

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



Dissertação

**Indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da
avaliação de quarta geração**

Poliana Farias Alves

Pelotas, 2014

POLIANA FARIAS ALVES

Indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da avaliação de quarta geração

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (área de concentração: Práticas sociais em enfermagem e saúde. Linha de Pesquisa: Saúde mental e coletiva, processo de trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Ciências, área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2014

Poliana Farias Alves

Indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da avaliação de quarta geração

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa
Jardim
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello
Coimbra
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Ana Paula Müller de Andrade
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a Dr^a Christine Wetzel
Universidade Federal do Rio
Grande do Sul

Dedico este estudo primeiramente ao meu pai (avô) João Alves, que me apresentou ao valor do estudo e aos valores da vida, à minha família pelo apoio cedido, aos usuários e familiares do Sistema Único de Saúde, à minha Profª Orientadora Luciane Prado Kantorski pela confiança, respeito e lealdade, à Profª Drª Michele Mandagará de Oliveira pela parceria no desenvolvimento deste estudo e na vida, ao Grupo de Estudos de Saúde Mental e Saúde Coletiva e àqueles que de alguma forma ajudaram na concretização deste trabalho.

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski, pela orientação, apoio, confiança e indispensáveis contribuições, desde a opção pelo mestrado até sua conclusão.

À Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra, pelas contribuições na Pro Forma e participação na banca.

À Prof^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim, pelas contribuições no Exame de Qualificação, pelas contribuições na Pro Forma e participação na banca.

À Prof^a Dr^a Ana Paula Müller de Andrade, pelas contribuições no Exame de Qualificação, pelas contribuições na Pro Forma e participação na banca.

À Prof^a Dr^a Christine Wetzel, pelas contribuições no Exame de Qualificação, pelas contribuições na Pro Forma e participação na banca.

À Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira, pelo incentivo, pelas contribuições e apoio na vida, na graduação, na especialização e em todo o curso do mestrado.

À Prof^a Dr^a Rosana Onocko Campos, pelas contribuições no exame de Qualificação.

Aos usuários, familiares e trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete pela grandiosa recepção no serviço e disponibilidade de contribuir com este estudo.

À minha família, pelo incentivo, apesar da distância, especialmente ao meu pai (avô) João Alves (em memória), ao meu irmão Clérison Farias Alves e à minha mãe (avó) Elisabeth Farias Alves.

Às colegas e amigas Enf^a Karine Langmantel Silveira, Carin Vieira Weiss, à Enf^a Eneida Mandagará de Oliveira, Prof^a Janaína Willrich, Carmen Argiles, Enf^a Virginia Schiavon, Enf^a Louriele Watchs, Enf^a Renata Fagundes, Prof^a Roberta Ferreira e Paola Camargo, que auxiliaram de alguma forma o andamento deste curso.

Ao grupo de Saúde Mental e Saúde Coletiva e ao Grupo de pesquisa Perfil dos Usuários de Crack e Padrões de Uso da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Por fim, a todos os membros da faculdade de Enfermagem da UFPel que contribuíram de alguma forma para a concretização deste estudo.

A todos(as), muito obrigada!

Resumo

ALVES, Poliana Farias. **Indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da avaliação de quarta geração.** 2014. p, 115. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2014.

Orientadora: Luciane Prado Kantorski

Na atual política de saúde mental ordenada pelo Ministério da Saúde são instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes são dispositivos de cunho estratégico para organizar a rede de atenção e cuidado em saúde mental baseando-se nos preceitos da Atenção Psicossocial, fundamentando as ações em saúde na superação de ações historicamente instaladas da psiquiatria, na horizontalização das relações, na integralidade das ações no território e na superação da ética da adaptação do usuário ao meio. Com o crescimento destes serviços, cresce também a necessidade de pesquisas avaliativas para uma melhor compreensão da efetivação desta nova política de saúde mental por meio da utilização de indicadores qualitativos, que neste campo ainda se apresentam escassos. O objetivo deste estudo foi de construir indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários e de seus familiares. Trata-se de um estudo avaliativo, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa participativa. O local deste estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II na cidade de Alegrete/RS. Integraram o estudo nove usuários e nove familiares que participaram de grupos de discussão, negociação e validação dos indicadores qualitativos durante o período em que a coleta de dados se realizou, de 18 de agosto a 2 de setembro de 2014. Os indicadores qualitativos foram construídos a partir da análise dos dados de duas pesquisas avaliativas que utilizaram a metodologia de avaliação de quarta geração, a pesquisa CAPSUL I (2006) e a CAPSUL II (2011). Para a análise dos dados foi utilizado o Método Comparativo Constante. Durante todo percurso desta pesquisa respeitaram-se os preceitos éticos e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 753.374. Os indicadores qualitativos construídos estão relacionados aos seguintes temas: Autonomia, Reinserção Social, Satisfação e Preconceito, totalizando 15 indicadores, sendo estes: Autogestão da renda, aumento da realização das atividades do cotidiano, poder de voz e de negociação, participação social, existência de associações, ampliação da rede social, volta ao trabalho, melhora na comunicação, construção de vínculos de amizade, melhora na qualidade das relações interpessoais, não reinternação ou diminuição destas, bem-estar, empoderamento para enfrentar o preconceito, diminuição do preconceito. Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos que utilizam ações estratégicas modificadoras e produtoras de vida, provocando resultados positivos na vida dos seus usuários e de seus familiares.

