

PRÁTICA DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A PRODUÇÃO DO CUIDADO E AS TECNOLOGIAS DAS RELAÇÕES NO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Practice of mental health in the psychosocial attention network: production of care and technology of relations in the collective subject speech

Márcia Maria Mont' Alverne de Barros¹, Maria Salete Bessa Jorge², Antonio Germane Alves Pinto³

RESUMO

Objetiva-se compreender como se dá a produção do cuidado e as tecnologias das relações (humanização, acolhimento, relação usuário-trabalhador da saúde) dos usuários e seus respectivos familiares em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral II da cidade de Sobral-CE. Optou-se pela abordagem qualitativa da pesquisa. Os participantes da pesquisa são 10 usuários da modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência e 10 familiares. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática como técnicas de coleta dos dados. A análise dos dados foi organizada através do discurso do sujeito coletivo e interpretada à luz da hermenêutica de Gadamer. Os resultados demonstram que, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial, os participantes destacaram a atenção corresponsabilizada prestada pelo serviço de saúde mental, a melhoria da assistência e a construção de elementos que favorecem a autonomia e emancipação cidadã. Dessa forma, contextualiza-se um espaço caracterizado pelo cuidado humanizado onde o acolhimento, o vínculo e a inserção do familiar transversaliza toda a prática psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Centros de Atenção Psicossocial. Desinstitucionalização.

INTRODUÇÃO

A constituição do modelo de atenção em saúde mental instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos na elaboração de novos saberes e práticas no campo psicossocial.

ABSTRACT

We aimed to understand the production of care and technologies of relations (humanization, welcoming, user-health provider relationship) of users and their families of the General Centre of Psychosocial Attention (CAPS) II at Sobral, CE, Brazil. The investigation was qualitative. 10 users of the intensive service mode and 10 relatives participated. The data were collected through a semi-structured interview and systematic observation. Data analysis was organized through the collective subject speech and interpreted according to Gadamer's hermeneutics. The results demonstrated that, in the context of the Psychosocial Attention Network, the participants highlighted the care with liaison provided by the mental health service, assistance improvement and the construction of elements that favor autonomy and empowerment. A space is thus contextualized, which is characterized by humanized care, and where welcoming, bonding and family liaison cross-section with the whole psychosocial practice.

KEYWORDS: Mental Health. Mental Health Services. Disinstitutionalization.

A incorporação da experiência e da vivência no ato de cuidar eleva a sublime natureza humana de acolher e de ser solidário àquele com quem interage e, por conseguinte, mantém relações de vida com os mesmos. O trabalhador de saúde diferencia-se pelo núcleo específico de seu exercício laboral, porém, no processo dinâmico de produção do cui-

¹ Márcia Maria Mont' Alverne de Barros, terapeuta ocupacional. Coordenadora Clínica do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II de Sobral-CE. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: marcia_mab@hotmail.com

² Maria Salete Bessa Jorge, enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Pesquisadora CNPq. Docente do Mestrado em Saúde Pública da UECE e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE/UFC.

³ Antonio Germane Alves Pinto, enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutorando em Saúde Coletiva da UECE/UFC. Professor da Universidade Regional do Cariri - URCA.

dado, os dispositivos que o potencializam na resolubilidade é parte comum de todos os sujeitos: usuários e equipe.

Campos¹ argumenta que as pessoas acostumam-se a funcionar conectadas a esquemas mais ou menos rígidos, de papéis e objetivos. Em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS), a fragilidade do controle social deixa a prática do cuidado à mercê de formas de gestão conduzidas pelo velho círculo vicioso da não-mudança e do não-diferente modo de fazer saúde.

Por vezes, os trabalhadores de saúde apresentam-se frente aos usuários com certa vantagem operacional, já que assimilam os saberes tecnológicos e, assim, os regem em relação ao acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade. O fracasso da produção do cuidado é exatamente o não-alcance das necessidades de saúde pelo usuário. Ao interpor seus anseios e vaidades, o trabalhador de saúde, desconectado da responsabilidade de assistir de forma integral, pode dissolver toda uma rede ou conjunto de serviços direcionados ao cidadão.

A prática terapêutica no campo da saúde mental, nessa fase de modificações e aproximações, procura incorporar epistemicamente, abordagens convergentes com a ampliação da clínica e evidenciação do sujeito (usuário) no centro da produção do cuidado, assim como tendo também a família como agente importante deste processo.²

O delineamento do trabalho terapêutico, na atenção psicossocial, constitui-se no pressuposto de aumentar a capacidade de construção da autonomia do usuário. Esta ampliação se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura do mesmo em seu contexto, evidenciada pela oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida e na própria promoção da saúde.¹

Dessa forma, a concepção de cuidado em saúde supera a lógica pontual e casuística da intervenção farmacoterápica por si só. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como direito do ser humano.³

As relações entre os sujeitos, a sociedade e o próprio Estado precisam estar relacionadas com a produção do cuidado e a resolutividade da atenção no SUS. Se a constituição das práticas não referencia o acolhimento, a escuta, a responsabilização e, por fim, a própria autonomia do usuário, advém um cenário deficiente perante a concepção de integralidade.

A crítica aos saberes e aos poderes instituídos indica a utilização de novas práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos e possibilita o arranjo social e institucional no setor saúde.³

Soares *et al.*⁴ acrescentam que uma política pública de saúde, ancorada nos princípios do SUS, da universalidade de cobertura, da equidade de oferta de atenção para igualdade de resultados finais, da descentralização democrática, da integralidade e da complexidade, deve ser constituída de todas as dimensões da saúde coletiva, envolvendo os sujeitos em suas diversas situações de vida, adoecimento e contexto social.

