudos de Sociologia*. 2(21), 345-363.
- Almeida, J.M.C. (2019). Política de Saúde Mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 1-6.
- Amarante, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Antunes, S. M.M.O., & Queiroz, M.S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Caderno de Saúde Pública*. 23 (1), 207-215.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994) Características da investigação qualitativa. In: *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora, 47-51.
- Brandão, T.M., Brêda, M.Z., Nascimento, Y.C.M.L., Albuquerque, M.C.S., & Albuquerque, R.S., (2016). A práxis do enfermeiro na atenção psicossocial: Vulnerabilidades e potencialidades presentes. *Rev enferm UFPE*. 10(6), 4766-4777.
- Brigagão, J.I.M., Nascimento, V.L.V., Tavanti, R.M., Piani, P.P., & Figueiredo, P.P. (2014). Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In M.J.P. Spink, J.I.M. Brigagão, V.L.V. Nascimento, & M.P. Cordeiro (2014). (Orgs). A produção de informação em pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. (publicação virtual)
- Brasil, Ministério Da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção a Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção psicossocial*. Brasília.
- _____. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília.

- _____. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Núcleo Técnico de política nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª Ed, Brasília.
 - _____. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Núcleo de Saúde Mental – Gerência de Enfermagem/SAS/SES/DF. *Cartilha de Orientação em Saúde Mental – Um Caminho para a Inclusão Social*. Brasília.
 - _____. Ministério da Saúde. (2010). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília.
 - _____. Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Atenção a Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília.
 - _____. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde (Série E. Legislação em Saúde).
 - _____. Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental: Cadernos de Atenção Básica*, nº 34. Brasília.
 - _____. Ministério da Saúde. (2014) *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília.
 - _____. Ministério da Saúde. (2015) Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS. Brasília.
 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. (2017). *Cartilha de apresentação de propostas ao Ministério da Saúde*. Brasília.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). Sistema Conselhos de Psicologia inicia pesquisa sobre RAPS. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/sistema-conselhos-psicologia-inicia-pesquisa-raps/>
- Corradi-Webster, C. (2014) Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 89-104). Rio de Janeiro: Editora NOOS.

- Costa, P. A. C., & Paiva, F. S. (2016). Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: Modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Revista de Saúde Coletiva*, 26 (3), 1009-1031.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In Amarante, P (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 169 – 194). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Damous, I., Erlich, H. (2017). O ambulatório de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Revista de Saúde Coletiva*, 27 (4), 911-932.
- Feitosa, K.M.A., Silva, T., Silveira, M.F.A., & Junior, Hudson P.O.S. (2012). (RE)Construção das práticas em saúde mental: Compreensão dos profissionais. *Revista de Psicologia: Teoria e Prática*. 14(1), 40-54.
- Firmo, A. C. A., & Jorge, M. S. B. (2015). Experiências de cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: Produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. *Saúde Soc.* 24 (1), 217-231.
- Gergen, K.J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar. INTERthesis*. 6(1), 299-325.
- Gergen, K.J. (2010). *Construcionismo Social: Um Convite ao Diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Gonzaga, N., & Nakamura, E. (2015). Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: A visão dos profissionais. *Saúde Soc.* 24 (1), 232-243.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Construcionismo Social: tensões e possibilidades de um movimento em permanente construção. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Org.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. (pp. 73-88). Rio de Janeiro, RJ: Instituto NOOS.
- Kind, Luciana. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*. 10(15), 124-136.
- Kantorski, L. P., Mielke, F. B., & Júnior, S. T. (2008). O trabalho do enfermeiro nos Centros de atenção psicossocial. *Trabalho, educação e saúde*, 6 (1), 87-105.
- Lima, E.J.B. (2015). *Cartografias do cuidado em saúde mental: O Piauí em cena* (Tese de doutorado). Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

- Macedo, J.P., & Dimenstein, M. (2011). Formação do psicólogo para a saúde mental: A psicologia piauiense em análise. *Interface*, 15 (39), 1145-1157.
- Macedo, J.Q., Lima, H.P., Alves, M.D.S., Luis, M.A.V., & Braga, V.A.B. (2013). Práticas em serviço de saúde mental: Interface com a satisfação profissional. *Texto Contexto Enferm.* 22(4), 999-1006.
- McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento/construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. . In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: Editora NOOS.
- Mesquita, J. F., Novellino, M. S. F. (2010) A reforma psiquiátrica no Brasil1: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, Minas Gerais.
- Moreira, M.R., Cruz Neto, O., Sucena, L.F.M., & Marins, R.S. (2002). Grupos focais e pesquisa social qualitativa: O debate orientado como técnica de investigação. *Revista Ser Social.* 9, 159-185.
- Nunes, M., Torrenté, M., Ottoni, V., Neto, V. M., & Santana, M. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Saúde Pública*, 24(1), 188-196.
- Pinto, A.G.A., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., Sampaio, J.J.C., Lima, G.P., Bastos, V.C., Sampaio, H.A.C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva.* 17(3), 653-660.
- Queiroz, M.S. & Cerqueira, L.A.D., (2011). Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso).
- Ribeiro, M. C. (2015). Trabalhadores do Centro de atenção psicossocial de Alagoas, Brasil: Interstícios de uma nova prática. *Interface*, 19 (52), 95-107.
- Souza, L. V. (2014). Discurso construcionista social: Uma apresentação possível. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: Editora NOOS.
- Spink, M.J.P., & Gimenes M.G.G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade.* 3(2), 149-171.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M. J. P. (org.) *Práticas*

discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, pp. 41-61.

Spink, M.J.P., (2003). Os métodos de pesquisa como linguagem social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2 (2), 9-21.

Spink, M.J.P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 72 p. ISBN: 978-85-7982-046-5. Disponível em: <http://books.scileo.org>

Tavares, C.M.M. (2005). A Interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto Contexto Enfermagem*. 14(3), 403 – 410.

Teixeira, M.O.L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540-560.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32 (78-79): 27-37.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Apresentação do projeto aos profissionais do CAPS e Cronograma de imersão

A Construção de Práticas Psicossociais no Cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial

Pesquisador: Ismael Mendes

Introdução

As políticas de cuidado em saúde mental passaram de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção diversificada de base comunitária, mais próximo dos usuários e seus familiares. A mudança de um modelo hospitalocêntrico para um olhar psicossocial, é uma das questões ideológicas que traz uma série de complexidades para a atuação de um profissional inserido nas políticas de saúde mental.

Objetivos

Objetivo Geral: Compreender como se dá, no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de práticas psicossociais, e como a articulação dessas práticas permite ou não a produção de um modelo de atenção psicossocial em saúde mental.

Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que se baseia nas contribuições do movimento construcionista social em ciência. O contexto de desenvolvimento desta pesquisa será um CAPS, uma vez que este é entendido como principal dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica.

Constituição do Corpus

O processo de constituição de corpus se dará através de duas etapas principais: a) imersão do pesquisador no contexto, através de observação participante, registradas em notas de campo; e b) realização de grupos focais com os profissionais para investigação de aspectos levantados na observação. A primeira etapa é subsidiária à segunda, que se constituirá o corpus principal de análise da presente pesquisa.

Imersão do pesquisador no contexto

Esta imersão terá uma duração de dois meses, com carga-horária de 8 horas semanais. A imersão do pesquisador no contexto da pesquisa com o objetivo de nos familiarizar com o cotidiano do CAPS III, sua rotina, organização e as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais no cotidiano, em termos das funções que exercem e rotinas de trabalho. Destacamos que neste momento o pesquisador não observará as intervenções dos profissionais junto aos usuários (tais como consultas médicas, grupos terapêuticos, ou atendimentos individuais, entre outros).

Grupos Focais

Após a etapa de imersão no campo e análise prévia das notas de campo, conduziremos entrevistas em grupo focal. Os grupos focais serão realizados de acordo com a disponibilidade dos participantes, a partir de negociação de datas e horários propostos pelo pesquisador após a fase de imersão. Estima-se que cada grupo tenha, em média, uma hora e meia de duração. Intenciona-se realizar três encontros de grupo (um para cada equipe profissional; um em cada turno).

Cronograma de observação do pesquisador no CAPS III

Objetivo: Familiarizar com o cotidiano do CAPS III, sua rotina, organização e as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais no cotidiano, em termos das funções que exercem e rotinas de trabalho. Destacamos que neste momento o pesquisador não observará as intervenções dos profissionais junto aos usuários (tais como consultas médicas, grupos terapêuticos, ou atendimentos individuais, entre outros).

Carga-Horária: 8h semanais

Duração: 2 meses

Quadro de horário do pesquisador no CAPS III

Mês: Fevereiro	Apresentação	
Dia:	28	28
Turno:	Manhã	Tarde
Horário:	8h – 12h	14h – 18h

Mês: Março				
Dia:	01	02	05	07
Turno:	Tarde	Manhã	Manhã	Tarde
Horário:	14h - 18h	8h – 12h	8h – 12h	14h – 18h
Dia:	13	15	21	23
Turno:	Noite	Tarde	Noite	Manhã
Horário:	18h - 22h	14h – 18h	18h – 22h	8h – 12h
Dia:	26	28		
Turno:	Manhã	Manhã		
Horário:	8h – 12h	8h – 12h		

