



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – VRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE
MENTAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Edyane Pereira Barroso Raposo

Fortaleza-CE
Dezembro, 2017

EDYANE PEREIRA BARROSO RAPOSO

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE
MENTAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim

Fortaleza-CE
2017

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

Raposo, Edyane Pereira Barroso.

A Política Nacional de Humanização na Saúde Mental do
Município de Fortaleza / Edyane Pereira Barroso Raposo. - 2017
79 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade de
Fortaleza. Programa de Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.
Orientação: Rosendo Freitas de Amorim.

1. Hipertensão. 2. Tecnologia em Saúde. 3. Cuidador. 4.
Educação em Saúde. I. Amorim, Rosendo Freitas de. II. Título.

EDYANE PEREIRA BARROSO RAPOSO

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO
DE FORTALEZA

Grupo de Pesquisa:

Linha de Pesquisa: Cultura e Humanização em Saúde

Núcleo Temático:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim – Orientador

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – Co-Orientadora

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Preciliana Barreto de Moraes – Membro Efetivo

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Prof. Dr. Michell Ângelo Marques de Araújo – Membro Suplente

Universidade Federal do Ceará - UFC

Aprovada em ___/___/___

Ao meu marido Ramon, meus
filhos Ramon Filho e Renan,
minha filha Gabriella e aos meus
pais Edgildo e Eliane, sem vocês
não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a essência do meu viver, que me dá forças em todos os momentos de minha existência, sem o qual, não seria o que sou.

A Ramon Raposo, meu amor e companheiro incondicional em tudo o que faço, meu maior incentivador e apoiador que me possibilitou a realização desse sonho.

Aos meus amados e queridos filhos: Ramon Filho, Renan e Gabriella, molas propulsoras do meu viver. Agradeço a tolerância e paciência comigo nos momentos de minha ausência materna.

Aos meus pais, apoiadores incansáveis em meus projetos de vida, fortalecendo meu espírito com amor e muita oração.

Ao meu orientador, professor Rosendo, pelas dicas de leitura, apoio, incentivo e por sua credibilidade e confiança em mim depositada.

A minha co-orientadora, professora Lucélia Farias, pelo incentivo e apoio que tornaram possível a finalização desta dissertação.

A todos os colegas do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, com quem compartilhei trabalho, amizade e teorias.

Aos queridos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza que me ajudaram em minha pesquisa, compartilhando um pouco de suas vidas e me ajudando a ampliar meu olhar, resignificando muitos conceitos e práticas.

RESUMO

Dialogar acerca da saúde mental e seu trajeto no avanço da humanidade nos conduzem ao acontecimento histórico da Reforma Psiquiátrica. Essa surge como forma de repensar as políticas públicas relacionadas à loucura e ao que não se encontra dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade. Os Centros de Atenção Psicossocial surgem como carro chefe desta reforma. Neste contexto, a Política Nacional de Humanização, apresenta grande relevância no que se refere às ações em saúde, em destaque ao atendimento de pessoas nos serviços de saúde. Procuramos compreender as contribuições que as diretrizes e dispositivos da PNH já trouxeram para os serviços de saúde mental do município de Fortaleza por meio dos olhares dos usuários. Utilizamos grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observação em campo, metodologias caracteristicamente qualitativas, como forma de melhor compreender o ponto de vista e as experiências vivenciadas pelos usuários dos serviços. Como cenário da pesquisa, tivemos os Centros de Atenção Psicossocial destinado a acolher os pacientes com transtornos mentais moderados e severos – CAPS GERAL do Município de Fortaleza. Os participantes da pesquisa foram 64 usuários do Sistema Único de Saúde que se encontram em tratamento nos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial Geral. Os procedimentos de coleta de dados incluíram três etapas: anotações em diário de campo, grupos focais, aplicação de uma entrevista semiestruturada e das observações realizadas durante as visitas ao serviço. Posteriormente foi realizada análise de dados onde utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Reconhecemos que as estratégias de humanização relatadas pelos usuários, utilizadas pelos serviços, evidenciam uma humanização das práticas de saúde concentrada no ideário dos valores humanitários; respeito, dignidade, compromisso, resolubilidade e bom atendimento, por muito esquecidos na contemporaneidade. Sugerimos uma reflexão sobre a diferenciação entre uma humanização das práticas em saúde da Política Nacional de Humanização, visto que está propõe ações intensivas e amplas embasadas em princípios, diretrizes e estabelecimento de dispositivos que consolidam sua implantação.

Palavras-chave: Saúde Mental. Humanização. Reforma Psiquiátrica. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Dialogues about mental health and its path in the advancement of humanity lead us to the historical event of the Psychiatric Reform. This emerges as a way of rethinking public policies related to madness as well as to what is not within the standards established by society. The Psychosocial Care Centers appear as the flagship of this reform. In this context, the National Humanization Policy has a great relevance in relation to health actions, in particular, the care of people in health services. We sought to understand the contributions that the guidelines and dispositions of the NHP (National Humanization Policy) have already brought to the mental health services of the city of Fortaleza through the users' way of looking (angle/context/perspective). We used a characteristically qualitative methodology as a way to better understand the point of view and the experiences of the services' users. As a research scenario, we had the Centers for Psychosocial Care intended to accommodate patients with moderate and severe mental disorders - CAPS GERAL of Fortaleza. The participants of the research were 64 users of the Unified Health System that are being treated in the services of the General Psychosocial Care Centers. The data collection procedures included three steps: field journal annotations, focus groups, semi-structured interview and observations made during the visits to the service. We recognize that the humanization strategies reported by the users, used by the services, show a humanization of health practices focused on the ideals of humanitarian values, which are long forgotten in contemporary times. It suggests a reflection on the differentiation between a humanization of the health practices of the National Humanization Policy since it proposes intensive and broad actions based on principles, guidelines, and the establishment of devices that consolidate its implementation.

Keywords: Mental Health. Humanization. Psychiatric Reform. Psychosocial Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
EUA	Estados Unidos da América
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional da Humanização da assistência Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
PVC	Programa de Volta Para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SOPAI	Sociedade de Assistência e Proteção a Infância de Fortaleza
SR	Secretaria Regional
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UAPS	Unidade de Atenção Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Resgate histórico da reforma psiquiátrica.....	16
3.1.1	A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	20
3.1.2	A Reforma Psiquiátrica no Ceará	23
3.2	Política Nacional De Humanização (PNH)/Sistema Único De Saúde (SUS).....	24
3.3	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	30
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de estudo.....	37
4.2	Local de estudo	38
4.3	População de estudo.....	38
4.4	Coleta dos dados	39
4.5	Análise de dados	41
4.6	Aspectos éticos legais	42
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
5.1.1	Categoria 1: Como os usuários chegam!?	43
5.1.2	Categoria 2: O médico é tudo!.....	47
5.1.3	Categoria 3: Como vejo o CAPS!.....	49
5.1.4	Categoria 4: Eu e a gestão do CAPS!	51

5.1.5 Categoria 5: Conheço meus direitos!?	54
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	65
ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

O sofrimento mental tem ocupado os diversos espaços na sociedade desde sempre. Dependendo do momento histórico e do local, este é visto de diferentes formas, no entanto, aspectos como exclusão, segregação e marginalização continuam presentes nas relações sociais.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS; OPAS, 2001) é possível observarmos em todas as regiões, todos os países e todas as sociedades pessoas com transtornos mentais e comportamentais. Uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em dada fase da vida, independente do sexo, idade, poder aquisitivo e localização de moradia.

Dialogar acerca da saúde mental e seu trajeto no avanço da humanidade nos conduzem ao acontecimento histórico da reforma psiquiátrica. A reforma psiquiátrica surgiu há mais de 50 anos, contudo mantém-se em permanente construção, pois cada lugar tem particularidades, buscando estratégias para romper com o modelo manicomial (LIMA,2011).

Segundo Pôrto (2010), no mundo, a reforma psiquiátrica teve marco na Itália, com início em 1961. A desinstitucionalização em Psiquiatria serviu de inspiração ao Brasil, que buscou romper com paradigmas da época.

O início da reforma psiquiátrica, no Brasil, se deu no mesmo período da reforma sanitária, momento em que se buscou progredir no que se refere a transformações no modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, embora contemporâneo ao “movimento sanitário”, a reforma psiquiátrica teve seu próprio caminho nos anos 1970, marcado por avanços e conquistas, com influência internacional na busca de romper com o modelo manicomial (BRASIL,2005).

Com a proposta de se discutir a necessidade de modelos de atenção substitutivos, iniciou no Brasil, no ano de 1970, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (PÔRTO,2010). Em 1978, surgiu no Brasil um movimento que marcou de forma concreta a procura pelos direitos dos usuários psiquiátricos no país, o MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, militando em favor do processo de desinstitucionalização, posicionando-se contra a medicalização da loucura e o modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 2005).

A década de 1980, do século XX, foi marcada pela conquista na área social por

intermédio da redemocratização do país. Em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), com a temática: “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo período, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (Brasil, 2005). Amarante (2005), destaca que nesse contexto começaram os debates sobre a “loucura”, a respeito da falta de direitos humanos e acerca do panorama da psiquiatria brasileira.

Vale realçar a realização, no fim de 2001, em Brasília, da III Conferência Nacional de Saúde Mental depois da promulgação da Lei nº 10.216, que consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, apresentando o CAPS como serviço substitutivo que fortalece a proposta de mudança do modelo de assistência, possibilitando a promoção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, como também o controle social para que possibilite um avanço da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Assim, na saúde mental, conforme Ballarin (2009), a reorientação da assistência avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra hospitalar. Visto que, conforme Rosa (2000), as práticas em saúde mental de modo asilar, apresentam como principais características: ênfase na consideração das determinações orgânicas dos problemas, tratamento medicamentoso e isolamento do indivíduo das suas relações familiares e sociais.

Essa reorientação vem ocorrendo de forma gradual, considerando a reforma psiquiátrica, a reforma sanitária e os movimentos de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial.

Como resposta às críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e as denúncias do abandono da violência e dos maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país, a reforma psiquiátrica surge como forma de repensar as políticas públicas relacionadas à loucura e ao que não se encontra dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade. Para isso, surgem vários dispositivos com a tarefa de reinserir o sujeito ao seu território, ao seu cotidiano, a sua família e a sua vida.

No Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, é de especial importância o surgimento do primeiro CAPS. Em 1989 é iniciado um processo de intervenção, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Nesse período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Demonstrando, pela primeira vez,

que era possível tornar a reforma psiquiátrica real e não somente uma retórica (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005)

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como carro chefe desta reforma, sendo um dispositivo estratégico na desinstitucionalização do sujeito. O desafio agora é traçar um cuidado voltado para singularidade do sujeito, com base na comunidade que este se encontra inserido, respeitando assim sua subjetividade e o tornando protagonista de sua história.

Em conjunto a reforma psiquiátrica, o movimento da reforma sanitária no Brasil, na década de 80, nasceu do olhar crítico aos serviços de saúde e da sua ineficiência na resolutividade dos problemas de saúde coletiva. Iniciando assim, a construção de estratégias em volta da reorientação da produção de serviços de saúde, corporificando o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, fruto essencial da efervescência política, incluindo diversos atores sociais, possui princípios que asseguram aos usuários usufruir de um serviço baseado em suas necessidades, e que considera o indivíduo em sua singularidade, valorizando sua família e sua rede social.

O sistema atua segundo a determinação de alguns princípios, dentre os quais se destaca a Integralidade, que deve ser trabalhada em várias dimensões para que, de forma ampla, e por ações articuladas em rede, possibilite um direcionamento do cuidado em diversos serviços de saúde (MATUMOTO, 2009).

O desafio encontra-se na reorganização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, como possibilidade de empoderamento de novas relações com os usuários, a fim de se obter uma relação mais solidária e humanizada, resultando em uma nova forma de produção do cuidado.

Diante deste cenário, observamos um crescente investimento nas práticas e políticas de humanização. No ano de 2003 surge a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão do SUS que teve por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de profissionais, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho. Problemas esses ligados diretamente às questões presentes no cotidiano da sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Na prática, a PNH busca a ampliação do acesso, o atendimento acolhedor e resolutivo, a implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo, a garantia dos direitos dos usuários, a valorização do trabalho na saúde e a gestão participativa nos serviços.

Neste contexto, a PNH apresenta grande relevância no que se refere às ações em saúde, em destaque ao atendimento de pessoas nos serviços de saúde. Tratando-se de saúde mental, esse tema ganha maior relevância, visto que por muito tempo, esses atendimentos foram realizados de forma asilar, respaldado por um saber médico, excludente, com negação completa de qualquer cidadania e humanização.

Em virtude da substituição dos atendimentos em hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária que ocorre em Fortaleza, como em todo o Brasil, os princípios que regem a PNH passam a receber ampla relevância nas atividades diárias dos serviços, surgindo assim o interesse em analisar a PNH do SUS, especificamente no campo da saúde mental do município de Fortaleza.

O interesse por esse tema tem como fonte inspiradora minha trajetória profissional no campo da saúde mental. No ano de 2011, logo após minha graduação em psicologia, iniciei meu trabalho como psicóloga no CAPS da Secretaria Regional VI do município de Fortaleza. A decisão de pesquisar a Política de Humanização na Saúde Mental foi consolidada quando me deparei trabalhando como Assistente Técnica da Célula de Atenção à Saúde Mental do município de Fortaleza. Neste momento, comecei a vivenciar e acompanhar os processos de trabalhos que se passava em todos os CAPS do município.

Dessa forma, nas experiências profissionais encontram-se a justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa. Essas experiências tiveram, e continuam tendo, grande significado para minha vida, despertando o fascínio pela Saúde Mental, pelos problemas que atravessam as políticas públicas voltadas para esse campo, ao longo da história da humanidade, e pelas pesquisas relacionadas à temática.

Nosso estudo também é justificado pela relevância social e a importância dele nas mais diversas áreas da contemporaneidade, visto que desde as civilizações antigas, os cuidados à saúde é uma necessidade que acompanha a humanidade. Nesta caminhada, embora os percalços sejam muitos, os avanços na melhoria das ações em saúde ocorreram de forma significativa.

Diante desta realidade, nos questionamos: quais são os cuidados necessários para humanização na percepção dos usuários? Elas estão em acordo com o que preconiza a Política

Nacional de Humanização? O que é percebido pelo usuário em referência as dificuldades e potencialidades da humanização nos serviços?

Procuramos compreender as contribuições que as diretrizes e dispositivos da PNH já trouxeram para os serviços de saúde mental do município de Fortaleza por meio dos olhares dos usuários.

Após mais de dez anos de implantação da PNH, apresentamos como pressuposto para nosso projeto a provável contribuição das suas estratégias para o trabalho no CAPS geral, no sentido de promover atendimentos mais resolutivos, possibilitando o exercício da cidadania, a corresponsabilização no projeto terapêutico e no estabelecimento de vínculos.