Torna-se fundamental a consolidação de uma atenção à saúde no SUS que incorpore estratégias, políticas e atitudes decorrentes da conjuntura e suas formas de enfrentamento. A explicitação do campo da saúde mental coletiva caracteriza-se pela intensa movimentação socio-institucional conformada historicamente, mas que precisa ser entendida como um todo na ocorrência assistencial e gerencial do SUS.

A formulação de uma nova caminhada para a assistência em saúde mental está sendo estruturada com base na evidenciação do sujeito e na construção de um sistema que viabilize alternativas adequadas ao vivenciar humano na dimensão clínica e cidadã.

Em tempos de Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental tem como premissa básica a desospitalização da pessoa para tratamento de suas enfermidades mentais, proporcionando a sua inserção nos universos familiar e social. A assistência integral é fundamental na identificação precoce de alterações de comportamento e outros sinais crônicos da agudização do quadro sintomático, bem como o acompanhamento, incluindo a terapêutica medicamentosa ou não dos pacientes. Assim, possibilita-se a discussão com a família e comunidade sobre a inclusão/exclusão dessas pessoas, buscando-se também a minimização do estigma existente em relação ao preconceito com a pessoa com adoecimento mental.⁵

A Rede de atenção psicossocial se configura uma ferramenta fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica implantada no SUS, pois os seus dispositivos vêm favorecendo a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante o desenvolvimento de um trabalho articulado com Justiça, Previdência Social, Ação Social, Educação e instituições profissionalizantes.

O Ministério da Saúde ressalta a relevância da construção de uma rede comunitária para a reorganização e redirecionamento da atenção em saúde mental no país, configurando-se numa medida primordial para a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico é uma estratégia essencial para a constituição de um conjunto vivo e concreto

de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. No entanto, torna-se importante mencionar que esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental. Uma rede se consolida na medida em que, de maneira permanente, se articula com diferentes instituições, associações, cooperativas e diversificados espaços sociais.⁶

A implantação da rede de atenção psicossocial deve ser percebida como uma atitude em que vários atores participam doando energia, ideias e trabalho, merecendo assim ser qualificada e, para isso, se faz necessário detectar impressões e por que não dizer as concepções a respeito dessa modalidade de atenção em saúde mental.

O paradoxo da atenção em saúde mental e de suas concepções, elementos e conflitos constituem o processo social complexo e diverso da atenção psicossocial. As dimensões deste processo podem ser pensadas a partir de uma produção, entrelaçamento, contradições e/ou tensões a partir de uma cartografia didática em pelo menos três aspectos: teórico-conceitual; teórico assistencial; jurídico-política e sociocultural.⁷

A atenção psicossocial torna possível a desamarração das correntes virtuais do sofrimento, exclusão e dor. A inserção somente ocorre com o compartilhamento de sentimentos, desejos e saberes. Os saberes e práticas em saúde mental precisam permear a absorção e expansão de sua entranha técnica para que possa favorecer o ajuste, a adequação e a promoção de um equilíbrio mental no sujeito e em seus contextos.

No espaço do trabalho, as equipes de saúde mental devem ter a perspectiva de que os serviços de saúde se comprometem política, ética e clinicamente com o cuidado integral em saúde mental. A atenção à saúde deve possibilitar o ato vivo e inerente ao cotidiano, à subjetividade e o suprimento das necessidades e demandas da população.⁸

Compreende-se que, no âmbito de qualquer modalidade de atenção em saúde, o cuidado humanizado se configura como um aspecto primordial para uma atenção de qualidade às pessoas. Considerando-se o cenário atual em que se busca constituir as redes de cuidados da atenção psicossocial, entende-se que se tornou relevante lançar um olhar investigativo a respeito das concepções dos usuários e familiares sobre a face do cuidado prestado às pessoas, neste caso, com transtornos mentais.

Nesse sentido, objetiva-se compreender como se dá a produção do cuidado e as tecnologias das relações (humanização, acolhimento, relação usuário-trabalhador de saúde) dos usuários e seus respectivos familiares em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Geral II da Cidade de Sobral-CE.

Adotou-se, nesta pesquisa, a definição de trabalhadores de saúde proposta por Paim¹⁰ que define estes como sendo “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de funções atinentes ao setor”.^{10:5}

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Natureza e tipo do estudo

A pesquisa com abordagem qualitativa exige um referencial teórico e metodológico capaz de penetrar no contexto dos sentidos e significados do cenário investigado.¹¹

Neste estudo, segue a pesquisa com eixo de análise no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e na hermenêutica à luz de Gadamer¹². O eixo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é proposto por Lefèvre e Lefèvre²⁶ e optou-se por este por entendê-lo adequado tanto à natureza quanto ao objeto do estudo a ser interpretado.

Campo empírico

O cenário da pesquisa foi o CAPS Geral II Damiano Ximenes Lopes, localizado na cidade de Sobral-CE. O município, até meados de junho de 1999, apresentava uma atenção em saúde mental pautada no modelo hospitalocêntrico. Em 1997, por iniciativa da Secretaria da Saúde e Ação Social, Sobral já havia implantado a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante na organização de sua atenção primária.

Neste contexto, tornou-se necessária também a reformulação do modelo de saúde mental vigente, à época, representado pelo hospital psiquiátrico, que consistia praticamente na única modalidade de assistência disponível na cidade.