Mês: Abril				
Dia:	05	06	09	12
Turno:	Tarde	Manhã	Manhã	Tarde
Horário:	8h – 12h	8h – 12h	8h – 12h	14h – 18h
Dia:	16	20	26	26
Turno:	Noite	Manhã	Tarde	Manhã
Horário:	18h – 22h	8h – 12h	14h – 18h	8h – 12h

Contato com o pesquisador:

Telefone: (16) 98173-0006

Email: ismael_mendes0@hotmail.com

APÊNDICE B - Convite para participação na pesquisa

CONVITE

Você está convidado a participar de um “Grupo Focal” – isto é, uma entrevista em grupo que será conduzida pelo psicólogo e mestrando: Ismael Mendes, com a sua participação e demais membros da equipe profissional desta Unidade.

Esse “Grupo Focal” tem por objetivo a realização de um estudo sobre a Atenção Psicossocial e sua construção no cotidiano do serviço, como parte final da coleta de dados do pesquisador.

Os grupos ocorrerão nas seguintes datas e horários:

-
- **Data:** 15/05/2018
 - **Horário:** 08h30min
 - **Turno:** manhã
-

- **Data:** 15/05/2018
 - **Horário:** 15h
 - **Turno:** tarde
-

- **Data:** 17/05/2018
 - **Horário:** 18h30min
 - **Turno:** noite
-

DURAÇÃO DE 1 HORA

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Roteiro de Entrevista

1º Parte das Perguntas: Cotidiano

- Como vocês decidiram quais atividades seriam importantes para o CAPS (grupo, plantão psicológico, visitas) e quem seriam os profissionais responsáveis por ela?
- Como avaliam as potencialidades dessas práticas na articulação com a atenção psicossocial?
- Como no cotidiano do serviço as diferentes áreas dialogam entre si?
- Como vocês realizam e trabalham o Projeto Terapêutico Singular?

2º Parte das Perguntas: Compreensão de Psicossocial e Práticas

- Quando vocês ouvem a expressão “Atenção Psicossocial”, que significados são mais importantes, relevantes para vocês?
- Que práticas vocês associam a uma Atenção Psicossocial? Destas atividades, quais são oferecidas/desenvolvidas no CAPS e de quais vocês participam?
- Como as atividades aqui no CAPS são pensadas em uma lógica psicossocial? Há essa articulação?

3º Parte das Perguntas: Desafios do cotidiano de um serviço com várias facetas

- Como é para vocês trabalhar em um serviço que engloba tantas funções, em um único serviço com esta densidade?
- Em sua visão é possível adotar um enfoque psicossocial em todas estas funções no serviço?
- Como a atuação em um ambulatório é feita de modo a responder aos desafios de uma Atenção Psicossocial?
- Como a atuação nos casos de internação é feita de modo a responde aos desafios de uma Atenção Psicossocial? Quais são as atividades propostas para os pacientes?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“A construção de Práticas Psicossociais no Cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial”** realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi e pelo psicólogo e mestrando Ismael Mendes da Silva, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender como se dá, no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de práticas psicossociais, e como a articulação destas práticas permitem ou não a produção de um modelo de atenção psicossocial em saúde mental. Este estudo busca colaborar com a produção de conhecimento sobre Atenção Psicossocial e Saúde Mental no Brasil.

Caso você decida participar, você será convidado a participar de um “grupo focal” – isto é, uma entrevista em grupo que será conduzida por mim, contando com sua participação e demais membros da sua equipe profissional. As conversas ocorridas nessas entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra pelo pesquisador. Elas serão utilizadas apenas para o desenvolvimento dessa pesquisa, sua identidade e outros dados de identificação serão preservados, garantindo seu anonimato, sobretudo na divulgação e publicação dos resultados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Este projeto não apresenta riscos previsíveis. Ainda assim, caso ocorra algum desconforto emocional, você poderá procurar o pesquisador ou sua orientadora para conversar sobre isso.

Para esclarecimentos, denúncia ou reclamações quanto aos aspectos éticos da pesquisa dirija-se ao *Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil. Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br.*

Ribeirão Preto, ___de____de 20____.

Assinatura:_____

Participante: _____

Assinatura_____

Assinatura:_____

Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Pesquisador: Ismael Mendes da Silva

Endereço para contato com os pesquisadores: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Psicologia Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16) 3602-4446/(16) 98173-0006

ANEXO

Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

Ribeirão Preto, 16 de fevereiro de 2018.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"A construção de práticas psicossociais no cotidiano de um centro de atenção psicossocial"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 174ª Reunião Ordinária, realizada em 08.02.2018, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 79929417.5.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)
Ismael Mendes da Silva
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP
Fone: (16) 3315-4811 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 01 da Administração - sala 07
14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: cep@ffclrp.usp.br