Os estudos em torno dessa temática favorecem as avaliações e as reflexões sobre a implantação de uma política com vistas às transformações sugeridas no Sistema Único de Saúde e na Reforma Sanitária, realizando uma análise da real concepção e potencialidade da PNH nos serviços de saúde mental.

A construção dessa pesquisa busca contribuir para discussão acerca do ponto de vista de usuários, refletindo sobre os construtos teóricos e práticos que permeiam a Política Nacional de Humanização na Saúde Mental. Além de garantir uma reflexão sobre o modo de produção de cuidado estabelecido no contexto dos serviços de saúde mental e possíveis mudanças na prática cotidiana do serviço. Por fim, realizar a aproximação da academia aos serviços de saúde fortalecendo a troca entre teoria e prática, buscando mudanças e crescimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender a percepção dos usuários dos serviços de saúde mental de Fortaleza sobre as estratégias de humanização utilizadas nesses serviços.

2.2 Específicos

- ✓ Identificar na percepção dos usuários cuidados necessários para humanização.
- ✓ Descrever aspectos dificultadores e potencializantes da humanização nos serviços pelos usuários.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Resgate histórico da reforma psiquiátrica

A sociedade, no decorrer de sua caminhada, tem recriado conceitos e valores, conseguindo, de forma gradual, se libertar de preconceitos e estigmas postos por determinados grupos sociais.

Podemos perceber o esforço realizado para compreender e repensar o que não se encontra dentro de padrões ou aparente normalidade. O reconhecimento que dentro da sociedade é possível encontrar o que não é comum, aquilo que incomoda.

No percurso da história do convívio com a loucura, iniciada no embarque na Nau dos Loucos, a loucura nem sempre foi vista como uma doença sujeita ao diagnóstico, ao tratamento e cura. Muito menos como um desvio, erro passível de correção e/ou punição. A interpretação da loucura como fenômeno social se diferencia conforme a época vivida.

Em “História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault (2004) percorre as transformações de sentidos pelos quais a loucura apresentou até obter o conceito de “doença mental”, passando a necessitar de uma especialidade dentro da medicina. Destacou três grandes momentos que determinaram as transformações na loucura: a idade média, a grande internação e os tempos contemporâneos.

Na idade média, a loucura é vista como uma experiência trágica, recebendo uma explicação mística. Já no final deste período, a loucura passará a adentrar um universo moral ocupando, segundo Foucault (2004), o primeiro lugar na hierarquia dos vícios do homem.

Nos séculos XV e XVI os loucos tinham liberdade para andar pelas cidades. Entretanto viviam da caridade do povo, semelhante ao tratamento dado aos pobres. Presumia-se que a existência de pobres e de loucos fazia parte dos desígnios de Deus. Assim sendo, ajudar aos necessitados era uma forma de ter a salvação (FOUCAULT, 1997).

Na idade Moderna, mais especificamente no século XVI, a loucura irá ser confiscada por uma razão dominadora. O racionalismo moderno irá separar a sabedoria da loucura. Com relação a essa mudança na percepção social da loucura, Amarante (2005) ratifica que, enquanto a primeira visão reservava um lugar social reconhecido no universo da verdade, a visão crítica organiza um lugar de encerramento, morte e exclusão para o louco. Esse lugar de exclusão será o hospital.

Os hospitais de hoje, tão naturalmente associados à medicina, não nasceram como instituições médicas. Eles surgem como instituições de hospitalidade, filantrópicas, religiosas, de cuidado dos mendigos, das pessoas com condições associadas à pobreza e a carência econômica e social. Posteriormente, após o século XVII, os hospitais passaram a exercer também uma função social e disciplinar. Grandes instituições com centenas ou milhares de pessoas internadas, amontoadas nos pavilhões e nos pátios (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Foucault (1997), no seu livro *História da Loucura na Idade Média*, ressaltou a expressão “A Grande Instituição” para referir-se a essas macroinstituições asilares, características da época. Neste período, o entendimento quanto ao tratamento destinado aos loucos muda drasticamente, iniciando o período das internações compulsórias em grande escala, em hospitais gerais e leprosários.

A forma mais fácil encontrada para conviver com o diferente foi tirá-lo do convívio social. Para isso criou-se instituições onde se aprisionava o que era tido como fora do padrão. A internação não tinha nenhuma vocação médica, se tratava de uma medida assistencial. O hospital deveria cuidar daqueles que a sociedade não aceitava.

Assim, a loucura perdeu a implicação que antes possuía de ser obra de um deus ou do demônio, se tornando um estigma que passa a acompanhar aqueles que viveram a experiência de serem internados e nunca mais conseguem retomar a plena autonomia, embora não estejam mais no hospital, continuarão excluídos pela sociedade (PACHECO, 2009).

Dessa forma, o percurso empregado para o cuidado com a pobreza e a loucura foi à internação. Os loucos, como os outros internos, foram enclausurados por não se adequarem ao novo modelo de produção que se instaurava na sociedade europeia. Diante do novo mundo, no qual a razão ocupava o lugar central, os loucos representavam um desvio irracional. Durante todo o século XVII, e boa parte do século XVIII, os hospitais caminharam com um olhar para os loucos, sem nenhuma preocupação médica.

A visão da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade, aproximadamente 200 anos. Em conformidade com Gonçalves e Sena (2001), a partir do século XVIII é que o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana, estabelecendo “o diferente”, o que foge ao padrão. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçam a sociedade.

Embora, de acordo com Foucault (1997), a loucura, bem como o lugar para se tratar dos loucos, sempre existiu (templos, domicílios e instituições), a instituição psiquiátrica, formalmente, é uma idealização do século XVIII. Somente no final deste século a loucura passará a condição de doença mental. A psiquiatria como área do saber específico para tratá-la e o manicômio como um lugar exclusivo para o tratamento.

Este lugar, segundo Amarante (1995), concretiza a metáfora da exclusão que a modernidade produz na relação com a diferença. Marcando cegamente a divergência entre os que devem estar dentro ou fora de seus muros, a partir de critérios construídos ao longo da história e respaldados culturalmente, amparado ao “bom funcionamento” da sociedade.

Foi por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade. Revelando o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas (BASAGLIA, 1985).

Contudo, o manicômio não existirá para sempre. Ele teve um começo e espera-se que ele tenha um fim. Cada país com seu contexto social e sua cultura própria, estabeleceu um lugar de existência para o manicômio, que influenciou a forma com que se deu, cada movimento de Reforma, nos diversos lugares onde ela aconteceu (PACHECO, 2009).

As experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas pelo mundo, em particular na Itália, Inglaterra, França, EUA e Brasil, possuem suas especificidades. No entanto, é possível encontrarmos também aspectos em comum como as demandas sociais de reorganização de espaço hospitalar e sua medicalização. Ressaltando a importância do contexto sócio histórico, as demandas comunitárias e os cenários sociais nas relações com o trabalho, a doença, o desvio e a diferença de uma forma geral encontrado particularmente em cada território (AMARANTE, 1995).

Como resultado de um processo histórico de questionamentos e reelaborações das concepções e práticas da psiquiatria clássica, a Reforma Psiquiátrica, embora seja algo complexo, pode ser entendida como uma busca na mudança da forma de olhar, escutar e tratar a loucura. E a fim de entender sua história, Pacheco (2009), divide a trajetória da Reforma Psiquiátrica em três grandes períodos.

No primeiro período encontramos as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e em algumas localidades dos Estados Unidos, marcadas por um funcionamento mais democrático e com as relações institucionais horizontais, onde se buscava garantir o atendimento a

soldados ex-combatentes da segunda guerra e a população civil como um todo. As experiências das Comunidades Terapêuticas e da Psicologia Institucional foram importantes à medida que transformaram os hospitais psiquiátricos em lugares mais humanizados. Porém não transformaram o estado de exclusão social dos usuários, pois não realizaram questionamentos a instituição psiquiátrica (PACHECO, 2009).

No segundo momento, Pacheco (2009) descreve que começou a serem definidas algumas políticas de Saúde Mental nos Estados Unidos e na Europa, sendo o embrião da ideia de territorialidade. O tratamento deveria ocorrer no contexto no qual o sujeito estava inserido.

O último período, conhecido como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, que tinha como um dos pressupostos que a loucura é um fenômeno que ocorre entre os homens e não dentro deles. E a loucura, sendo considerada uma produção social, não justificava ações excludentes no seu tratamento (PACHECO, 2009).

No âmbito da Psiquiatria Democrática, um dos nomes mais importantes da Reforma Psiquiátrica foi Basaglia. Nascido em 1924, sua formação humanística e filosófica, mais precisamente no campo da fenomenologia e existencialismo, e com sua experiência de prisão durante a segunda guerra, lhe conduziu para um olhar diferenciado das concepções psiquiátricas clássicas com relação às instituições e a doença mental.

Para Corbisier (2000), a análise sistemática feita por Basaglia e seus seguidores a respeito da cultura manicomial foi deixando cada vez mais claro o quanto o asilo, como instituição real, concreta, é apenas um dos instrumentos por meio dos quais a cultura manicomial, nessas sociedades, têm lidado com a experiência humana da loucura e do sofrimento psíquico intolerável. Revelando ainda, que a doença mental deveria ser trabalhada no contexto da relação do indivíduo com seu corpo, na busca da construção de uma subjetividade. Passando então a empreender algumas transformações radicais no funcionamento do hospital. Essa experiência trouxe um novo conceito de desinstitucionalização e não somente um simples processo de desospitalização.

A desinstitucionalização nasce como resposta às ações implementadas nessas instituições, onde o sujeito era anulado por completo, se tornando mais um dentre outros. Seu nome agora se encontrava vinculado a um diagnóstico. Suas atividades e desejos presos a normas e regras coletivas. Uma verdadeira afronta a dignidade humana. Nesse sentido, Amarante (1995) destaca que desinstitucionalizar não deve se confundir e nem se restringir a desospitalizar. Isto porque a ação de desospitalização se refere somente a extinção de

organizações hospitalares/manicomiais. A desinstitucionalização significa entender a instituição no seu sentido dinâmico e, necessariamente, complexo das práticas e saberes, que produzem determinadas formas de perceber, entender e se relacionar com os fenômenos sociais e históricos.

Visto que, a prática das longas internações em hospitais psiquiátricos, fazem parte de um funcionamento social que respalda e corresponde a uma visão de homem, construída historicamente, com suas implicações políticas, econômicas e sociais (PACHECO, 2009).

Enfim, a Reforma Psiquiátrica traz, em sua essência, o objetivo da desinstitucionalização como nova conduta de funcionamento dos hospitais psiquiátricos e manicômios, bem como a alteração de paradigma acerca da loucura, trazendo o louco de volta a sociedade por meio de reabilitação psicossocial, da cidadania e da autonomia.

3.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, no final da década de 70, se iniciou a configuração do movimento da reforma psiquiátrica com um forte questionamento das políticas públicas de saúde mental e do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos e em estratégias de exclusão. Neste período tivemos então, pela primeira vez, o discurso acerca do fim dos hospitais psiquiátricos, que atualmente encontramos no centro dos processos de desinstitucionalização (GOULART, 2007).

Nesse processo de reforma psiquiátrica brasileira, Oliveira (2005) ressalta os seguintes momentos: os movimentos populares estruturados no sentido de indagar a função social da psiquiatria, dos hospitais psiquiátricos e dos trabalhadores em saúde mental, além de requerer direitos dos “doentes mentais”; as políticas nacionais delineadas, especialmente a partir dos anos 90, no setor saúde, estabelecendo uma rede assistencial que apresenta alternativas à internação em hospitais psiquiátricos; e a legislação nacional e estaduais que garantem um novo modelo assistencial para o atendimento dos problemas de saúde mental da população, além da garantia, aos portadores dos transtornos mentais, dos direitos de cidadania.

Enfatizando que esse movimento de reforma vem se construindo há várias décadas, com a contribuição de diferentes segmentos da sociedade e com a desconstrução do modelo hegemônico. Demonstrando a fragilidade e equívocos do modelo que norteia os paradigmas da psiquiatria clássica, onde o hospital psiquiátrico se apresenta como única alternativa de tratamento, favorecendo a cronificação e exclusão do sujeito (GONÇALVES; SENA, 2001).

A desqualificação da psiquiatria tradicional no tratamento da loucura e das pessoas em sofrimento psíquico, é exibida na Declaração de Caracas (BRASIL, 2004a) de 1990, onde se afirma que os hospitais psiquiátricos não podem isolar o paciente de seu meio, colocando em risco os direitos humanos do indivíduo.

Através da Declaração de Caracas inicia-se o processo de reforma psiquiátrica nos países Ibero-Americanos. Em novembro do ano de 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, através de uma junta formada por políticos sanitaristas, estudiosos locais com experiência em saúde mental, e com o apoio de técnicos espanhóis, italianos e sueco, reuniram-se na cidade de Caracas, e deliberaram diretrizes para a reforma psiquiátrica para a América Latina e Caribe (DESVIAT, 2015).

Schneider (2003), coloca que a reforma psiquiátrica tem construído importantes ações e intervenções vindo a consolidar a produção de uma clínica ampliada em saúde mental. Tem como ênfase principal a desinstitucionalização, com a consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas, bem como a cidadania do usuário com transtorno psíquico vem sendo objeto de discussão, não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da reforma psiquiátrica.

Para o Ministério da Saúde (SENAD, 2014), a internação no hospital psiquiátrico reforça o estigma e o preconceito contra pessoas portadoras de transtornos mentais e que tem problemas com álcool e outras drogas, contribuindo para o desrespeito aos direitos de cidadania. Dificulta também a reinserção dos usuários em sua família, em seu trabalho e na sociedade. Por esses motivos, a reforma psiquiátrica brasileira se propôs substituir os grandes hospitais psiquiátricos, por uma rede de assistência à saúde mental que procura garantir os direitos e maiores acesso a circulação social dos usuários.

No Brasil, em 1985, com um regime de governo democrático, aumentou a valorização do direito à cidadania. Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi criada uma comissão para elaborar novas propostas à assistência psiquiátrica brasileira. Essa comissão propôs que o atendimento psiquiátrico passasse a ser integral, multiprofissional e realizado em postos de saúde, ambulatórios especializados e em serviços criados especialmente para esse atendimento, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2005).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada no Rio de Janeiro em 1987, se caracterizou como um palco de articulação dos vários participantes do movimento nacional ligados à saúde mental. Passando a ser organizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Este, diferente da I CNSM, teve em sua composição a participação de pacientes e usuários dentro dos novos princípios da participação e controle social inspirados nos princípios ideológicos e políticos do SUS.