A prevalência de internamentos inadequados e a guarda não qualificada de pessoas com transtornos mentais compuseram o cenário de uma triste página na história da psiquiatria do Estado do Ceará. O estabelecimento seguia os padrões estabelecidos e prevalentes na maioria das instituições psiquiátricas do país, configurando-se um ambiente manicomial excludente, no qual imperava o isolamento familiar e social, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias, acima de tudo, maus tratos, os quais consistiram em ponto de partida para denúncias às autoridades responsáveis.¹³

Em 1999, a morte de um usuário, no referido manicômio, por espancamento, suscitou denúncias públicas. Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará foram realizadas duas auditorias, pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, respectivamente, em que a denúncia foi comprovada e surgiram indícios de prática corriqueira de maus tratos e espancamentos. O poder municipal, com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, decretou interdição no manicômio, no período compreendido de março a maio do ano 2000, prorrogada em seguida, por mais um mês.¹³

Após 120 dias de intervenção, o poder municipal descredenciou o referido serviço e instituiu oficialmente a Rede de atenção psicossocial, composta, atualmente, pelos seguintes serviços: CAPS Geral II, (especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes), CAPS álcool e drogas - CAPS ad (especializado no tratamento de pessoas com dependência química), um Serviço Residencial Terapêutico - SRT, uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, um ambulatório de psiquiatria, para cobertura regional e unidades da Estratégia Saúde da Família.

A partir do ano 2000, mediante a implantação da Rede de atenção psicossocial, a cidade de Sobral vem investindo na criação e incorporação de políticas fundamentadas em propostas de reformulação de atenção em saúde mental, baseadas numa concepção não-manicomial das práticas terapêuticas, considerando a questão da cidadania da pessoa com transtorno mental, envolvendo a rede de atenção primária, estimulando uma ampla participação dos usuários, seus familiares e sociedade em geral para o desenvolvimento de ações voltadas para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, considerando a necessidade do acolhimento, respeito e convivência com a diversidade das manifestações humanas.

Participantes da pesquisa

O estudo contemplou dez usuários e dez familiares de ambos os sexos, em tratamento no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, na modalidade de atendimento intensivo e em acompanhamento no grupo de convivência, estabilizados, e que apresentavam histórico de atendimento no modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, encontrando-se, no momento da pesquisa, em tratamento no referido serviço.

Em relação aos critérios de inclusão na pesquisa, considerou-se a saturação das informações, a aceitação e

não-aceitação dos usuários, história de inserção nas diferentes modalidades de assistência, bem como, no momento da pesquisa, deveriam estar em tratamento no CAPS Geral II, apresentando condições físicas e psíquicas consoantes a condição de decidir sobre a participação no estudo. Ainda assim, somente tornaram-se oficialmente participantes da pesquisa, os usuários com coautorização expressa de seus familiares responsáveis.

O atendimento intensivo, no contexto de um CAPS Geral II, diz respeito ao atendimento diário oferecido à pessoa que se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas relacionadas ao convívio social e familiar, precisando assim de atenção continuada. Esse atendimento também pode ser domiciliar, caso se faça necessário.⁶

O autor supracitado acrescenta que, de acordo com o projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02, atendimento intensivo, atendimento semi-intensivo e atendimento não-intensivo.

No CAPS Geral II de Sobral, o atendimento intensivo destina-se tanto aos usuários de alta da unidade de internação psiquiátrica em hospital geral, bem como àqueles com necessidades especiais de habilitação decorrente de seu quadro clínico ou da perda dos laços sociais devido à exclusão, isolamento ou preconceito.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos ético-legais das normas de investigação que envolve seres humanos¹⁴, onde inicialmente solicitou-se autorização formal, por escrito à Diretoria de Ensino e Pesquisa do Instituto de Desenvolvimento em Tecnologias em Saúde da Família e, posteriormente, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

Coleta de dados

A pesquisa realizou-se no período de março de 2007 a maio de 2008. A coleta de informações ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2008.

Utilizaram-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática como técnicas de coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas individualmente, seguindo um roteiro com as principais questões abordadas no objeto do estudo. A expressão das informações requisitadas aos participantes definiu a escolha dos mesmos no processo de saturação teórica do objeto em análise.

A estruturação prévia da entrevista que vai caracterizar a “entrevista semiestruturada” parte de questionamentos e reflexões baseados em teorias e ou hipóteses formuladas antes, e até mesmo no processo de aplicação do instrumento, do que decorrerá o aumento da amplitude investigativa.¹⁵

A observação sistemática é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações.¹⁵

A amostragem intencional definida pela saturação teórica é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nas pesquisas qualitativas em saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes a partir da redundância e convergência de sentido e significado obtido na coleta e análise dos dados.¹⁶

Análise dos dados

Utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, para organização das informações discursivas, pois se entende que ele oferece suporte para a compreensão dos discursos dos participantes da pesquisa, contextualizados a partir de cada situação vivida.

A proposta de Lefèvre e Lefèvre¹⁷, implica na utilização de quatro figuras metodológicas, elaboradas para ajudar a organizar e tabular os discursos, condições prévias e fundamentais para uma boa análise e interpretação desses discursos. As figuras são: as expressões-chave, a ideia central, a ancoragem e o DSC.

Por ocasião do término da coleta de todas as informações (gravadas e transcritas), realizou-se a tabulação das informações. Estas foram organizadas no quadro denominado de instrumento de análise do discurso - IAD.