Descritores: Saúde Mental, Serviço Comunitário de Saúde Mental, Avaliação.

Abstract

ALVES, Poliana Farias. **Qualitative indicators of Psychosocial Care from the fourth generation evaluation.** 2014. p, 115. Thesis (Master's degree) – Nursing Post Graduate Program. Federal University of Pelotas, 2014.

Supervisor: Luciane Prado Kantorski

In the current mental health policy ordered by the Ministry of Health are instituted the Psychosocial Care Centers (CAPS). These are strategic services to organize the network of care and mental health care based on the concepts of psychosocial care, basing health actions in overcoming actions historically installed psychiatry, the flattening of the relationship, on integrality, in the territory and overcoming the ethics of user adaptation to the environment. With the growth of these services, so does the need for evaluative research to better understand the effectiveness of this new mental health policy through the use of qualitative indicators, which in this field have still scarce. The objective of this study was to construct qualitative indicators of psychosocial care from the perspective of users and their families. It is an evaluative study, a case study, with participatory qualitative approach. This study was developed at a Psychosocial Care Center Type II located in Alegrete-RS. The study included 9 users and 9 family members who participated in discussion groups, negotiation and validation of qualitative indicators. Data collection occurred from August 18 to September 2, 2014. The qualitative indicators were constructed from the analysis of data from two evaluative research - CAPSUL I (2006) and CAPSUL II (2011) - who used the fourth generation evaluation. To analyze the data we used the Constant Comparative Method. Throughout course of this research were respected the ethical principles and the project was approved by the Research Ethics Committee upon the advice nº753.374. Qualitative indicators built refer to the following topics: Autonomy, Social Reinsertion Satisfaction and Prejudgement, totaling 15 indicators, namely: Self-management of incomes, increased realization of daily activities, power voice and negotiation social participation, the existence of associations, expansion of social network, back to work, improved communication, building bonds of friendship, improvement in the quality of interpersonal relationships, not hospitalization or decrease these, wellness, empowerment for coping with prejudgement, decreased prejudgement. The psychosocial care centers are devices that use strategic actions that cause good changes and producing life causing positive results in the lives of their users and family members.

Descriptors: Mental Health, Mental Health Community Service, Evaluation.

Lista de Figuras

Figura 1– Círculo Hermenêutico Dialético proposto por Guba e Lincoln	37
Figura 2 – Mapa de localização do Município de Alegrete/RS	45
Figura 3 – Gráfico da pirâmide etária do Município de Alegrete/RS	45

Lista de Quadros

Quadro 1- Indicadores de qualidade de serviços de saúde mental comunitária da Universidade de Manchester, UK	32
Quadro 2- Cronograma de atividades do CAPS.....	47
Quadro 3- Matriz de indicadores qualitativos de resultado consensuados a partir dos grupos de usuários e familiares em Alegrete.....	59

Lista de Abreviaturas e Siglas

UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
SM	Saúde Mental
RS	Rio Grande do Sul
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPSUL I	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (2006)
CAPSUL II	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil II (2011)
CADEq	Centro de Álcool e Dependência Química
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

Sumário

1 Introdução.....	13
2 Objetivos	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 Referencial teórico	20
3.1 Atenção Psicossocial.....	20
3.1.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira e a atual política de Saúde Mental	20
3.2 Avaliação em Saúde e Avaliação de quarta geração	26
3.2.1 A importância da construção de Indicadores qualitativos de Saúde Mental.....	30
4 Percurso Metodológico.....	36
4.1 Caracterização do estudo.....	36
4.2 A Avaliação de Quarta Geração nas Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II	36
4.2.1 O processo hermenêutico dialético.....	37
4.2.2 O Trabalho de Campo na Avaliação de Quarta Geração nas Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II	39
4.3 Percurso metodológico realizado em 2014 para a construção de indicadores	45
4.3.1 Local do estudo	45
4.3.2 Participantes do Estudo	49
4.3.3 Coleta de dados.....	50
4.3.4 Aspectos éticos	56
4.3.5 Divulgação dos dados	58
5 Resultados	60
5.1 Autonomia.....	60