Apoiada na lei 10.216/01, também conhecida como Lei Paulo Delgado, a política nacional de saúde mental, tem procurado inserir um modelo de atenção à saúde mental onde o sujeito tenha liberdade de ir e vir, isto é, garantindo a liberdade das pessoas com transtornos mentais e possibilitando que estejam em livre circulação pelas ruas da cidade. Sua meta é a diminuição de forma planejada e progressiva dos leitos psiquiátricos. Qualificando, expandindo e fortalecendo a rede extra-hospitalar, superando o modelo assistencial centrado no manicômio, garantindo tratamento digno e de qualidade. (BARROS; SALES, 2011).

A implantação dos serviços substitutivos intensificou-se a partir de 1992. Entre 1991 e 1992, foram aprovadas as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, que criaram uma possibilidade que ainda não existia para o SUS: a de financiar programas de assistências extramuros a para os portadores de transtorno mental e seus familiares, tais como programas de orientação, lares abrigados, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), entre outros (WAIDMAN, 2004; AMARANTE, 1995).

Outro fato que se tornou histórico no processo da reforma psiquiátrica brasileira, foi a criação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo. Dessa forma, teve início à construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos substitutivos, simultaneamente, ao trabalho de desmontagem das estruturas manicomialis (LÍGIA *et al*, 2008).

Além dos CAPS, previu-se a implantação de ambulatórios de saúde mental, NAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura (BRASIL, 2001). Previram-se também a criação de oficinas de trabalho protegido, unidades de preparação para a reinserção social dos pacientes e serviços para o atendimento às famílias (TENÓRIO, 2002).

Vivenciando assim novos rumos do modelo assistencial em saúde mental. Após anos de modelo assistencial centrado no leito psiquiátrico, os hospitais estão sendo substituídos por uma rede de serviços de atenção integral à saúde. Com a tendência de redução de um modelo

assistencial hospitalocêntrico, aumentará o surgimento de novos estabelecimentos, não só extra hospitalares, mas constituídos de novas intervenções sociais e de novas concepções da loucura.

Dentro do cenário de violação aos direitos humanos, profissionais, familiares e aqueles que começaram a se incomodar com o que lhe era apresentado, iniciaram um movimento de reconstrução e rupturas de conceitos e normas estabelecidas. Esse movimento de reflexão nasce dentro da própria realidade manicomial, e atravessa seus muros. A sociedade agora precisava reescrever essa história de terror e desvalorização do outro.

A reforma psiquiátrica se encontra em constante construção, uma vez que o grande desafio da saúde mental é não retroceder na história e ter clareza de que muito ainda está por se fazer. Caso contrário, estaremos amarrados por outros modelos de saúde que aprisionam os usuários, tanto quanto os manicômios.

3.1.2 A Reforma Psiquiátrica no Ceará

Sampaio (2011), descreve a história da assistência psiquiátrica no Ceará destacando quatro períodos. No primeiro período o Ceará começou a escrever a história das práticas da psiquiatria hospitalar em 1886 com a inauguração do Asilo Alienados São Vicente de Paula, como parte pertencente à Santa Casa de Misericórdia até 1979.. Antes de sua inauguração, no início do processo colonial, o lugar do louco era a rua, a prisão e os movimentos messiânicos, sem qualquer iniciativa formal de assistência. O segundo período foi marcado pela inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM, em 1983, uma instituição pública, de responsabilidade do governo estadual. Nesta época foram implantados três instituições: uma filantrópica, uma pública e uma privada. Sendo a instituição privada a Casa de Saúde São Gerardo, posteriormente conhecida como hospital São Gerardo.

Num terceiro período, se encontram 29 anos complexos e contraditórios, visto que a ditadura militar brasileira dispara um processo de criação de hospitais privados. Em 1991, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no município de Iguatu, situado no sertão central do Ceará, e o início da tramitação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, a segunda do Brasil, apresentada à Assembleia Legislativa Estadual e aprovada nove anos antes da lei brasileira (SAMPAIO, 2011).

Como último período, Sampaio (2011) evidencia a implantação do SUS, com destaque para o Ceará, e seu pioneirismo na implantação do Programa de Agentes Comunitários de

Saúde (ACS), do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Planejamento Estratégico com Programação Pactuada Integrada (PPI). Como fato marcante deste período, na cidade de Sobral, ocorre a morte de um paciente, levando o Brasil a Corte Interamericana de Direitos Humanos, ocasionando o fechamento do hospital psiquiátrico e a implantação de uma rede de serviços de saúde mental orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica. Somente neste momento a capital cearense adere, de forma concreta, a implantação de uma rede comunitária de cuidados. O governo estadual, em decorrência da aprovação da Lei Nº 10.216, autoriza repasse de recursos federais, induzindo assim o real crescimento da rede de CAPS pelas microrregiões cearenses de saúde.

Constatamos então que o cenário da saúde mental no Ceará não se distingue muito do restante do país. Sendo assim, em 29 de julho de 1993, o projeto de reforma psiquiátrica no Ceará é regulamentada pela Lei nº 12.151 que dispõe sobre “...a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências” (BRAGA; SILVA, 2000). O processo de reforma no Ceará, mesmo inserido na reforma à nível nacional, tem tomado como base sua realidade e respeitado suas demandas.

3.2 Política Nacional De Humanização (PNH)/Sistema Único De Saúde (SUS)

Abordar o tema “humanização” leva necessariamente a um estudo aprofundado do homem, sujeito em função do qual se realizam todas as atividades pertinentes ao mundo da saúde.

Mezzomo (2010), traz um resgate da visão de homem segundo os sábios. Os sofistas conceituaram os homens como um animal racional. Sócrates estabeleceu um marco que determinou uma nova visão sobre o homem, para ele o homem real possui a capacidade de saber e conhecer as coisas definindo o que é “bom”, isto é, a moral é ligada ao saber e ao conhecer. Deste filósofo, permanece a famosa frase “conhece-te a ti mesmo”. Relacionando esta afirmação as relações humanas, o conhecimento que a pessoa tem de si própria encontra-se diretamente relacionado ao modo como este se relaciona com o outro.

Representando o cume da filosofia grega, Aristóteles, discípulo de Platão, apresenta o homem como um ser social necessitado da companhia da família e dos amigos. Agostinho, representando os filósofos medievais, com base na Sagrada Escritura, se convence que o

homem é imagem de Deus. O mais importante filósofo da época moderna, René Descartes, define o homem unicamente através da razão, com seu “cogito ergo sum = penso, logo existo”. No empirismo, o homem é visto como uma tábua rasa onde a experiência irá escrever suas instruções. Kant sintetizou racionalismo e empirismo, afirmando que a razão é inata ao homem, atribuindo somente ao ser humano, entre os seres vivos, à capacidade de aperfeiçoar-se (MEZZOMO, 2010).

O homem, sendo por natureza um ser social, só se desenvolve e se realiza no meio social. No campo da saúde, toda atividade é realizada pelo homem e para o homem, tornando-se um paradoxo falar de humanização. Conforme Mezzomo (2010), é neste campo também, e na execução dessas atividades, que desaparece a sensibilidade, a emotividade, a compaixão e a empatia tornando-se urgente um retorno a estas dimensões, visto que o ser humano é um ser formado de sensibilidade, dignidade e direitos inalienáveis e não somente pelo biológico.

Embora muitos afirmarem que o debate sobre a humanização dos cuidados em saúde é uma espécie de novo modismo, Deslandes (2004) relata que as discussões e a luta por novas possibilidades de organização desses cuidados, não são de forma alguma, novos no campo da saúde. A retomada desse debate revela a persistência de alguns dilemas éticos, morais e ideológicos.

Para Deslandes (2004), existe uma dificuldade em trabalhar com o termo humanização visto que este é resultado da condição de humanizar o humano. Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado, do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes.

Com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, e se eleva a um valor superlativo a busca da dignidade humana. Diante dessa preocupação com a humanização, constata-se algumas direções: primeiramente aparece como uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado, sobretudo numa crítica à tecnologia. Em outro momento, como a busca de uma essência humana perdida, ou seja, como um movimento de restauração moral; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da práxis humana; ora como um processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial. Por fim ainda, como valorização de direitos sociais (PUCCINI, 2004).

Esse processo de humanização da saúde tem suas origens nos movimentos de reformas sanitárias, nas conferências de saúde e nos grupos militantes voltados às ações em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã.

Nos anos de 1970 e 1980, no processo de redemocratização do país, um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde e outros atores da sociedade, defenderam a unificação do sistema único de saúde, a Reforma Sanitária. Movimento contemporâneo à reestruturação da política social brasileira, que apontou para um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático (GIOVANELLA, 2012). Neste período, em favor da constituição de um Estado de direito e democrático, o Brasil vivenciou um dos maiores movimentos sociais de sua história.

Em março de 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Segundo Mendes (1999), foi o principal evento político-sanitário diferenciando-se das anteriores pela significativa participação popular. Durante a conferência se lançaram os princípios da Reforma Sanitária Brasileira.

O documento final da 8ª CNS define o conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 2007). O relatório dessa conferência serviu de alicerce para a elaboração do arcabouço jurídico - constitucional do SUS.

Esse sistema surgiu como uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira. A partir da constituição de 1988, foi formalmente constituído seu estabelecimento, tornando-se o sistema de saúde oficial brasileiro o SUS (Sistema Único de Saúde).

De acordo com Paim (2015), o entendimento da sigla SUS não possibilita um entendimento imediato do significado, da sua grandeza e densidade. O sistema de saúde é mais amplo do que o conjunto de estabelecimentos, serviços, instituições, profissionais e trabalhadores de saúde. Sua ideia central gira em torno de que todas as pessoas têm direito à saúde.

Sua característica em ser único encontra-se embasado em princípios e diretrizes que regem as organizações dos serviços e ações de saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), cujo os princípios doutrinários são: a universalidade, a equidade e a

integralidade da atenção. Já os princípios organizativos: a descentralização, a regionalização, a hierarquização do sistema, a participação e o controle social (AGUIAR, 2011).

Noronha (2008), ressalta que a Lei Orgânica da Saúde estabelece princípios e diretrizes norteadoras do funcionamento do SUS. Destaca a universalidade, onde todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam; a igualdade na assistência à saúde; a participação da comunidade nos processos de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde; e a descentralização política-administrativa com ênfase: na descentralização dos serviços para os municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços de saúde.

Conforme Vasconcelos e Pasche (2008), a universalidade, enquanto um dos princípios doutrinários, assegura a todo e qualquer cidadão o acesso sem discriminação ao sistema público de saúde. Diferentemente dos sistemas de saúde anteriores, que o acesso era permitido para aqueles que tinham algum vínculo previdenciário e que o restante da população era assistida pelas casas de misericórdia.

O SUS tem alcançado importantes resultados. Como uma política pública, tem estabelecido diretrizes e princípios no sistema de serviço de saúde no Brasil. Como por exemplo: a implantação da PNH que se encontra presente em todos os segmentos referentes ao serviço e à promoção da saúde.

O termo humanização passa a ter mais ênfase nos debates da saúde pública no Brasil, no fim da década de 1990. Conforme Conceição (2009), seus traços começam a ser delineados na década de 1950 com influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da defesa em prol da assistência ao parto humanizado, tomando força com movimento feminista e da luta antimanicomial que inicia uma discussão a respeito da Saúde Mental. No entanto, embora essa temática ganhe espaço em outras áreas da saúde, é no serviço hospitalar que se inicia o principal debate.

A legitimidade da temática, humanização, ganha novo status quando o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde cujo tema é uma das pautas principais.

Em maio de 2001, o Ministério da Saúde publicou a disposição 881 de 19/06/2001, o PNHAH – Programa Nacional para Humanização da Assistência Hospitalar, por iniciativa do então Ministro da Saúde, José Serra. Fruto do empenho dos Camilianos que, em 1968, em um

congresso organizado para a Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo, realizado na Pontifícia Universidade Católica, um Camiliano Padre Lídio Milani apresentou uma palestra sobre o assunto. Em outro congresso, em 1979, outro Camiliano, Padre João Mezzomo, publicou um livro, o primeiro no Brasil sobre a temática “Hospital Humanizado”, começando posteriormente, em 1980, a organizar congressos anuais a nível nacional sobre a humanização e que continuam até hoje (MEZZOMO, 2010).

O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular, se comparada a outras do setor, pois se destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

De acordo com Conceição (2009), desde meado do século XX pode se considerar encontrar no país um “movimento de humanização”. Embora já se encontre o termo humanização na literatura brasileira desde o século XX, é a partir do século XXI que essa temática toma maiores proporções, desencadeando, em 2003, a elaboração da PNH, que partiu de experiências vividas inicialmente nos hospitais, para tornar-se uma política de caráter transversal, onde o principal objetivo é a mudança nos modelos de atenção e gestão de saúde.

Essa política se propõe a fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BREHMER; VERDI, 2010).

Em 2004 é elaborada a PNH. Seu marco teórico-político encontra-se em torno da humanização e possui uma característica de atuação transversal em toda a rede do SUS. Um dos principais dispositivos dessa política é o acolhimento que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas (BREHMER; VERDI, 2010).

A humanização na área da saúde, segundo o Ministério da Saúde (2007), se remete a proposta ética, estética e política. Ética, por implicar em mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde. Onde todos passam a ser corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e

protagonistas desse processo e, finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do SUS.

Também conhecida como HumanizaSUS, a PNH, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Essa política apresenta como princípios: a transversalidade, isto é, está inserida em todas as políticas e programas do SUS; a indissociabilidade entre atenção e gestão; e o protagonismo, onde os usuários não são só vistos como pacientes, e nem os trabalhadores só cumprem ordens. As mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além dos princípios, a PNH é fundamentada por alguns conceitos norteadores: o Acolhimento, visto como uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário; a Gestão Participativa e Cogestão; a Ambiência, com a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas; a Clínica Ampliada e Compartilhada, que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; a Valorização do Trabalhador; e por último, a Defesa dos Direitos dos Usuários, que visa incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O conceito de ambiência, que se encontra inserido no Humanizausus, remete a um novo modo de se conceber os espaços de trabalho, que devem propiciar conforto, aconchego e ao mesmo tempo estímulo para que os usuários e trabalhadores estejam efetivamente se integrando, explorando e transformando cotidianamente os espaços por onde circulam, permitindo e criando interações efetivas, afetivas e vínculos. Uma concepção ampliada de espaço saudável, relacionada à ideia de recuperação e promoção de convívio e de saúde (SANTOS FILHO, 2007).

A autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão são valores que fundamentam a PNH.