A ideia central se configura como a síntese do conteúdo dessas expressões, ou seja, o que estas querem efetivamente dizer. Depois da identificação das expressões-chave e ideias centrais de cada depoimento, as ideias semelhantes ou complementares foram agrupadas numa ideia central síntese ou categoria. Denominou-se essa ideia central síntese e construíram-se os DSCs com o conteúdo das ideias centrais semelhantes ou complementares e de suas respectivas expressões-chave. Então cada ideia central síntese deu nascimento a um DSC. Ressalta-se que, nesta pesquisa, não apareceu a figura metodológica denominada de ancoragem.

Os discursos coletados na entrevista foram interpretados à luz da hermenêutica de Gadamer¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

A faixa etária dos participantes está compreendida entre os 23 e os 57 anos de idade. Do total de 10 indivíduos que compuseram a amostra, oito são do sexo masculino e dois do sexo feminino, sendo oito solteiros, um viúvo e um separado.

Em relação à escolaridade, dois concluíram o Ensino Médio; quatro cursaram o Ensino Fundamental incompleto; um o Ensino Fundamental completo e três não são alfabetizados. No tocante à ocupação, cinco usuários são aposentados; quatro encontravam-se desempregados e um era do lar.

No que concerne ao diagnóstico dos usuários, detectou-se que quatro apresentam transtorno afetivo bipolar; três esquizofrenias; um com esquizofrenia hebefrênica; um com transtorno esquizoafetivo e um usuário com transtorno mental devido à lesão e disfunção cerebral e à doença física, associado à epilepsia.

No que diz respeito à manifestação da primeira crise, associada à faixa etária, identificou-se que dois usuários apresentaram a primeira crise aos 15 anos de idade; um apresentou aos 16 anos; um, com 17 anos; um, aos 19 anos de idade; dois, aos 20 anos de idade; um, com 25 anos de idade; um, com 26 anos e outro usuário, aos 35 anos de idade. Observou-se, assim, que a faixa etária da manifestação da primeira crise está compreendida entre os 15 e 35 anos de idade, sendo que a maioria dos usuários apresentou a primeira crise na fase da adolescência.

Dos 10 familiares, oito são do sexo feminino e dois do sexo masculino, sendo que desses, três são solteiros, um, casado, um, separado e cinco são viúvos. A faixa etária dos participantes está compreendida entre os 24 e os 77 anos de idade.

Em relação ao grau de parentesco dos familiares, identificou-se a presença de seis mães, um avô, um filho e duas irmãs. Quanto à escolaridade, constatou-se que dois familiares cursaram o Ensino Fundamental; cinco não concluíram o Ensino Fundamental; e três não eram alfabetizados.

Humanização do cuidado na rede de atenção psicossocial: o discurso do sujeito coletivo dos usuários e familiares

Desse ponto, pode-se ter a história contada em primeira mão, pois ela nasce das concepções e sentimentos dos

usuários e familiares, eles podem, enfaticamente, descrever o ocorrido, o sentido, o experimentado, o real contexto dessa história.

A seguir, identificam-se as ideias centrais (o cuidado humanizado e a satisfação com infraestrutura do CAPS) e o discurso do sujeito coletivo de 10 usuários, em resposta à questão norteadora: Fale-me sobre o cuidado em saúde mental prestado na atual Rede de atenção psicossocial em Sobral.

DSC

Eu tenho respeito no CAPS. Sou tratado como uma pessoa normal e não como um doído, os doutor do CAPS dá valor o que o paciente tem pra falar, quer dizer tem uma humanidade no tratamento. Os pacientes são bem tratados, não tem gente ignorante, existe cuidado bom com o paciente, com o povo da família também. No CAPS eu tenho apoio de todas as partes dos doutores e das doutoras. Os doutor do CAPS se preocupa com os paciente, é uma coisa verdadeira. Hoje o tratamento está um céu porque tem o respeito com os pacientes, existe uma atenção, uma humanidade no tratamento. Hoje tá bem melhor, foi uma mudança muito grande. Ninguém é maltratado nessa saúde mental de hoje, nunca vi nenhum paciente apanhando, nem vi doutor mangando e judiando dos pacientes. Gostei muito dessa casa nova do CAPS, é muito bonita, nem parece uma clínica, um hospital para mental. É uma casa grande, vistosa, aberta. Tem uns banheiro bonito, limpo. O CAPS fica situado na rua mais bonita da cidade, perto das casas das famílias, perto das padarias, das farmácias, perto das pessoas. Isto é bom para os pacientes, mostra que está tendo mais respeito com quem tem problema mental e as pessoas da cidade respeitam mais quem tem problema mental.

Os discursos dos usuários apontaram para o cuidado humanizado, este é enfaticamente colocado como um traço marcante da atenção prestada pelo CAPS. “(...) Hoje o tratamento está um céu, tem o respeito com os pacientes, existe uma humanidade no tratamento.(...) nunca vi nenhum paciente apanhando, nem vi doutor mangando e judiando dos pacientes (...)”. Acredita-se que as marcas produzidas pelos maus tratos e coisificação humana, bastante presentes no cenário da assistência do extinto hospital psiquiátrico, deixaram cicatrizes nesses usuários que, ao estarem envolvidos em outra modalidade de cuidado, logo identificam e destacam o que consideram de grande relevância, ou seja, o fato isolado de não se tornarem vítimas de maus tratos e judiação, proporciona por si só o entendimento de uma assistência humanizada.

O CAPS de Sobral-CE busca direcionar suas ações principalmente fundamentadas em uma atenção humanizada e de qualidade. A humanização do atendimento disponibilizado aos usuários faz parte das reflexões dos gestores e dos trabalhadores de saúde da Rede de atenção Psicossocial.

Enfatiza-se a necessidade da humanização do cuidado, mas o que de fato significa cuidado humanizado? Deslandes¹⁸ conceitua cuidado como um conjunto ampliado e sinérgico entre atitudes, conhecimentos e procedimentos operativos numa determinada relação terapêutica. Atitude pautada no respeito à diferença; ética para fornecer melhor beneficência, buscando-se respeitar o potencial de autonomia do usuário; de empatia ao sofrimento vivenciado por ele; de capacidade de acolhê-lo em seu sofrimento. Os conhecimentos são de diversas naturezas (humanísticos, biomédicos e de gestão), conduzidos da maneira mais adequada e eficaz possível para a produção de alívio, cura, ou condição terapêutica melhor. E, finalmente, um conjunto de procedimentos capazes de operacionalizar estes conhecimentos para o mesmo fim, envolvendo tecnologias apropriadas e diferenciadas segundo as necessidades de cada usuário.

Nesta perspectiva, faz-se necessário considerar as pessoas em sua totalidade, pois as pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas, na sua inteireza. É norteador por este entendimento que os serviços e os trabalhadores de saúde compromissados com a produção de cuidados humanizados devem orientar seu trabalho.

Os estudos de Kunkel¹⁹ destacam a relevância da relação construída entre o trabalhador de saúde e o usuário. Este último é transformado em “paciente”? É colocado em uma situação de inferioridade em relação ao trabalhador de saúde? Se assim for, o atendimento está pautado na desumanização que suprime a dimensão subjetiva relacional. Pois, como se pode falar em humanização se o indivíduo fica insignificante diante do médico ou de outro trabalhador? Tornar-se-á complexo para o usuário conseguir reagir e construir sua saúde, quando na relação com o trabalhador que o atende, ele fica numa posição de submissão, tolhido por inibição em seu saber e sem possibilidade de iniciativa.

No CAPS, busca-se valorizar as falas, as experiências dos usuários e familiares e, a partir disso, estimulá-los a desempenhar um papel ativo, rompendo com a postura de paciente e assumindo uma conduta fundamentada no protagonismo, ou seja, ele deve ser incentivado a adotar uma postura mais ativa nos seus contatos interpessoais e na condução de sua própria vida. Em relação a este fato,

observa-se no discurso dos usuários: “(...) os doutor do CAPS dá valor o que o paciente tem pra falar (...)”.

Kunkel¹⁹ acrescenta outro aspecto importante nesse cenário e realiza os seguintes questionamentos: Como o trabalhador de saúde pode falar em humanização se a vida que se vive fora do consultório ou do hospital não se constitui objeto de seu interesse? Como saber quais são as mais adequadas e eficazes providências que devem ser tomadas para aquele usuário que está diante do trabalhador de saúde, se este último não conhece o modo de viver, as preocupações do usuário? Um atendimento que não valoriza as maneiras de viver das pessoas não pode ser humanizado e nem será resolutivo.

Ayres²⁰ explicita a necessidade de transformação das concepções constituídas a partir do agir em saúde. O ato precisa se afastar do cumprimento de uma intervenção e propiciar a aproximação de uma noção mais ligada ao cuidado. Tal premissa se faz presente, pois o modelo de intervenção submete o objeto (sujeito, “paciente”, família, entre outros.) ao poder-técnico (interventor) e desnuda a singularidade de cada indivíduo.

Pelas observações realizadas, apreendeu-se que a equipe de saúde mental do CAPS entende que deve existir uma aproximação maior do trabalhador de saúde com a forma como os usuários levam suas vidas. Dessa maneira, dispõem de um recurso bastante utilizado e resolutivo, ou seja, a visita domiciliar. Esta se configura uma reveladora possibilidade de identificação de aspectos relevantes da dinâmica familiar e do estado de saúde da pessoa com transtorno mental, possibilitando assim uma atenção mais humanizada, de qualidade e integral para os usuários e seus familiares.

Assim, evidencia-se, na prática, a constatação de que, quando uma pessoa está no meio dos seus semelhantes, ela sente-se mais à vontade para falar da sua dor e dos problemas que está vivendo.¹⁹ No serviço, no consultório, quando está diante do trabalhador de saúde, que domina a situação, muitas vezes, as falas dos usuários podem ficar restritas às perguntas que o trabalhador de saúde valoriza e considera mais importantes.

Observa-se também, pelos discursos dos usuários, o valor, a simbologia positiva que eles atribuem à infraestrutura do CAPS a qual rompe com o cenário de uma clínica ou hospital psiquiátrico. Este fator é importante na medida em que os usuários percebem que a atenção que lhes está sendo prestada se desenvolve em um local considerado “bonito”, “limpo”, portanto, um aspecto então constitutivo de uma assistência humanizada. Eles comparam o novo espaço, com o cenário de um hospital psiquiátrico e logo evidenciam diferenças. “(...) Gostei muito dessa casa nova

do CAPS, é muito bonita, nem parece uma clínica, um hospital para mental. É uma casa grande, vistosa, aberta. Tem uns banheiro bonito, limpo (...)”.

Esse fator merece destaque e aponta para a importância da localização da sede do CAPS Geral II de Sobral-CE, no centro da cidade, em uma área geográfica considerada privilegiada. Rompe-se assim com a cultura de ofertar serviços de atenção em saúde mental em locais distantes do convívio social, característica predominante dos hospitais psiquiátricos.