Segundo Benevides e Passos (2005), humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde. Acesso com acolhimento,

atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

O ideal de humanização é tão amplo e complexo, que necessita de um envolvimento de todo ambiente, físico, estrutural e tecnológico, além da contribuição de todos os profissionais de saúde do serviço. Então, a PNH para Santos-Filho e Barros (2007), vem se firmando no SUS como política que atende a importantes reivindicações, pois tem alterado o modo tradicional com que habitualmente se constroem as relações entre as instâncias efetuidoras do SUS. Também vem se destacando no aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado.

Essa proposta encontra-se centrada na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, procurando modelar uma nova cultura no atendimento. A “palavra” passa a ocupar, no cotidiano institucional, um lugar mais relevante. Traçando assim novos rumos ao cuidado em saúde (DESLANDES, 2004).

3.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica inicia-se no bojo da reforma sanitária, com princípios comuns para a reorientação do modelo de atenção, como a territorialização, a noção ampliada do processo de saúde-doença, a integralidade e a interdisciplinaridade, além de outros (MÔNICA; VLÁDIA; CARLA, 2007).

Conforme pontua Amarante (2007), a reforma psiquiátrica traz consigo uma real renovação teórico-conceitual, aos sujeitos envolvidos nesse amplo e complexo processo social, se tornando inevitável à compreensão de um conceito ampliado de saúde, clínica ampliada, do trabalho interdisciplinar e intersetorial, da noção de rede e de territorialidade, entre tantos outros.

Desta forma, novas experiências quanto às abordagens terapêuticas de assistência psiquiátrica referentes à loucura estavam sendo vivenciadas no Brasil, assim como no âmbito mundial. Schneider (2009), descreve que esse movimento inovador tem seu destaque na reivindicação da cidadania dos portadores de transtorno psíquico, e na proposta de oferecer a estas pessoas uma atenção em saúde mental humanizada.

Através da lei 10.216 de abril de 2001, ocorre a regulamentação da reforma psiquiátrica, prevendo em seu teor a proteção dos usuários com transtornos mentais, através da garantia de direitos e o redirecionamento do modelo de assistência à saúde mental (BRASIL, 2001).

Sendo assim, a referida lei prevê a redução dos leitos, a extinção dos hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização dos usuários. Com a substituição gradativa do tratamento excludente, trazendo um novo modelo assistencial, além de estabelecer regras mais rígidas para a internação compulsória (DELGADO, 2011).

Segundo Pacheco (2009), a aprovação da Lei Federal 10.216 e a lei da reforma psiquiátrica em abril de 2001, representou um grande avanço na luta pela reorientação do modelo de atenção em saúde mental. A Lei da Reforma do Modelo Assistencial, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais, e ainda, redireciona o modelo assistencial.

Desta Lei, surgem portarias que implementam e orientam as mudanças de paradigmas no que tange ao modelo de atenção à saúde às pessoas com sofrimento psíquico/transtorno mental decorrentes ou não do uso de crack, álcool e outras drogas. A Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas. A mesma é baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, pertinentes ao SUS, propondo ações nos diversos níveis de atenção, com ênfase na participação social, desde a elaboração das políticas ao controle de sua execução (BRASIL, 2011).

A RAPS tem como objetivo ordenar e integrar os dispositivos que prestam assistência aos usuários com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Dentre os componentes da rede destacam-se: a Unidade Atenção Primária de Saúde (UAPS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residência Terapêutica (SRT), Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento (UA) e Leitos em Hospitais Gerais (BRASIL, 2013).

A organização da rede de atenção em saúde mental é primordial no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da reforma psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Assim, se percebe a importância da estruturação e da articulação da rede de atenção em saúde mental, propiciando a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade (SCHNEIDER, 2009).

Esse novo modelo de atenção à saúde, vem de encontro ao modelo de atenção e assistência em saúde mental, centrado no hospital. Considerando que a defesa do direito ao

exercício da cidadania é uma das principais mudanças propostas pela reforma psiquiátrica no Brasil. Esse modelo propõe a criação de serviços de atenção integral à saúde mental e a atuação de diferentes atores sociais nesse processo, como a família e a comunidade (OLIVEIRA, 2005).

A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 definiu o que são os Centros de Atenção Psicossocial e, dez anos após, a Portaria nº 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, pelo Ministério da Saúde, atualizou a sua regulação. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS (BRASIL, 2004).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2005), os Centros de Atenção Psicossocial, dentre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira. É no surgimento destes serviços que torna-se possível a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Esses passaram a ocupar um lugar central em todo o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Como serviços de saúde abertos e de natureza comunitária, que se constitui como lugar de referência para as pessoas que sofrem com transtornos mentais, cujo quadro clínico ou social, justifique o tratamento em um equipamento de cuidados em saúde mental.

Compreende-se assim que os CAPS surgiram, no contexto do SUS, como promessa de composição de uma assistência mais articulada ao território (Portaria 336 de 19/02/02), atendendo as demandas que se produzem, encontrando soluções ao sofrimento psíquico (AMARANTE, 2008).

Conceituados por Pitta (1994), como estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária. Os CAPS são responsáveis por cuidarem de pessoas com problemas psiquiátricos. Essas pessoas podem ser egressas de internação psiquiátrica ou encaminhadas de um centro de saúde de pronto atendimento, de ambulatórios, de hospitais gerais ou da comunidade. Logo, os CAPS são serviços destinados a acolher, escutar, tratar, reintegrar e oferecer oportunidade de retorno à sociedade. Tendo a comunidade e outros setores como parceiros.

O CAPS visa proporcionar atendimentos individuais, em grupos, oficinas terapêuticas, atendimentos familiares, atividades comunitárias, culturais, expressivas, esportivas, de alfabetização e geração de renda, assembleias de familiares, grupos de convivência, entre outras atividades que promovam integração e interação social (SCHNEIDER, 2009).

Como equipamento, os CAPS têm se diferenciado em seu perfil de clientela. Hoje são criados para atender as pessoas com demandas em saúde mental em geral, mas também são dispositivos de atendimento a clientelas específicas, como pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – CAPS AD, e a crianças – CAPS infantil. Serviços estes, preconizados no processo de uma reforma psiquiátrica embasada em princípios antimanicomiais.

Os CAPS apresentam a seguinte configuração organizacional: CAPS I, CAPS II e CAPS III, de acordo com a complexidade dos serviços e da responsabilidade populacional. O CAPS I tem a capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 20.000 pessoas. O CAPS II, para o atendimento de municípios com população acima de 70.000 pessoas. O CAPS III e o CAPS III AD (álcool e drogas), tem capacidade para atender municípios com população acima de 200.000 habitantes, se diferenciando por serem serviços de atenção contínua (24 horas), incluindo feriados e finais de semana, além de contarem com leitos integrados ao serviço para o acolhimento noturno. Existem ainda, serviços territoriais para clientelas específicas na área de álcool e drogas (CAPS AD), para municípios com população acima de 70.000 pessoas, e para a infância e adolescência (CAPS i), para municípios com população acima de 150.000 pessoas (BRASIL, 2002).

No Ceará, o processo de reforma psiquiátrica tem início no interior do estado, quando se inaugura o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, em 1991, na cidade de Iguatu. Na capital, Fortaleza, havia hegemonia do modelo psiquiátrico clássico, cristalizado na existência de sete hospitais psiquiátricos, razão pela qual somente em 1998 foi implantado o primeiro CAPS, seguido de mais dois em 2001. Posteriormente, em 2005, ocorre a decisão técnico-política da gestão municipal de, efetivamente, ampliar a rede de serviços substitutivos, mediante a implantação de 11 novos CAPS, totalizando 14 equipamentos dessa natureza. Evidencia-se, portanto, que o CAPS assume caráter estratégico na reorientação do modelo de atenção à saúde mental, mediante a sua expressiva expansão (NUNES *et al*, 2016).

Em Fortaleza, a saúde mental segue o rumo das diretrizes brasileiras, das contribuições do movimento da Luta Antimanicomial, das deliberações das conferências de saúde, em particular de saúde mental, das determinações da legislação em vigor, das resoluções dos Conselhos de Saúde e das recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O Município possui uma Rede de Atenção Psicossocial composta de diversos serviços que, integrados entre si com as demais redes assistenciais e com os diversos setores da sociedade, promovem ações que garantem atender a complexidade das necessidades das

pessoas com transtornos mentais e que apresentam uso problemático com relação ao álcool e outras drogas.

A RAPS, como preconizado pelo Ministério da Saúde, é constituída por sete componentes. Cada um deles compreende um conjunto de ações e serviços que tem o propósito de atender às diferentes necessidades dos usuários e seus familiares, nos mais diversos territórios.

Os principais dispositivos, segundo componentes da RAPS, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza são:

1º. Componente - Unidade de Atenção Primária da Saúde (UAPS)

Este componente é constituído pelas UAPS, Consultório na Rua e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), além da OCA de Saúde Comunitária. A OCA é um serviço disponível a comunidade, condizente com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que valoriza as práticas e saberes populares como alternativas ao tratamento médico tradicional. Em Fortaleza temos cento e nove UAPS, vinte equipes de NASF e um consultório na rua.

2º. Componente - Atenção Psicossocial Estratégica/CAPS

O CAPS é um ponto de atenção constituído por uma equipe multiprofissional, a qual atua sob a ótica interdisciplinar. Realiza, prioritariamente, o acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, outras drogas ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e a realizar projetos de vida. Esse ponto de atenção se organiza, tanto para ser porta aberta às demandas de saúde mental do território, como para identificar populações específicas e mais vulneráveis, as quais devem ser objeto de estratégias diferenciadas de cuidado.

No município de Fortaleza são: seis CAPS GERAIS, seis CAPS AD e dois CAPS Infantis. Os CAPS gerais e AD estão distribuídos um em cada regional. Os CAPS Infantis podem ser encontrados na regional VI atendendo as regionais pares e outro na regional III para os usuários moradores das regionais ímpares.

3º. Componente - Atenção de Urgência e Emergência

Sistema de Atenção Móvel de Urgência SAMU 192, ponto de atenção destinado ao atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo as de saúde mental.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24H, ponto de atenção destinado ao pronto atendimento das demandas de urgência e emergência em saúde, incluindo aquelas consideradas de saúde mental. O município de Fortaleza possui 11 UPAS.

4º. Componente - Atenção Residencial de Caráter Transitório

Unidade de Acolhimento (UA) - São pontos de atenção com funcionamento 24horas, que oferecem, em ambiente residencial, cuidados contínuos à saúde, de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Entendidas como “residências temporárias”. Em Fortaleza encontramos três unidades de acolhimento. Duas masculinas (Regional V e VI) e uma feminina (Regional V).

5º. Componente - Atenção Hospitalar

O Componente da Atenção Hospitalar é constituído por Serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas:

Santa Casa - Leitos destinados à desintoxicação dos usuários com uso problemático de álcool e outras drogas.

SOPAI (Sociedade de Assistência e Proteção a Infância de Fortaleza) - Leitos de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil.

Hospital Saúde Mental de Messejana (HSMM)

6º. Componente - Estratégias de Desinstitucionalização

Programa de Volta para Casa (PVC) - É um programa de inclusão social, instituído pela Lei 10.708/2003, que visa a contribuir e fortalecer os processos de desinstitucionalização.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - são moradias inseridas na comunidade que visam a garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência, em hospitais psiquiátricos, a promoção de autonomia e o exercício da cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Existem três residências terapêuticas (Regionais I, II e V).

7º. Componente - Estratégias de Reabilitação Psicossocial

O componente Estratégias de Reabilitação Psicossocial é constituído por iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais -Cooperativa Social (Regional III).

Ao ser adotada com eixos principais, na política de saúde mental no Brasil, a desmanicomialização, a organização de rede de serviços de saúde mental substitutivos e ao reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental passa a ser demandado transformações profundas nos modos de conceber o cuidado e organizar os serviços em confronto com as concepções e estratégias tradicionais (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

No intuito de compreender a percepção dos usuários dos serviços de saúde mental sobre as estratégias de humanização utilizadas nesses serviços e tendo como base a Política Nacional de Humanização, utilizamos uma metodologia caracteristicamente qualitativa como forma de compreender o ponto de vista e as experiências vivenciadas pelos usuários dos serviços.

Entendemos que o êxito de um trabalho científico, se encontra relacionado à escolha da metodologia e esta deve ser traçada a fim de se alcançar os objetivos propostos. Assim, nosso estudo trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Onde, o objetivo principal da pesquisa descritiva exploratória, segundo Gil (2006), é a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

A pesquisa descritiva exploratória focaliza o desejo de se situar ante a realidade. Partindo de hipóteses, se aprofundando no estudo da realidade, buscando maior conhecimento e, por meio do levantamento de dados, a aplicação prática. Pode-se dizer que esta pesquisa tem como objetivo, proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais claro, proporcionando o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2006).

Conforme Minayo (1994), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. O que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p. 21). Nesse sentido, buscamos compreender de que forma os atendimentos, dos CAPS gerais de Fortaleza, têm sido ofertados aos usuários.

É relevante salientar que a análise qualitativa de um objeto de investigação possui todos os requisitos e instrumentos necessários para ser considerada e valorizada como uma construção científica, concretizando a possibilidade da produção de conhecimento. Visto que sua matéria prima é formada por experiência, vivência, senso comum e ação (MINAYO, 2012).

Quanto ao tempo de pesquisa, realizamos uma pesquisa transversal. Esse modelo de pesquisa se apresenta como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população

por meio de uma amostragem. No estudo transversal, a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, num ponto no tempo, tal como agora, hoje (FONTENELLES, 2009).

4.2 Local de estudo

Estudo realizado no município de Fortaleza. Capital do estado do Ceará, situado na região Nordeste do país. A maior cidade do Ceará e a quinta do Brasil.

Como cenário da pesquisa, tivemos os Centros de Atenção Psicossocial destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais moderados e severos, do município de Fortaleza. O município encontra-se dividido em seis áreas geográficas denominadas Secretarias Regionais (SR). A pesquisa foi então realizada nos seis CAPS distribuídos, um em cada regional. Como demonstra o quadro abaixo:

Quadro 1 - Distribuição dos CAPS.

SERVIÇO	SECRETARIA REGIONAL	ENDEREÇO
CAPS GERAL	SR I	Rua Antônio Drumond, 808 - Monte Castelo
	SR II	Rua Pinto Madeira, 1550 - Aldeota
	SR III	Rua Francisco Pedro, 1269 - Rodolfo Teófilo
	SR IV	Av. Borges de Melo, 201 - Jardim América
	SRV	Rua Bom Jesus, 940 - Bom Jardim
	SR VI	Rua Manoel Castelo Branco, 200 – Messejana

Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza dispõe de 14 Centros de Atenção Psicossocial, sendo seis CAPS GERAIS, seis CAPS AD – Álcool e Drogas e dois CAPS Infantis.

4.3 População de estudo

Participaram da pesquisa 64 usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza, de acordo com o quadro abaixo:

Quadro2 – Distribuição dos participantes da pesquisa por CAPS.

SERVIÇO	SECRETARIA REGIONAL	QUANTIDADE DE PARTICIPANTES DA PESQUISA
CAPS GERAL	SR I	07 Participantes
	SR II	12 Participantes
	SR III	15 Participantes
	SR IV	15 Participantes
	SR V	05 Participantes
	SR VI	10 Participantes
Total		64 Participantes

Os participantes da pesquisa foram usuários do Sistema Único de Saúde que se encontrava em tratamento nos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial Geral do município de Fortaleza. Utilizamos como critério de inclusão fazer parte do grupo terapêutico escolhido para realização do grupo focal. E como critério de exclusão não fazer parte do grupo terapêutico escolhido para realização do grupo focal.

4.4 Coleta dos dados

Os procedimentos de colheita de dados incluíram três etapas: anotações em diário de campo, grupos focais e aplicação de uma entrevista semiestruturada.

Na primeira etapa, realizamos uma visita de conhecimento do local e sondagem dos possíveis grupos para participação da pesquisa. Foi construído um diário de campo contendo as impressões da pesquisadora durante as visitas aos serviços. Nesta etapa utilizamos a observação sistemática, aquela em que o pesquisador, antes da coleta de dados, elabora um plano específico para a organização e registro das informações (GIL, 1995). Essa técnica foi utilizada com o objetivo de captar aspectos importantes pelo “olhar” da pesquisadora, que poderiam ficar de fora após a realização dos grupos focais e das entrevistas.

A segunda etapa consistiu na realização de um grupo focal em cada CAPS GERAL, distribuídos nas seis regionais, totalizando seis grupos focais. Os encontros foram realizados com os grupos já pré-existentes nos serviços que aceitaram a proposta de participarem da pesquisa. Os grupos escolhidos eram formados de cinco a quinze usuários, no total de 64 participantes. Uma média de 10 participantes por grupo.

A vantagem de se utilizar grupos pré-existentes é a viabilização da observação de movimentos de interação entre os indivíduos onde as ocorrências diárias naturais podem ser observadas, além da possibilidade de relacionarem os comentários, uns dos outros, com os acontecimentos de suas vidas diárias, anteriormente compartilhados KITINZGER (1995).

Conforme Kitinzger (1995), o grupo focal apresenta vantagens para pesquisa no campo da saúde, pois eles não discriminam as pessoas que não sabem ler ou escrever. Além de favorecer a participação de pessoas resistentes às entrevistas, por acharem que não tem nada a contribuir. No grupo focal, o pesquisador encoraja as pessoas a falarem umas com as outras fazendo perguntas, explicando casos e comentando sobre suas experiências e pontos de vista. Além de explorar as diversas formas de comunicação utilizadas nas interações cotidianas, possibilitando examinar, não só o que as pessoas pensam, mas como e porque elas pensam daquela maneira. Identificando conhecimentos compartilhados e comuns.

Inicialmente, realizamos nos grupos focais perguntas genéricas, para em seguida serem aprofundadas e direcionadas para o foco do estudo. As categorias temáticas abordadas nos grupos focais estarão relacionadas aos conceitos que norteiam o trabalho da Política Nacional de Humanização: acolhimento, clínica ampliada, gestão participativa, ambiência dos espaços e a defesa dos direitos dos usuários.

Ocorreram encontros prévios ao grupo focal para a apresentação da pesquisadora, da proposta da pesquisa, como também a apreciação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes.

Ao todo decorreram 12 encontros com os usuários nos serviços, dois em cada CAPS. Houve num primeiro encontro, uma apresentação inicial e esclarecimento da pesquisa. Os grupos focais aconteceram no segundo encontro.

A terceira etapa da pesquisa constou na realização das entrevistas semiestruturadas, contendo perguntas abertas e fechadas. As perguntas foram planejadas a partir da análise prévia dos dados da etapa anterior, objetivando caracterizar alguns participantes do grupo focal e obter maiores detalhes de informações importantes para a pesquisa.

A escolha dos participantes desse segundo momento do estudo foi feita aleatoriamente, entre os usuários do grupo focal, mediante disponibilidade do participante em colaborar. No total realizamos seis entrevistas, uma em cada CAPS Geral.

Pretendeu-se, com a realização das entrevistas, proporcionar um espaço onde o participante sentisse à vontade para verbalizar sentimentos, conhecimento e opiniões acerca do tema proposta que não havia sido relatado no coletivo. Escolhemos um de cada grupo para

que o momento da pesquisa não se tornasse extenso e cansativo para os participantes. Visto que as entrevistas ocorreram após a realização do grupo focal.

As entrevistas e os grupos focais foram gravados com a permissão dos participantes. De acordo com Martins (2004), a gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado.

Por último, as gravações dos grupos focais e das entrevistas foram transcritas e analisadas pela pesquisadora, tomando-se o cuidado de garantir o anonimato dos participantes.

4.5 Análise de dados

Essa etapa “tem como objetivo organizar e sumarizar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação” (Gil, 2008, p.156).

Segundo Minayo et al (2004), essa fase possui “ três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas; e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.”

Na análise dos dados do presente estudo utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (2016), caracterizada como um conjunto de técnicas e análises das comunicações, onde o objetivo é a fala. Procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras. Para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma realidade que está para além da mensagem.

De acordo com Bardin(2016), a utilização da técnica de análise de conteúdo possui duas funções: a verificação de hipóteses, e a descoberta do que está oculto nos conteúdos manifestados. Ela consiste no desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente e numa alternativa adequada para se estudar valores, opiniões e crenças, por meio de dados qualitativos.

Dessa forma, as temáticas foram agrupadas em categorias com mesmo núcleo de sentido após transcrição dos materiais e leitura exaustiva dos materiais coletados, considerando-se as concepções mais frequentes, bem como as significações e os valores acerca da percepção dos participantes do estudo sobre as estratégias de humanização utilizadas nos serviços.

A discussão sobre as compreensões e experiências dos usuários foi realizada a partir da PNH existente desde 2003. Esta deve sua criação vinculada à efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão.

4.6 Aspectos éticos legais

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com o determinado, foram cumpridos os preceitos éticos da pesquisa, conforme parecer nº 2.110.211 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, observando a resolução 466/12 que trata das pesquisas com seres humanos.

Os participantes da pesquisa, que consentiram em participar assinaram, o TCLE. Antes do início da coleta de dados, a pesquisadora apresentou o projeto com a finalidade de dar conhecimento sobre o conteúdo do mesmo e solicitar a colaboração dos mesmos. Todos foram orientados sobre os benefícios desta pesquisa. Assim como, foram também orientados que os riscos à sua saúde e/ou integralidade física eram mínimos nesta pesquisa.

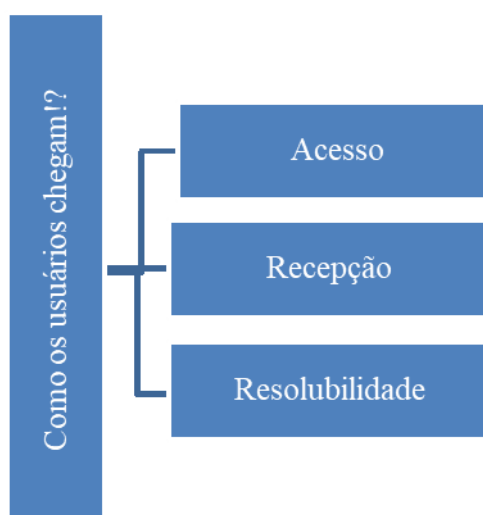
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Dados dos grupos focais

A análise temática dos dados ocorreu de acordo com os passos metodológicos que compõem essa estratégia de análise (BARDIN, 2011). Após a transcrição dos grupos focais foi realizado uma leitura flutuante do material transcrito. Os temas obtidos foram submetidos à codificação, que ocorreu em função da repetição das palavras. Em seguida, foram constituídas as unidades de registro e por último a efetuação da categorização progressiva.

5.1.1 Categoria 1: Como os usuários chegam!?

Figura 1 – Como os usuários chegam!?



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Quando realizada a pergunta disparadora: Como foi o seu acolhimento no serviço? O maior número dos participantes da pesquisa jornadaaram no sentido de serem bem recepcionados, ouvidos e aceitos na sua diferença.

G1: “Primeira vez eu cheguei com minha mãe. Eu estava bem ruim. Bem ruim mesmo! Era bem deprimido, ruim da cabeça. Cabeludo, unhas grandes. Bem ruim mesmo. Tomando muito remédio com crise. Crise bem forte mesmo, entortando assim o pescoço. Tendo crise bem forte foi assim que eu cheguei. Me acolheram bem e me ajudaram muito. E ainda me ajuda o CAPS. Depois que eu conheci o CAPS minha vida mudou, mudou muito.”

G1: “É muito bom ser acolhido. Eu adoro as pessoas, seu amor, seu coração é como diz a música, saber amar é saber gostar.”

G2: “Eles me apoiaram, me ajudaram, conversaram comigo, me deram muito apoio. Me ajudou, e ainda me ajuda até hoje.”

G3: “Quando eu cheguei aqui pela primeira vez, foi no ano de 2011. Estava passando por um momento difícil. Foi por isso que eu cheguei até aqui. Já tinha passado por vários outros lugares, inclusive hospitais particulares. Aí conheci o CAPS. Quando eu cheguei aqui não sabia nem o que era CAPS. Quando cheguei aqui é que eu fui saber o que era. Fiz a triagem com assistente social, muito bem acolhida, a partir desse dia passei a fazer tratamento, acompanhamento de verdade, humanizado. Comecei a participar dos grupos que até hoje eu participo. Não me desliguei, até hoje estou aqui.”

G3: “As meninas são ótimas, recepcionistas, doutora, serviços gerais. Todas elas me acolheram, me deram comida. No dia que eu não podia comer em casa elas mandavam eu vim pra cá. Deram comida, banho, porque eu estava muito impregnada. Não podia andar, era igual um robô andando. Tinha movimentação nenhuma, era só batendo o pé assim... Graças à Deus do ano passado pra cá eu não tive mais crise.”

G4: “As vezes as pessoas olham pra gente como se a gente fosse louco. Eu gosto de sentir que as pessoas gostam de mim e aqui eu sinto.”

G5: “Gostei, fui bem recebida. Cheguei muito triste sai bem animada. Aqui ninguém me olha torto..”

G6: “No começo me senti intimidada, porque eu não gosto de muita gente. Depois as doutora (sic) foram falando comigo e eu me senti melhor. Agora eu converso com todo mundo. O CAPS é minha família.”

Para os usuários, as práticas que dizem respeito ao modo de acolher, estão diretamente relacionadas à ação de ofertar uma escuta solidária às demandas trazidas por eles de forma respeitosa. O que nos questionamos é: ofertar a escuta e ser solidário às demandas dos usuários estão relacionados ao respeito e solidariedade, que constituem condições prévias para as relações humanas, e não as técnicas de acolhimento?

Como técnica do acolhimento essa escuta deve ser uma escuta qualificada, que possui potencial terapêutico, ouvindo com atenção a história e necessidades do usuário. Para isso, é necessário o estabelecimento de uma esfera de confiança e empatia, proporcionando uma abertura para uma fala mais profunda. Percebemos ao observarmos a dinâmica dos serviços, a demanda para o acolhimento e o reduzido número de profissionais, o desfavorecimento para uma prática de escuta qualificada.

Mesmo diante dessas dificuldades no momento do acolhimento, percebemos uma valorização do diálogo pelos profissionais dos serviços, o que para Teixeira (2003), no aspecto comunicacional, é a substância do trabalho em saúde.

Por meio do discurso é possível compreender também que a vinculação ao serviço gera contentamento e segurança. Potencializando o processo de cuidado e assistência, resultando em sentimentos de aceitação e proximidade. No entanto, esta vinculação encontra-se fragilizada pela constante rotatividade dos profissionais.

Essa fragilidade na vinculação dos usuários aos profissionais, pode ter como consequência o não retorno desses aos serviços. Dessa forma, o acolhimento corre o risco de se encerrar nele mesmo. Não oferecendo respostas adequadas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

G1: “Eu tinha uma psicóloga, eu gostava muito dela. Aí ela foi embora. Fiquei muito triste, queria nem mais vim. A outra doutora me colocou no grupo dela (choro).”

G2: “Sei mais quem é meu doutor, todo mês muda...”

G4: “Nós tinha (sic) o grupo de música toda semana, agora acabou.”

G5: “Agora não tem mais terapia ocupacional, a doutora saiu...”

No que se refere a obter acesso aos serviços, que é o primeiro passo vencido pelo usuário na busca de resolutividade para suas demandas, alguns relataram dificuldades para iniciar o tratamento no CAPS. O período demorado para o primeiro atendimento foi bastante citado pelos usuários. Houve relatos da necessidade de chegar à unidade muito antes do horário da abertura do serviço para conseguir atendimento. Além da demora para o agendamento de novas consultas.

Nesse sentido, o acolhimento deixa de realizar ações concretas que procurem dar conta dos problemas existentes na saúde e como apresentado por Conceição (2009), em conformismo com uma política restritiva, não amplia e nem mesmo assegura os direitos já existentes. O acolhimento passa a ser utilizado para amenizar situações limites como falta de acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços.

Então, na acessibilidade ao serviço, encontramos usuários que relataram um caminho longo e penoso. Outros recorreram aos serviços particulares de saúde, especialmente na consulta médica psiquiatra, e só depois conseguiram acesso ao CAPS.

Tivemos também, relatos de usuários que primeiramente tiveram acesso a internação no hospital de saúde mental, pela emergência psiquiátrica, em momento de crise, para posteriormente iniciar o tratamento no CAPS. Por último, encontramos os que obtiveram de forma ágil e eficaz a resolutividade de suas demandas e os que vieram encaminhados de outra unidade da rede.

Nessa dinâmica, constatamos que os serviços mantêm o objetivo da reforma psiquiátrica no que se refere a proposta de definirem os CAPS como serviços de portas abertas. Visto que, o acesso é livre para todos da comunidade, independente da forma que este acessou o serviço.

G2: “O hospital disse para eu procurar um CAPS, eu cheguei lá em crise e depois eu vim pra cá.”

G4: “A mulher do posto disse pra eu vim no CAPS, me deu encaminhamento e eu vim, aí me colocaram nos grupos e eu tô feliz”.

G4: “Como aqui não tinha médico, eu trabalhava, tinha dinheiro, um plano de saúde, fui no médico psiquiatra. O negócio ficou difícil pra mim. Aí lá no posto falaram pra eu tentar aqui de novo e deu certo.”