Entende-se que a libertação dos instrumentos terapêuticos do espaço geográfico marginal e a sua inserção em uma posição social de convivência humana revelam que a saúde mental no município está se tornando objeto das políticas públicas prioritárias. Isto possibilita, simbolicamente e concretamente, o surgimento de impactos significativos no imaginário da população. Esta passou a ser, estrategicamente e inteligentemente, exposta à convivência com o ser diferente, ocorrendo assim o favorecimento da criação de um campo fértil para a desmistificação de mitos, crenças, como para a produção de uma cultura de acolhimento, respeito em relação à pluralidade das expressões humanas.

A construção da cidadania para as pessoas com transtornos mentais é um processo multifacetado, pois, em alguns cenários assistenciais e em determinados contextos sociohistóricos, foi possível comprovar desmedida agressão à dignidade humana, a perda progressiva da autoestima e da autonomia individual e coletiva, trazendo, como consequência, o alijamento dos direitos de cidadania por parte das pessoas com adoecimento mental.²¹

Tecnologia das relações no cuidado em saúde mental

Ficam expressas, nos discursos dos familiares, as ideias centrais de acolhimento e inserção familiar no cuidado. Abaixo, o DSC de 10 familiares, em resposta à questão norteadora: Fale-me sobre o cuidado em saúde mental prestado na atual Rede de atenção psicossocial em Sobral.

DSC

Hoje os doutores, doutoras têm uma atenção a mais com os pacientes, tratam bem, com respeito, fazem aconselhamento para os pacientes e para as famílias. Os doutores são muito delicados com a gente, escuta nós e as família, têm paciência para explicar para nós como deve ser o tratamento. Os pacientes e as famílias podem esclarecer alguma coisa, alguma dúvida sobre o tratamento. As famílias tiveram uma atenção bem melhor por causa dos CAPS, hoje são bem tratada.

As família participa das reuniões de família, dos grupos, nós pode falar como é que tá o tratamento, o que tá bom, se o paciente melhorou, piorou. As famílias hoje não estão sozinha no tratamento, a gente pode desabafar o sofrimento que sente, as dificuldades da luta com os nossos mental, quer dizer isso é um aconchego muito grande. A gente sente mais força, mais apoio para continuar na nossa caminhada. Quando tá difícil lutar com ele, eu venho no CAPS e tenho o apoio de todos. nós temos uma segurança, uma fé no tratamento. As famílias hoje estão amparadas, tem pra onde se socorrer. Eu posso contar com a ajuda do CAPS, o CAPS não deixa as famílias abandonadas, desgarradas. Eu pensei que nunca fosse conseguir cuidar direito do meu filho, mas foi com o trabalho do CAPS que eu vi que eu podia cuidar e conviver com meu filho dentro de casa. Esse grupo de família que tem no CAPS é muito importante porque a gente fala as dificuldades da gente com os nosso paciente em casa, recebe uma orientação, desabafa. Eles se preocupam de verdade com os pacientes, querem uma melhora no estado de saúde deles, são comprometidos em dar uma assistência que presta, por isso é que o tratamento dá resultados bons.

Os discursos dos familiares apontam para uma atenção desenvolvida no CAPS fundamentada na humanização do cuidado, com a predominância de acolhimento e inserção familiar no cuidado. “Hoje os doutores, doutoras têm uma atenção a mais com os pacientes, tratam bem, com respeito, fazem aconselhamento para os pacientes e para as famílias (...)”.

Quanto ao conceito de tecnologia de relação, Mendes-Gonçalves²² adverte que se faz necessário esclarecer que, nas discussões a respeito das relações que ocorrem no processo de trabalho das equipes de trabalho, a tecnologia considerada está relacionada a um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais entre agentes e práticas, conformada em uma totalidade social que é composta não apenas pelo saber, mas também pelos seus desdobramentos materiais e não-materiais.

Merhy⁹ classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em três tipos: leve, leve-dura e dura. A leve diz respeito à tecnologia de relação do tipo produção de vínculo, acolhimento e gestão, estabelecida nos encontros entre os diferentes componentes da equipe de saúde. A leve-dura está relacionada aos saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia. Já a dura refere-se àquela operada por equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais e outros.

Há o reconhecimento de uma relação baseada na atenção, no respeito, na valorização das falas dos usuários e familiares. “(...) Os doutores são muito delicado com a gente, escuta nós e as família, têm paciência para explicar para nós como deve ser o tratamento (...)”

Concorda-se com Corbisier²³, quando afirma que as experiências de equipamentos assistenciais substitutivos ao hospital psiquiátrico indicam que as pessoas com transtornos mentais gostam de ser escutadas e de ter a sua fala valorizada. Enfim, é extremamente importante para elas saber que as suas próprias palavras podem ser traduzidas como um instrumento que as beneficiarão. Nesta nova forma de atendimento, busca-se contemplar as diferenças.

A organização das práticas de saúde e o campo relacional na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilitam a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde.²⁴

Para tanto, a resignificação das relações sociais e o tensionamento das relações de produção encontram, na prática cotidiana, o nexo de constituição entre o cuidado e a integralidade. O caráter intersubjetivo inerente à natureza humana problematiza conscientemente a sua inserção nos próprios processos de trabalho e nas interações entre os sujeitos.⁵

O acolhimento, no cotidiano dos serviços de saúde, deve ser entendido como uma possibilidade de construir uma nova prática, compreendendo-se como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta.²⁵

Os familiares evidenciam a importância da inserção da família no cuidado e mostram-se satisfeitos com a atenção oferecida à família no âmbito da atenção prestada pelo CAPS do município. “(...) As famílias tiveram uma atenção bem melhor por causa dos CAPS, hoje são bem tratada (...) As famílias hoje estão amparadas, tem pra onde se socorrer (...)”.