G5: “Eu participei de uma triagem. Depois de muito tempo chegou minha vez de fazer essa triagem. Me lembro que eu vim e meu nome foi marcado numa agenda para triagem, depois de três meses. Desde então fiquei indo pro caps. Fui recebido bem. Todo dia eu vinha para o caps. Participei do grupo. Fiquei participando. A recepcionista me recebeu bem.”

G5: “Vim pelo posto de saúde. Cheguei aqui e anotaram meu nome. Disseram que iam ligar pra mim, eu pensava que tinha perdido meu número e vim no CAPS de novo, aí eu fiz uma triagem não me lembro com quem foi e de imediato eu entrei no CAPS.”

G6: “Eu cheguei aqui no fundo do poço. Meu marido me maltratava muito. Nós brigava (sic) todo dia. Era um saco de gato. Eu tenho três filhos, três filhos com ele aí eu fiquei doente, aí não pude (sic) mais cuidar dos meus filhos. Cheguei aqui, marcaram uma triagem pra mim, demorou mais chegou, fiz uma triagem e comecei meu tratamento.”

G6: “Cheguei no CAPS tinha acabado a ficha para o acolhimento, a mulher disse que eu tinha que chegar cedo... Aí eu cheguei bem cedinho e fui muito bem acolhido, às pessoas da recepção, às doutoras e tudo.”

Ainda, com relação ao acesso, encontramos também falas referentes ao uso de transporte público e a aquisição de vale transporte. Os usuários deixam de estar presente no serviço pela dificuldade de locomoção.

G1: “Passei um tempo sem vim pro CAPS porque eu não tinha com vim. Não tinha vale, eu moro longe não dá pra vim a pé.”

G6: “Aqui já foi melhor de vale, até minha mãe recebia.”

A produção de resolutividade às demandas expostas, por muitas vezes se tornam um desafio pelo fato da existência de demanda reprimida e escassez de profissionais.

G4: “Tipo remédio a gente vai pegar não tem todos. Vai pedir uma receita passa 20 dias para receber, só a receita sem passar no doutor.”

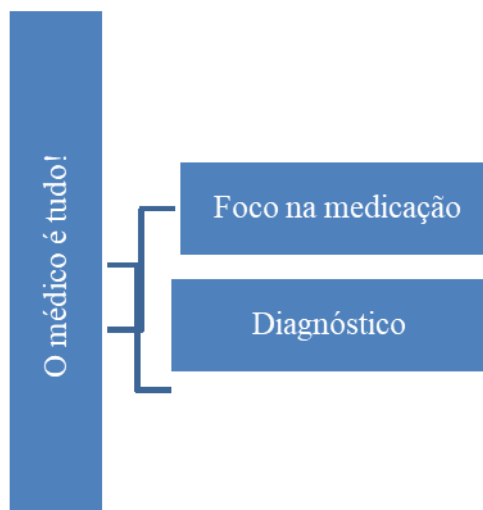
G6: “Tô esperando entrar no atendimento da psicóloga, tá sem vaga.”

A existência dessa demanda reprimida nos demonstra o não cumprimento das diretrizes da PNH, que propõe que o acolhimento deve atender a demanda de maneira qualificada e baseada na escuta daquilo que o usuário traz, pois, essa atitude valoriza a singularidade dos

sujeitos que procuram os serviços, confirmando que o acolhimento deve ser, para o serviço de saúde, uma “diretriz norteadora de sua forma de funcionamento” (PASCHE, 2009).

5.1.2 Categoria 2: O médico é tudo!

Figura 2 – O médico é tudo!



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

No que concerne a questão da Clínica ampliada questionou-se: “ Com quais profissionais você tem atendimento?”

Na análise dos discursos dos usuários encontramos um foco na medicalização e no diagnóstico. Nos serviços a intervenção, na sua grande maioria, se encontra vinculada à utilização de medicamentos. Esses, ao mesmo tempo em que são importantes para o combate aos agravos da saúde pública podem, em seu uso indiscriminado e excessivo, expor os pacientes a efeitos colaterais desnecessários. Conforme Almeida *et al.* (1999), uma série de fatores podem contribuir para o desenvolvimento de poli farmácia ou uso de medicações inadequadas: fácil acesso a medicações, baixa frequência de uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos e ainda as características do paciente e/ou do médico.

O fato de ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, visto que os maus hábitos prescritos, as falhas na dispensação, a automedicação inapropriada, podem encaminhar a tratamentos ineficazes e pouco seguros (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).

Encontramos relatos baseados em uma abordagem essencialmente médica. Tratamentos centrados na medicação e no trabalho do médico como um dos principais recursos na terapêutica. Os demais atendimentos são citados como atividades secundárias.

Essa centralidade no atendimento médico é trazida por Mostazo (2003), como uma questão cultural, um reflexo do modelo biomédico ainda predominante nas práticas de saúde. O fortalecimento desse pensamento é notório em alguns relatos onde usuários se reportam ao médico como se nada funcionasse se ele não estiver na equipe.

Alguns demonstraram preocupação maior nas consultas médicas, pela necessidade de pegar suas receitas e pela longa demora para próxima consulta. Revelando ainda, o receio do médico sair do CAPS pela enorme rotatividade desses profissionais nos serviços.

Dessa forma percebemos que a principal prática terapêutica é o medicamento. O consumo de medicamentos, segundo estudos de Dimenstein *et al.* (2009), traz uma significativa consequência para a sociedade, por ter relevante significância em termos econômicos. Em conjunto a esta questão, as consultas médicas quase sempre terminam com uma prescrição de remédios, esboçando uma visão limitada da saúde.

G1: “Todo mês agora eu vou para o médico, aí pego uma receita...”

G2: “O que está deixando mais a desejar aqui se chama médico. Tudo tá bom, terceira vez que eu trago meu filho, mas não tem médico. Não tem médico, não tem nada. Aqui sem médico num (sic) é nada. O grupo é importante pra conversar o que está sentindo, um companheiro para conversar. Médico é o mais importante.”

G3: “Aí quando comecei a fazer o tratamento aqui, eu tomo meus remédios, haldol, fenergan,, diazepam e outro que eu não lembro o nome, estou esperando a médica chegar para avaliar essa medicação.”

G4: “Tô tomando meu remédio direitinho pra não se impregnar...”

G5: “Se eu perder a consulta do médico, só Deus sabe quando é a outra e se o médico ainda vai tá aqui.”

Esses relatos, se contrapõem a definição de clínica ampliada apontada pelo Ministério da Saúde (2004), onde esta é vista como um compromisso radical com o sujeito. Assumindo, de modo singular, a responsabilidade sobre os usuários e buscando ajuda em outros setores. Favorecendo o olhar integral e ético para o sujeito, garantindo uma produção de vida mesmo diante de limitações.

A centralidade no médico reduz as possibilidades de intervenção na crise, em que as equipes não visualizam outras estratégias de produção do cuidado. Nesses termos, se perde de vista as possíveis vantagens – ideológicas, técnicas e organizacionais – do trabalho em equipe

na lógica interdisciplinar, necessárias para se alcançar os objetivos específicos da clínica psicossocial (SAMPAIO *et al.*, 2011).

O fato de encontrarmos relatos voltados a determinação do diagnóstico nos remete a necessidade trazida por Corbisier (2000), da construção de um olhar plural sobre o sofrimento, e as formas de lidar com ele. Esse olhar é que nos permite saber que, por mais parecido que sejam dois quadros sintomáticos, em todo tempo, existirão dessemelhanças relacionadas à maneira sempre única pela qual cada um vive, pensa, sente e interpreta sua história. O estereótipo formado pelo diagnóstico estabelecido, prontamente resultará na inclusão no mundo dos chamados anormais, na terra dos sem cidadanias. Muitas vezes saindo de cena a singularidade de cada pessoa para surgirem essas figuras universais, os esquizofrênicos, os bipolares, sempre catalogados como animais exóticos numa enciclopédia.

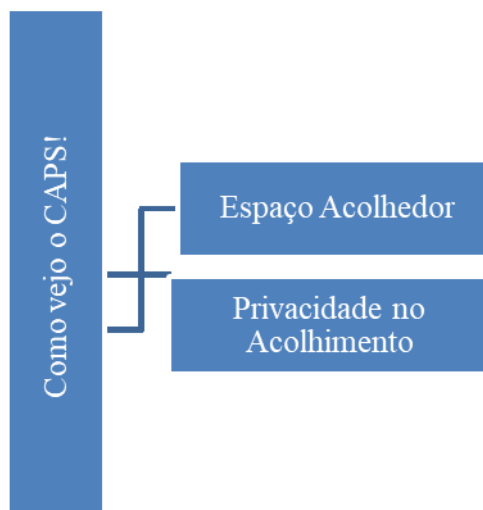
G2: “Minha mãe sabe o que o médico disse, né mãe? Eu sou esquizofrênico...”

G4: “Minha vinda aqui para o Caps em primeiro foi difícil meu diagnóstico do que eu tinha, era depressão, bipolar...”

G6: “A doutora disse que eu sou bipolar.”

5.1.3 Categoria 3: Como vejo o CAPS!

Figura 3 – Como vejo o CAPS!



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Quando se questionou sobre a estrutura e ambiente do CAPS, uma quantidade significativa fez questão de opinar, misturando sugestões com críticas.

G2: “Esse CAPS podia ser mais alegre, mais bonito, um espaço maior, mais livre...”

G4: “Aqui precisa de tudo, tudo quebrado. Quando chove não dá para fazer nada aqui.... Os ventiladores... tudo quebrado.”

G6: “Essa recepção é muito quente, e se for à tarde, pelo amor de Deus! Ninguém aguenta...”

Segundo Pasche (2009), a ambiência consiste na criação de espaços acolhedores, bem estruturados e confortáveis. Dentre outros ambientes, o trabalho em saúde ocorre no espaço físico das organizações da saúde, se tornando importante que esses espaços propiciem os encontros entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, favorecendo as mudanças necessárias nos processos de trabalho. Como um processo vivo, a ambiência é influenciada e influencia as relações entre as pessoas e entre estas e o espaço.

Observamos uma preocupação na melhoria dos Centros de Atenção Psicossocial através de alterações nos ambientes, com uso de cores, artefatos e quadros de pinturas com o intuito de tornar o ambiente mais descontraído e leve. Embora tenha se observado a necessidade de mudanças básicas no layout do mobiliário de salas de atendimento clínico, a fim de fomentar a vinculação e a aproximação do usuário com o trabalhador. Como por exemplo: uma mesa pode ser posicionada de modo que não bloqueie o contato e as relações, a flexibilidade de uma sala pode acolher outros membros da rede social do usuário, favorecendo a co-responsabilização quanto ao cuidado.

G6: “A gente devia ser atendido assim no ar livre... sem mesa no meio ...”

Questões de conforto, funcionalidade, flexibilidade e biossegurança, além da privacidade ao atendimento do usuário, foram observados nos espaços dos CAPS. Os serviços estão necessitando de reformas, pinturas, refrigeração em algumas salas, ampliação dos locais de atendimento e ambientes confortáveis a fim de proporcionar um bem-estar aos usuários que passam maior parte do dia nos CAPS. A acessibilidade também deixa a desejar na maioria dos serviços, sem banheiros apropriados e sem rampas adequadas para cadeirantes.

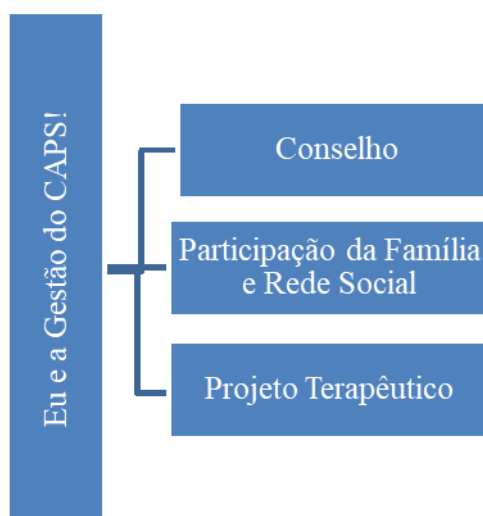
Ouvimos depoimentos de reivindicação pela construção de uma cobertura na parte externa do serviço para que se espere de forma mais confortável o atendimento, visto que o local de espera neste CAPS é pequeno e quente e a parte externa fica exposta ao sol e chuva.

Na categoria ambiência, de acordo com Dimenstein (2004), nossa atenção não esteve norteada com base em modelos “espaçocêntricos” que traz uma perspectiva em que a qualidade da atenção é determinada exclusivamente pela mudança dos espaços físicos, sem considerar que, em tais locais, pode dar-se a reprodução de práticas cronificadas e segregadores, tal como no modelo asilar. Nosso olhar esteve direcionado na importância de

espaços acolhedores, subjetivantes, onde se combate a homogeneidade, o anonimato e a invisibilidade do usuário, lugar do cuidado e de construção coletiva de projetos de vida. Consideramos que os serviços necessitam rever sua ambiência a fim de favorecer ambientes mais saudáveis que tragam uma maior harmonia e tranquilidade aos usuários que buscam atendimento.

5.1.4 Categoria 4: *Eu e a gestão do CAPS!*

Figura 4 – Eu e a gestão do CAPS!



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

Ao focalizar a visão dos usuários referente a gestão participativa nos CAPS, encontramos serviços com a presença forte do conselho local e uma boa participação dos usuários, com relatos que revelam uma postura mais crítica e participativa. No entanto, nos deparamos também com serviços onde os usuários desconheciam a existência de conselho local e não sabiam se ocorriam assembleias.

G1: “Eu faço parte de uma mesa da luta antimanicomial do fórum de Fortaleza. E aí muita coisa mudou. Eu faço parte dos conselhos. Debato com os profissionais.”

G2: “ Eu participava de reunião do conselho. Agora acabou. Eu acho que acabou. Acabou?”

G3: “Assembleia uma vez por mês. Primeira segunda-feira. Nas assembleias cada qual se expressa, cada qual diz onde está doendo.”

G3: “Nas reuniões de conselho, elas falam do nosso atendimento, falam aqui do Caps. Perguntam se a gente gosta, se tem alguma dúvida.”

G4: “Aqui tem sim, a gente sempre vem, vota e tudo mais...”

G5: “Teve votação dos suplentes 1º vez, mês passado, veio o pessoal da regional. Tem que melhorar diz os antigos que antes tinha lanche , muita gente mora longe.”

G6: “Acho que aqui não tem essas reuniões não...”

G6: “Parece que tinha um conselho...”

Em conformidade com o trabalho de Pasche (2009), onde a cogestão é vista como a democratização dos serviços de saúde, por meio da inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão, a criação de espaços coletivos e a produção de corresponsabilidade nos modos de gerir e cuidar. Constatamos que os serviços onde são valorizados os espaços das assembleias existem um maior fomento na coparticipação das deliberações referentes aos processos de trabalho no CAPS.