Há a necessidade de se levar em consideração a participação da família, a qual foi reconhecida no discurso dos familiares como uma estratégia relevante quando a intenção maior é a obtenção de um tratamento de qualidade, resolutivo e eficaz.

Na prática, presenciam-se as dificuldades pelas quais passam os familiares/cuidadores no acompanhamento diário ao indivíduo com transtorno mental, que pode

manifestar diversos sintomas, tais como: ideias delirantes, perturbações do afeto, da linguagem, da vontade, atitudes agressivas, isolamento social, fatores estes causadores de desgaste físico e mental para os membros da família.

O transtorno mental ocasiona prejuízos tanto para a pessoa mentalmente enferma como para os seus familiares/cuidadores, alterando o cotidiano desses últimos com o surgimento de cansaço, alterações do sono e apetite, revolta, temor, irritação, angústia, ansiedade.

Diante desse contexto, a equipe multiprofissional da Rede de atenção psicossocial do município entende que os familiares são personagens fundamentais na atenção às pessoas com transtornos mentais e, assim, consideram de grande importância que os cuidadores recebam um suporte terapêutico para lidar com as diversas situações apresentadas no universo do transtorno mental. Grupos de apoio para os familiares/cuidadores, atenção domiciliar, atendimento individual são alguns dos procedimentos desenvolvidos na atenção às famílias.

Faz-se necessário conhecer a realidade dos familiares, compreendendo suas percepções e representações a partir de suas vivências, propiciando-lhes reflexões sobre a negociação cotidiana de seus problemas; oferecer apoio emocional; propiciar a troca de experiências, saberes e práticas; oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia-a-dia; valorizar a experiência, o conhecimento e os recursos utilizados pelos familiares/cuidadores no enfrentamento da doença.

O papel positivo das famílias nos programas de atenção em saúde mental recebeu reconhecimento há relativamente pouco tempo. A visão anterior da família como fator causal não é válida. O papel das famílias estende-se, agora, para além da dimensão da atenção do dia-a-dia, irradiando-se para as ações organizadas em favor das pessoas com alterações psíquicas. Tais ações exerceram influências relevantes na mudança da legislação sobre saúde mental em alguns países, bem como, em outros, na melhoria dos serviços e no desenvolvimento de redes de apoio.⁵

Em relação à redução das recidivas, a OPAS⁵ argumenta que o trabalho com as famílias sempre foi considerado um complemento da medicação de manutenção e não como sua substituta. De fato, constatou-se que a terapia familiar, quando acrescentada à medicação antipsicótica, mostra-se mais eficaz do que a medicação pura e simples na prevenção de recorrência na esquizofrenia, por exemplo.

Portanto, a compreensão do sofrimento e adoecimento implica o processo saúde-doença para além das causas orgânicas e incluem a relação do sujeito com o seu coti-

diano como determinante também das condições gerais de saúde.²⁶

Faz-se necessário, então, trabalhar mais intensivamente com as famílias, buscando prevenir recidivas, contribuindo assim para a construção de uma convivência o mais saudável possível entre a pessoa com transtorno mental e o familiar.

Tanto em âmbito local quanto nacional, a formação de redes familiares criou parcerias entre provedores de atenção e trabalhadores de saúde. Muitas redes de apoio, além de proporcionar apoio mútuo, converteram-se em defensoras, educando o público em geral, favorecendo também uma ampliação do apoio dos formadores de políticas, buscando combater o estigma e a discriminação.⁵

Sá²⁷ defende que se pode apreender a relevância da família no tratamento da pessoa com transtorno mental e suas importantes contribuições como agente terapêutico, articulador social, rompendo com a visão reducionista e maniqueísta sobre a família e instigando a participação desta na habilitação psicossocial. Esta implica na ampliação de redes sociais. A primeira destas redes a ser pensada deve ser a família, mas isto não deve ficar restrito a esta única instituição, apoiadora. Daí, faz-se necessário implementar ações visando a ampliação quantitativa e qualitativa dessa rede social.

Corroborando com a valorização do papel relevante da família no tratamento de seus parentes com transtornos mentais, Sampaio e Barroso²⁸ argumentam que a família deve ser orientada no sentido de reeducar o usuário a realizar tarefas simples ou mais complexas, considerando-se a aceitação e as possibilidades dessa pessoa, sejam essas tarefas domésticas ou relacionadas ao universo do trabalho. A pessoa com transtorno mental não deve ser vista como uma inválida, pois caso seja encarada dessa maneira, há um prejuízo na relação terapêutica, pois essa atitude leva à acomodação, à rotina e à impotência.

De fato, não é tarefa fácil conquistar a adesão da família no tratamento de seu parente com transtorno mental. Observa-se, no cotidiano do campo psicossocial, que alguns grupos familiares mostram-se resistentes a assumirem a corresponsabilização no tratamento, manifestando condutas negligentes em relação aos usuários. No que se refere a estes, tem-se de adotar uma conduta enérgica, objetiva, pedagógica, levando-os a refletir sobre suas atitudes e consequências das mesmas, corresponsabilizando-os coerentemente, deixando-os cientes das prováveis cobranças legais de seus atos ou omissões. Porém, o trabalhador de saúde não tem o direito de tratar os referidos grupos de forma arbitrária, desrespeitosa, insensível ou perversa.