Ressaltamos ainda, que a ausência da participação da família no dia-a-dia dos serviços, trazida em muitas falas dos grupos focais, impossibilita a realização do modelo de gestão proposto pela PNH, visto que o Ministério da Saúde (2009) expõe o modelo de gestão de fato compartilhada onde exista o estímulo de espaços coletivos e a garantia da participação de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. O serviço deve buscar formas de alcançar essa família, pois a sensação de responsabilidade, associada à vivência do sofrimento psíquico, é desgastante e o apoio no tratamento e parceria com a equipe é sempre necessário.

G1: “A minha família me despreza.”

G1: “A minha mãe de primeiro vinha pras festas, São João. Agora vem mais não. Eu venho é só.”

G2: “Meu irmão participa do meu tratamento. Hoje é que eu estou melhorando um pouco. Tá com um mês.”

G3: “Meu irmão tem problema também, ele bebe muito... E minha mãe num (sic) vem não, eu venho só...”

G4: “Minha casa mora só eu e a minha mãe, ela está completando 90 anos já bem debilitada eu que cuida dela, agora tem um neto comigo que ele está me apoiando.”

G5: “Minha família vem nas festas, São João ...”

G5: “Difícil minha família vim pro CAPS!”

G6: “Meu marido disse que eu estava doida e saiu de casa, aí eu fiquei, dois meninos pequenos, um de oito o outro de seis”

Por meio dessas falas percebemos em muitos a desestrutura familiar. Relatos carregados de sofrimento que muitas vezes favorecem os transtornos afetivos. Com este olhar os serviços possuem uma responsabilidade de tentar amenizar esses sofrimentos, criando estratégias de compreensão e convivência com esse cenário.

Outro fator que não favorece a Gestão Compartilhada nos CAPS encontra-se relacionada a ausência de engajamento da rede social dos usuários em seu processo terapêutico, visto que entender Cogestão é garantir uma gestão mais democráticas nos serviços, valorizando as relações e encontros entre os usuários e sua rede social.

Para isso, o Projeto Terapêutico Singular, visto como um dispositivo para fomento da participação ativa dos usuários, familiares e redes sociais no cotidiano dos CAPS, deve ser construído a partir da identificação das necessidades de saúde, compartilhando a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado compartilhado, favorecendo a eficácia no tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009).

Os relatos nos grupos focais configuram um cenário de busca no preenchimento dos grupos oferecidos nos serviços sem se preocupar com a singularidade do sujeito, suas aptidões e necessidades. Na construção do Projeto Terapêutico é necessária uma visão ampliada do sujeito, este deve passar a ser visto como cidadão, com direitos e deveres, e corresponsável por seu tratamento e por suas condições de vida.

G1: “Disseram pra eu vim todo dia. Participar dos grupos.”

G2: “E fui orientada para vir para os grupos. Fiquei em alguns grupos. Eu tenho dificuldade para reunir com pessoas, não tenho muito paciência. Se eu não me identificar saio logo.”

G2: “A doutora disse que tinha o grupo da doutora... Que eu podia vim...”

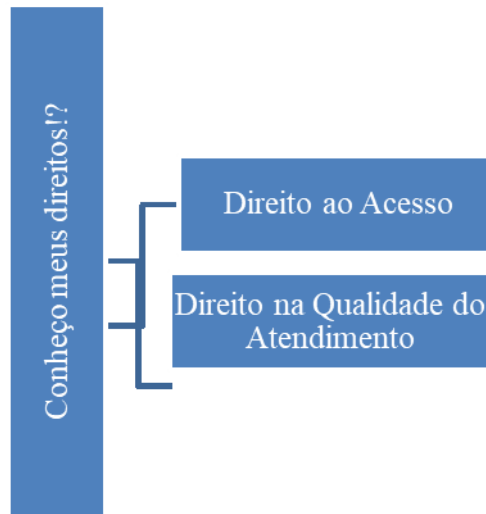
G3: “Eu dei sugestão eu disse que gosto muito de fazer artesanato. To esperando um grupo de artesanato.”

No momento da construção do projeto terapêutico do usuário, é oferecido atividades, grupos e oficinas para que de acordo com suas necessidades individuais, os mesmos participem de forma rotineira. Existem também, as marcações para atendimentos individuais. O usuário tem que se adequar ao que o serviço tem para ofertar, submetidos a rotinas terapêuticas tecnicamente reducionistas.

Como ressaltado por Lima (2007), ao esboçar o plano de tratamento é importante dispor de algum tempo para dar informações sobre a natureza do transtorno, o uso dos medicamentos, as evidências de sua eficácia, o que se espera com seu uso, o tempo necessário para se observar o efeito, os possíveis efeitos colaterais e as medidas que podem ser adotadas para reduzi-los. De acordo com a fala dos usuários, não foi possível percebermos tais preocupações dos profissionais dos serviços no momento da construção do plano terapêutico.

5.1.5 Categoria 5: Conheço meus direitos!?

Figura 5 – Conheço meus direitos!?



Fonte: Elaborada pelo autor (2017).

No que se refere ao direito de cidadania, encontramos relatos que demonstram um posicionamento de agradecimento diante do acesso e da qualidade no atendimento, revelando a ausência de uma análise crítica do direito à saúde e de acesso do usuário aos seus direitos mediante a disponibilização de informações a respeito do serviço e de seus direitos na esfera da saúde.

Demonstrando ainda, o desconhecimento dos seus direitos frente aos serviços prestados pelo CAPS e pelos outros dispositivos da saúde. Os usuários não conhecem seus direitos, se contentando com o que recebe, revelando um desconhecimento de como realmente deveria funcionar os CAPS. É preciso que os profissionais vejam o usuário como um agente de mudança dos mecanismos de exclusão e não um mero sujeito passivo à cumprir normas.

Conforme o Ministério da Saúde (2013), os serviços de saúde devem garantir o cumprimento dos direitos dos usuários em todo o processo do cuidado. Essa garantia encontra-se também no incentivo ao conhecimento destes direitos assegurados aos mesmos por lei. Esse conhecimento funciona como parâmetro para os serviços de saúde. Destacamos a existência de depoimentos que revelam um posicionamento de aceitação diante dos problemas existentes nos serviços. Alguns considerando concedível algumas situações.

G1: “Sou grata a Deus por fazer esse tratamento aqui. As festas, tudo que elas puderem fazer pra me ajudar, elas fazem. Então eu vou ficar aqui até o dia em que a médica me der alta. Elas são muito boa (sic) pra mim, graças à Deus.”

G3: “As meninas são muito boas, elas fazem tudo que pode, eu fico assim agradecendo a elas.”

G4: “Aqui tem até corte de cabelo, tem tudo é muito bom pra mim, ave maria ainda bem que eu tô aqui.”

G4: “Às vezes falta remédio mas isso é em todo canto. A gente vai levando. O brasileiro sempre vai levando, às vezes falta merenda, falta remédio a gente vai levando.”

5.2 Dados das entrevistas

Com relação às entrevistas realizadas compreendemos que a ideia de humanização está relacionada diretamente com a de desinstitucionalização, visto que essa se propõe a reverter a cultura manicomial, não estando exclusivamente ligadas à melhoria das condições dos locais onde os usuários são atendidos. Em alguns depoimentos é notório que, mesmo com as adversidades encontradas no funcionamento dos serviços, os usuários sentem-se bastante felizes e respeitados em suas diversidades, elegendo os CAPS como melhor dispositivo de cuidado em relação ao hospital psiquiátrico.

E1: “Apesar que neste momento estamos passando pelo momento mais difícil que eu já vi nesse caps, comparado em 2011 quando cheguei. Daí estou aqui, não tenho o mesmo acompanhamento de antes mas a gente está na luta, para melhorar para continuar o tratamento do jeito que está lá na lei, tratamento humanizado do jeito que é pra ser pra gente melhorar a cada dia ser inserido na sociedade na família e é isso. Mesmo assim aqui é bem melhor do que lá porque eu posso sair, ir na minha casa, eu ando na rua... Eu fiquei lá no hospital muito tempo era muito ruim eu não quero nem lembrar, ficava só, só, sozinho... Aqui tenho meus amigos, esses grupos às pessoas...”

E2: “Eu também eu estava internado antes deu vim pra cá eu fui internado várias vezes aí a doutora ... lá no nosso lar, tava lá internato ela me chamou e disse ei que que fale com tua mãe pra tu ir pro caps? Quero. Pois eu vou falar. Aí eu vim aqui com minha mãe, eu ando pra todo canto, eu cheguei aqui, aí estou gostando, veio a coopcaps eu participo gosto muito o momento que eu fiquei mais bem tratado foi aqui no caps e na cooperativa tô gostando daqui as pessoas são muito legais.”

E3: “Gostei mais daqui do que em casa, porque em casa a gente fica sem atividade fica tendo é raiva, procurando uma coisa pra fazer e não tem, igual lá no hospital a gente ficava sem fazer nada, parece é que a gente ficava era mais ruim. Minha cabeça ficava doendo ...”

Alverga e Dimenstein (2006), apontam impasses para a desinstitucionalização relatando a existência de ‘desejos de manicômio’ ainda presente nas práticas em saúde mental. Destacando que as principais formas de assistência às pessoas com transtorno mentais são a segregação, classificação, medicalização e o controle a vida desses sujeitos.

Nas entrevistas encontramos nas falas sentimentos de exclusão ainda bem presentes na comunidade.

E1: “ As vizinhas lá de casa não quer saber, manda é a gente se lascar, tem vizinho que manda se lascar, chama logo de doido”

E3: “ A gente vai no ônibus e as pessoas vai logo olhando...”

E4: “Lá na rua todo mundo sabe que eu sou do CAPS, é o doido”

E6: “ Os vizinhos tem muito preconceito”

Com esses relatos percebemos o quanto ainda encontra-se presente o estigma na sociedade, que para Oliveira e Azevedo (2014), o estigma da doença mental repercute de forma nefasta nos próprios doentes, retardando e impedindo-os de procurar cuidados de saúde, o tratamento e a sua recuperação.

O estigma e o preconceito já se encontram presentes antes mesmo da pessoa procurar ajuda em um serviço de saúde mental. Trazendo duas implicações sociais; a diminuição da autoestima e a perda de oportunidades que surgem no contexto social.

Observamos ainda nas falas dos entrevistados, um redirecionamento do modelo assistencial, na busca do resgate da cidadania, autonomia e construção de novas práticas. Lima (2011), ressalta que o ato de cuidar se constitui como fundamental no trabalho em saúde mental na reforma psiquiátrica, pois a mesma propõe novos modos de lidar com a loucura a partir de uma crítica contundente à racionalidade médica biologizante.

CONCLUSÃO

O conjunto de questões trazido pela PNH tem sido um motivador de discussões e publicações acerca dos modos de produção de saúde no SUS. Permitindo a ordenação de ações com objetivo de promover mudanças nos processos de trabalho dos serviços a fim de garantir o cuidado integral e equânime proposto pelo SUS.

Constatamos, nos discursos dos usuários, a presença e funcionalidade do acolhimento nos serviços. Embora nos questionamos se esse acolhimento acontece pelo o serviço ter como parâmetros as diretrizes da PNH, ou por uma postura cordial do profissional que acolhe, situando-o apenas na esfera individual do profissional. Dessa forma, o acolhimento fica a mercê de posturas individualizadas, que dependem de cada sujeito, cada um com suas representações, desejos, medos e anseios. Assim, ocorre que quando o acolhimento se encerra nele mesmo, é mais difícil atingir a integralidade e resolutividade. Enfim, de dar respostas adequadas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e de cuja leitura depende do conceito ampliado de saúde.

Consideramos então que a maioria das estratégias utilizadas para humanizar as práticas nos serviços, refere-se às *práxis* diárias e não provocam reais rupturas nas relações sociais estabelecidas e na verdadeira *práxis* transformadora na resolução de problemas de convívio, e inadequação na relação entre oferta dos serviços e a demanda dos usuários.

Reconhecemos que as estratégias de humanização relatadas pelos usuários, utilizadas pelos serviços, evidenciam uma humanização das práticas de saúde concentrada no ideário dos valores humanitários, por muito esquecidos na contemporaneidade. Sugerindo uma reflexão sobre a diferenciação entre uma humanização das práticas em saúde da Política Nacional de Humanização, visto que está propõe ações intensivas e amplas embasadas em princípios, diretrizes e estabelecimento de dispositivos que consolidam sua implantação.

Constatamos ainda dificuldades apresentadas nos serviços que demonstram a fragilização na implantação das diretrizes e princípios da PNH, como: a rotatividade dos profissionais, fragilidade dos vínculos, demanda reprimida, estruturação física dos serviços e a contínua peleja de desconstrução dos estigmas que acompanham os usuários dos CAPS.

Essas dificuldades nos conduzem a seguinte reflexão: uma política que não situa as condições em que o processo de trabalho na saúde efetivamente se realiza, com baixo aporte de recursos, a contra reforma do Estado e demais problemas e contextos nos quais o SUS está

inserido, corre sério risco de servir em grande medida, para o ocultamento das contradições sociais (CONCEIÇÃO, 2009).

Dessa forma, buscamos com este trabalho, evidenciar a importância da implementação da PNH e a relevância de seu ideário no campo da saúde. Acredito que o tema humanização em saúde mental nos serviços substitutivos ao modelo manicomial, portanto, os serviços que se alicerçam pela reforma psiquiátrica, ainda é aflorante, especialmente ao que se relaciona às práticas de cuidado nos serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo P. *et al.* Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 3, p. 152-157, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995.

_____. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 65-76.

ARANHA, Joélinton dos Santos; SILVA, Monyque Évelyn dos Santos; SILVA, Jorge Luiz Lima da. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**, v.7, n.2. p. 23-24, 2011. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/acolhim.pdf>>.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; BARRETO, Maurício Lima; COELHO, Helena Lutécia Luna. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400020>.

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios nadesinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.10, n.20,p.299-316, 2006.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>>.

BRAGA, Violante Augusta Batista; SILVA, Graciette Borges da. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 13-21, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692000000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). **Cartilha da PNH**:

acolhimento com classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). **Humaniza SUS - Documento-Base**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. (5a ed. ampl.). Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde - SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900032&script=sci_abstract&tlng=pt>.

CAHU, Graziela Pontes Ribeiro *et al.* Produção científica em periódicos online acerca da prática do assédio moral: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 611-619, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300025>.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção na saúde: notas preliminares. **SER Social**, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2009. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Pol%C3%ADtica_Nacional_de_Humaniza%C3%A7%C3%A3o_e_suas_implica%C3%A7%C3%B5es_para_a_mudan%C3%A7a_do_modelo_de_aten%C3%A7%C3%A3o_e_gest%C3%A3o_na_sa%C3%BAde.pdf>.