Quando o trabalhador de saúde encara a família ou o familiar “problemático” como um grande desafio e um importante aliado, e busca envolvê-los no tratamento, colocando-se receptivo para compreender o seu contexto e sua história de vida, ele corre o risco de se deparar com surpreendentes situações benéficas para o tratamento. E assim, o campo tornar-se-á fértil para que, junto com o familiar, trilhem um caminho possibilitador de grandes descobertas e aprendizados recíprocos. Defende-se que, para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município, deve-se considerar os familiares/cuidadores como agentes terapêuticos e importantes aliados da equipe de saúde mental no tratamento da pessoa mentalmente enferma.

Constata-se, no tocante à Rede de atenção psicossocial, que os usuários e familiares ressaltaram a atenção prestada pelo CAPS. Eles vislumbraram e acenaram para um cenário caracterizado pelo cuidado humanizado, acolhimento e inserção familiar no cuidado.

Entende-se que desempenhar o papel de usuário psiquiátrico não é uma tarefa fácil de ser encarada e administrada, assim defende-se a construção de uma relação afetiva entre trabalhador de saúde e usuário. Destacam-se a necessidade da qualidade e eficácia das ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental como aspectos essenciais a serem valorizados.

Assim, defende-se que a atuação do trabalhador de saúde mental deve estar ancorada, prioritariamente, em capacidade técnica e conduta responsável, sem o distanciamento do foco de uma abordagem humanística. Não é concedida ao trabalhador de saúde a chancela de se configurar fonte de diferentes problemas a serem arcados pelas pessoas com problemas psíquicos, pois são diversos os transtornos e as perdas que uma pessoa com adoecimento mental tem de enfrentar em sua vida. O trabalhador de saúde mental não pode, nem deve personificar a figura do algoz do indivíduo com transtorno mental, pois a própria doença mental já assume implacavelmente este papel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que se faz necessária a realização de reflexões permanentes acerca da qualidade das ações de saúde que são desenvolvidas e ofertadas aos usuários e familiares pelos serviços de saúde. É indiscutível que tais ações devam estar fundamentadas em aspectos ético-humanísticos, os quais devem ser entendidos como princípios norteadores da prática dos trabalhadores de saúde que atuam no universo da saúde. Propõe-se que as famílias, prioritariamente, devem estar inseridas no cuidado, que elas precisam de

um olhar, um cuidado e que podem significar - e de fato significam - importantes aliadas no tratamento da pessoa com transtorno mental.

O desafio de produzir o cuidado em saúde de forma integral é possibilitar a garantia do usuário em ser atendido, ou seja, ter acesso pleno e universal a toda rede de serviços e ao próprio diálogo singular com os trabalhadores de saúde para o atendimento de suas necessidades e demandas de saúde.

Acredita-se que, quando os trabalhadores de saúde assumem o compromisso de estabelecer, junto aos usuários e familiares, uma comunicação pautada no respeito, valorização da pessoa humana, encarando essa relação como propiciadora de crescimento pessoal recíproco e aprendizado profissional, há grande possibilidade de construção de ações terapêuticas realmente promotoras de saúde e, assim, eles poderão significar, de fato, agentes de saúde e não mananciais produtores de multiplicação de dificuldades para os usuários assistidos.

A tecnologia em saúde pode se tornar um bem privado e produzir a riqueza somente para alguns sujeitos. Por outro lado, pode intermediar a resolução de muitos outros problemas sendo um bem público, incorporando-se como um componente transformador, democrático, equitativo e promotor de cidadania.²⁹

O cuidado em saúde mental deve relevar o sujeito no plano terapêutico, pois somente através de suas exposições, exclamações, dúvidas, opiniões e anseios emitidos, pode concretizar-se um processo de melhoria da adaptação psicossocial deste à sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
2. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saúde Pública. 2007 out; 23(10):2375-84.
3. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco; 2006. p. 21-36.

4. Soares MS. Plataforma para reorientação da atenção à saúde mental no Ceará. *Rev Sustentação*. 2000 set/dez; 2(4).
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001. 173 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 86p.
7. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
8. Favoreto CAO. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco; 2006. p.205-19.
9. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.116-60.
10. Paim JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2008.
12. Gadamer HG. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1997.
13. Almeida AMG. Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadores. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra-Capa; 2004. p.117-33.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Brasília-DF; 1996.
15. Triviños ANS. Introdução à pesquisa social em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008 jan; 24(1):17-27.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2ª ed. Caxias do Sul- RS: Educs; 2005.
18. Deslandes SF. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco; 2007. p. 385-95.
19. Kunkel MB. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: Ferla AA, Fagundes SM, organizadores. Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2002. p.195-202.
20. Ayres JRJCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):63-72.
21. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev Bras Enferm*. 2006 dez; 59(6):734-39.
22. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
23. Corbisier C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: Bezerra Júnior AP. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 9-15.
24. Ayres JRJCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic, Saúde Educ*. 2004 fev; 8(14):73-92.
25. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007 jan; 23(1):75-85.

26. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Cepesc/Uerj/Abrasco; 2006. p. 91-102.
27. Sá RAR. Re (Habilitação) psicossocial: um enfoque dessa prática na Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral - CE. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA; 2006.
28. Sampaio JJC, Barroso CMC. Psicoses: uma abordagem psicossocial em saúde mental. Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF. Área Saúde Mental. Quixadá: Escola de Saúde Pública; 1997.
29. Ribeiro MS, Stroppa ALPC, Salomão Neto A, Bastos MO, Costa DMT. A Reforma psiquiátrica e Atenção Primária à Saúde: o processo de implantação do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. Rev APS. 2003; 6(1):19-29.

Submissão: março de 2009

Aprovação: julho de 2009