CORBISIER, C. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de

Janeiro: FIOCRUZ, 2000. pp. 279-299. ISBN 978-85-7541-319-7.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013>.

FONTES, Kátia Biagio; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 815-822, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400024>.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000200019&script=sci_abstract&tlng=pt>.

GERRERO, Patrícia *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p.132-140, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827006>>.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006>.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007>.

GOULART, Maria Stella Brandão. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005>.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>.

LIMA, T. O. Tecendo a rede de saúde mental: a intersectorialidade como aposta. Caderno de Saúde Mental: Transmitindo Experiências. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. v. 4. p. 35-50, 2011.

LIMA, Vera Lopes de Abreu. **Legibilidade e leiturabilidade das bulas de medicamentos presentes no tratamento de pacientes cardíacos**. 2007. 148f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de artes & design, 2007. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/biblioteca/php/index.php?codObra=0&codAcervo=164802&posicao_atual=66&posicao_maxima=386&tipo=bd&codBib=0&codMat=&flag=&desc=&titulo=Publica%E7%F5es%20On-Line&contador=0&parcial=&letra=L&lista=E>.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Integralidade e construção de novas profissões no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, v. 17, n. 3, p. 115-122, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13993/15811>>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. S. (Org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 80p.

MOSTAZO, Rubiane Rodrigues; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 786-791, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692003000600013&tng=en&nrm=iso>.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000601186&script=sci_abstract&tlng=pt>.

NORONHA, J.C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. P. 435-476.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARAES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000401213&script=sci_abstract&tlng=pt>.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n.

1, p. 191-203, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100026>.

OLIVEIRA, Ana Rita Fernandes; AZEVEDO, Sónia Meira. Estigma na doença mental: estudo observacional. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 30, n. 4, p. 227-234, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000400004>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500021>.

PÔRTO, I. M. S. A. A Implementação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: Contexto, Desafios e Perspectivas. 2010. 163 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2010.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029>.

SAMPAIO, José Jackson Coelho *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017>.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. **Saúde Transform. Soc.**, v. 5, n. 2, p. 01-10, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000200002>.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Regina Benevides de. Câmara Técnica de humanização como dispositivo de cogestão: experimentando o conceito de rede. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS M.E.B. (Orgs.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Coleção Saúde Coletiva**, p. 203-232. 2007.

SCHNEIDER Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista**

Ciência & Saúde, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843/5389>>.

SILVA, Livia Gomes; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. Atenção Primária em Saúde**, v. 11, n.1, p.74-84, 2008. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/204/86>>.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saude soc*, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010>.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003, p. 89-112.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. PASCHE, Dário Frederico. **História da Loucura – na idade clássica**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva 2004.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz, 2008.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini. **O Trabalho de cuidados às famílias de portadores transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004.277 p. tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004. Disponível em <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86831>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

NOME DO PESQUISADOR: Edyane Pereira Barroso Raposo

ENDEREÇO: : Universidade de Fortaleza Pós-Graduação em Saúde Coletiva Bloco S – Sala 1. Av. Washington Soares, 1321 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60811-905.

TELEFONE: (85)3477.3280 Fax: (85) 3477.3424 Celular:(85) 986619441

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa desenvolvida por Edyane Pereira Barroso Raposo, aluna de pós graduação do Mestrado em Saúde Coletiva, que irá estudar a saúde mental e a política nacional de humanização no município de Fortaleza. Nos estamos desenvolvendo esta pesquisa porque queremos compreender a percepção dos usuários dos CAPS Gerais de Fortaleza sobre as estratégias da PNH utilizadas nesses serviços, os resultados deste estudo possibilitarão uma reflexão crítica entre os gestores e profissionais da saúde, particularmente da saúde mental, sobre a eficiência da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde, com vista à realização de atendimentos resolutivos e humanizados as necessidades da comunidade.

Assinatura do pesquisador_____

Assinatura do participante_____

1. POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?

O convite para a sua participação na pesquisa se deve ao fato de você participar de um grupo terapêutico do serviço, sendo um usuário do CAPS geral do município de Fortaleza.

2. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?

Ao participar desta pesquisa você será entrevistado com perguntas semi estruturada e com duração nunca superior a 20 minutos, não sendo realizados procedimentos invasivos. As entrevistas serão gravadas, com autorização do entrevistado. Os dados do presente estudo serão guardados e analisados em sigilo. Tais dados não serão disponibilizados para terceiros. A divulgação dos resultados ocorrerá em eventos e publicações científicas.

Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. Você pode desistir da sua participação a qualquer momento, mesmo após ter iniciado as entrevistas sem nenhum prejuízo para você. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

3. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?

Somente o pesquisador responsável e sua equipe saberá que você está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua participação. Entretanto, caso você deseje que o seu nome / seu rosto / sua voz ou o nome da sua instituição conste do trabalho final, nós respeitaremos sua decisão. Basta que você marque ao final deste termo a sua opção.

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura do participante _____

4. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE.

Todos os dados e informações que você nos fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Tudo que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas pelas entrevistas serão utilizadas somente para esta pesquisa. A entrevista será gravada somente se houver autorização do/a entrevistado/a. A utilização da gravação facilita o processo de coleta de dados, após a utilização das informações as gravações serão apagadas. O material da pesquisa com os seus dados e informações será armazenado em local seguro e guardados em arquivo, por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

5. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

A entrevista utilizada na pesquisa apresenta riscos mínimos, como um possível constrangimento, tristeza ou mesmo ansiedade, pois os assuntos abordados estão relacionados com o seu cotidiano, que será reduzido o sigilo sobre a identidade dos participantes, bem como os dados coletados, por parte do pesquisador. Medida de proteção para minimizar possíveis riscos.

6. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido que o instrumento resultante da pesquisa poderá auxiliar tanto gestores, funcionários e usuários na efetiva potencialização da garantia de uma atenção integral, resolutiva e humanizada. Aumentando a qualidade no atendimento beneficiando diretamente ao usuário.

Assinatura do pesquisador_____

Assinatura do participante_____

7. FORMAS DE ASSISTÊNCIA E RESSARCIMENTO DAS DESPESAS.

Se você necessitar de atendimento médico durante a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora, Edyane Pereira Barroso Raposo, onde irá providenciar encaminhamento ao atendimento do plantão psicológico do Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade de Fortaleza (NAMI), que atende usuários em qualquer momento.

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira. No caso de algum gasto resultante da sua participação na pesquisa e dela decorrentes, você será ressarcido, ou seja, o pesquisador responsável cobrirá todas as suas despesas e de seus acompanhantes, quando for o caso, para a sua vinda até o centro de pesquisa.

8. ESCLARECIMENTOS

Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Edyane Pereira Barroso Raposo

Endereço: Universidade de Fortaleza Pós-Graduação em Saúde Coletiva Bloco S – Sala 1. Av. Washington Soares, 1321 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60811-905 www.unifor.br/ppgsc. Email: edyaneraposo@yahoo.com.br

Telefone para contato: (85)3477.3280 Fax: (85) 3477.3424

Horário de atendimento: 8h às 17h

Se você desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce. O Comitê de Ética tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura do participante _____

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza-
COÉTICA

Av. Washington Soares, 1321, Bloco M, Sala da Diretoria de Pesquisa e
Desenvolvimento e Inovação .

Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

9. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar da pesquisa deve preencher e
assinar este documento que será elaborado em duas vias; uma via deste Termo ficará
com o(a) Senhor(a) e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve
rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE,
apondo a sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo sua assinatura na última
página do referido Termo.

10. USO DE VOZ E/OU IMAGEM

Caso o(a) Senhor(a) deseje que seu nome, seu rosto, sua voz ou o nome da sua
instituição apareça nos resultados da pesquisa, sem serem anonimizados, marque um
dos itens abaixo.

___ Eu desejo que o meu nome conste do trabalho final.

___ Eu desejo que o meu rosto/face conste do trabalho final.

___ Eu desejo que a minha voz conste do trabalho final.

___ Eu desejo que o nome da minha instituição conste do trabalho final.

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura do participante _____

11. CONSENTIMENTO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante Legal

Assinatura do Pesquisador

Impressão dactiloscópica

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura do participante _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA/ USUÁRIO

1. Dados Sociodemográficos

IDADE:

GÊNERO:

- Masculino
- Feminino
- Não se identifica com nenhum gênero

ESCOLARIDADE:

- Alfabetizado
- Nível Fundamental (1º grau) completo
- Nível Médio (2º grau) completo
- Superior Completo
- Pós-graduação

ESTADO CIVIL

- Casado
- União Estável
- Solteiro
- Divorciado
- Outras _____

PROFISSÃO _____ OCUPAÇÃO _____

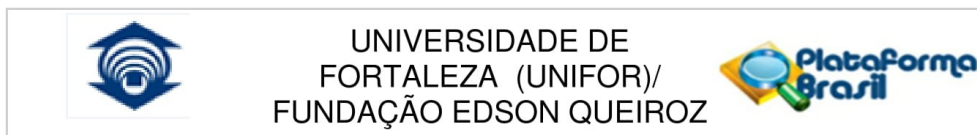
2. Há algo mais que não foi perguntado no grupo focal e que você gostaria de falar?

2. PERGUNTAS NORTEADORAS GRUPO FOCAL

1. Como foi o seu acolhimento no serviço?
2. Como foi sua participação na elaboração do seu tratamento?
3. Com quais profissionais você tem atendimento?
4. Como sua família e seus vizinhos participam do seu tratamento?
5. Como você avalia a estrutura e ambiente do CAPS?
6. Como você participa ou participou de discussões sobre a organização do serviço no CAPS?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE

Pesquisador: Edyane Pereira Barroso Raposo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68355017.5.0000.5052

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.110.211

Apresentação do Projeto:

I- INTRODUÇÃO

O processo de transformação sofrido pela sociedade é sem dúvida um fenômeno que ocorre de forma espontânea e contextualizada ao momento histórico e cultural vivido.

Desde as civilizações antigas, os cuidados à saúde é uma necessidade que acompanha a humanidade. Nesta caminhada, os avanços na melhoria das ações em saúde ocorreram de forma significativa.

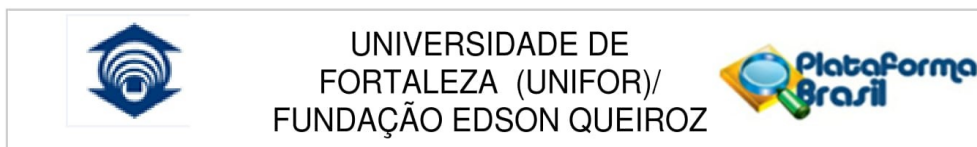
No Brasil, após vivenciar um longo período de ditadura militar, se inicia diversos movimentos sociais buscando uma melhoria social, econômica e política do país, envolvendo também à saúde pública. Neste cenário nasce a Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica surge como forma de repensar as políticas públicas relacionadas à loucura e ao que não se encontra dentro dos padrões

estabelecidos pela sociedade. Para isso surgem vários dispositivos com a tarefa de reinserir o sujeito ao seu território, ao seu cotidiano, a sua família e a sua vida.

Os Centros de Atenção Psicossocial surgem como carro chefe desta reforma, sendo um dispositivo estratégico na desinstitucionalização do sujeito,

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 2.110.211

o desafio agora é traçar um cuidado voltado para singularidade do sujeito, com base na comunidade que este se encontra inserido, respeitando assim sua subjetividade e o tornando protagonista de sua história. Neste contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta grande relevância, no que se refere às ações em saúde, em destaque ao atendimento de pessoas nos serviços de saúde. Tratando-se de saúde mental esse tema ganha maior relevância visto que por muito tempo, esses atendimentos foram realizados de forma asilar, respaldado por um saber médico, excludente, com negação completa de qualquer cidadania e humanização.

Em virtude da substituição dos atendimentos em Hospitais Psiquiátricos por serviços de base comunitária, que ocorre em Fortaleza como em todo Brasil, os princípios que regem a PNH passam a receber tamanha relevância nos processos de trabalho diários dos serviços na busca de um atendimento integralizado, da diminuição do sofrimento, da valorização na sociedade e a inserção da família no processo terapêutico.

Surgindo assim o interesse em analisar a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, especificamente no campo da saúde mental, com os usuários e profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretária Regional VI (SR VI) do município de Fortaleza

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a percepção dos usuários dos CAPS Gerais de Fortaleza sobre as estratégias da PNH utilizadas nesses serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apresenta riscos mínimos, como um possível constrangimento, tristeza ou mesmo ansiedade, pois os assuntos abordados estão relacionados com o seu cotidiano.

Qualquer desconforto que possa trazer necessidade de atendimento médico durante a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora, Edyane

Pereira Barroso Raposo, que irá providenciar encaminhamento para o plantão psicológico no Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 2.110.211

de Fortaleza (NAMI), que recebe usuários em qualquer momento.

Benefícios:

No que se refere aos benefícios oriundos desta pesquisa, este ocorrerá visto que o instrumento resultante da pesquisa poderá auxiliar tanto gestores, funcionários e usuários na efetiva potencialização da garantia de uma atenção integral, resolutiva e humanizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que irá compreender a percepção dos usuários dos CAPS Gerais de Fortaleza sobre as estratégias da PNH utilizadas nesses serviços.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto FOLHA_DE_ROSTO.pdf

Outros carta_de_anuencia.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLE_.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

tcle.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador Projeto_corrigido.pdf

Recomendações:

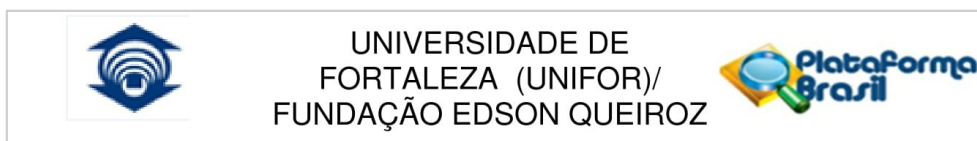
Após a leitura da nova versão apresentada, não há recomendações por conta de pendências do projeto de pesquisa analisado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Colegiado recomenda a Aprovação ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, às determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 2.110.211

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_918737.pdf	06/06/2017 00:13:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.pdf	06/06/2017 00:12:21	Edyane Pereira Barroso Raposo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	12/05/2017 00:59:50	Edyane Pereira Barroso Raposo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	12/05/2017 00:59:06	Edyane Pereira Barroso Raposo	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	11/05/2017 17:02:40	Edyane Pereira Barroso Raposo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	11/05/2017 16:54:23	Edyane Pereira Barroso Raposo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 09 de Junho de 2017

Assinado por:
ALDO ANGELIM DIAS
(Coordenador)

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br