5.1.1 Autogestão da renda.....	61
5.1.2 Desenvolvimento das atividades do cotidiano	63
5.1.3 Existência de Poder de voz e negociação.....	67
5.2 Preconceito	68
5.2.1 Empoderamento para o enfrentamento do preconceito e sua diminuição	69
5.3 Reinserção Social	72
5.3.1 Participação social.....	72
5.3.2 A existência de associações	73
5.3.3 Volta ao campo de trabalho.....	76
5.3.4 Ampliação da rede social e construção de vínculos de amizade	77
5.3.5 Melhora no relacionamento interpessoal.....	80
5.3.6 Melhora na capacidade de comunicação e de expressão	82
5.4 Satisfação	83
5.4.1 Não reinternação ou diminuição destas.....	85
5.4.2 Produção de bem-estar.....	87
6 Considerações Finais	90
Referências	92
Apêndices	98
Anexos	110

1 Introdução

Os processos avaliativos na área da saúde há décadas têm sido marcados por um paradigma positivista, no qual as abordagens quantitativas têm valor preponderante.

A universalização e descentralização dos serviços de saúde no Brasil se deu a partir do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que culminou na necessidade de maior acesso, que por sua vez gerou um aumento crescente de serviços de saúde em todo o Brasil. Com o aumento do número de serviços, houve também o aumento da demanda por avaliações dos mesmos e, por consequência desta expansão, os processos de avaliação se depararam com realidades em contextos diferenciados. A diversidade, tanto cultural quanto de valores, fez com que a necessidade de outros conceitos referentes à pesquisa avaliativa emergissem, para que esta diversidade, peculiar a cada *locus*, pudesse ser compreendida.

Com o desenvolvimento das pesquisas qualitativas, que têm seu cerne nas ciências sociais, as mesmas foram sendo agregadas ao campo da saúde, pois as pesquisas quantitativas, de forma isolada, não conseguiam dar conta dos fenômenos e práticas com aspectos subjetivos, de extroversão de valores e do cotidiano, visão esta que pode ser fortalecida na perspectiva de Ayres (2008, p-29), quando o mesmo define que “o positivismo, o qual sustentava a metafísica causalista, empirista e objetivista das ciências, foi sendo progressivamente superado por uma concepção mais perspectivista, construcionista e não determinista”.

Há que se considerar a dimensão polissêmica existente no termo “avaliação qualitativa”. Bosi e Uchimura (2007) destacam a diferenciação entre os processos de avaliação de qualidade e a avaliação qualitativa quando afirmam que a avaliação da qualidade se propõe à emissão de juízo acerca de programas ou serviços, assumindo um contorno mais clássico, dando ênfase à eficiência e/ou eficácia deste programa ou serviço. Já a avaliação qualitativa contempla aspectos acerca do plano da subjetividade que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e

serviços de saúde, que, conseqüentemente, repercutirá na natureza do material a ser levantado e produzido pela equipe de avaliadores e seus participantes.

Uchimira e Bosi (2002) também assinalam que os estudos avaliativos qualitativos são voltados à dimensão subjetiva da qualidade e principalmente servem para desvendar os sentidos dos fenômenos a partir da sua complexidade, riqueza e profundidade, e que os mesmos estudos deveriam ser utilizados para analisar o sucesso das práticas desenvolvidas, pois consideram as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos em relação aos serviços de saúde.

Assim, todo processo avaliativo está baseado em um juízo de valor, a diferença está em quem avalia, em quem diz o que é bom ou ruim sobre os aspectos relacionados ao serviço.

A importância da abordagem qualitativa nas pesquisas avaliativas se ressaltava no tipo de abordagem, pois a mesma é focalizada na experiência humana e os atores são valorizados em seu próprio contexto, pois é levado em conta que a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis. As finalidades da avaliação qualitativa e as conclusões resultantes dela, todavia, não têm tanto poder de universalização, por conta de seu caráter peculiar, no entanto podem ser utilizadas para compreender contextos únicos, produzindo comparações e inferências abrangentes a outros contextos (MINAYO, 2008), a exemplo dos serviços de saúde mental comunitários, que estão em expansão e se consolidando, o que culmina na necessidade de avaliações quantitativas e qualitativas neste tipo específico de serviço.

No campo da saúde mental, o Movimento da Reforma Psiquiátrica ao longo dos anos foi ganhando força, apoio e mais aliados à causa e trazendo novos conceitos para o Brasil, sendo ele palco de discussões sobre a saúde mental, de conscientização, de elaboração de novas alternativas aos problemas relacionados à Saúde Mental brasileira e à incorporação de conceitos como os da desinstitucionalização e da Atenção Psicossocial.

Costa-Rosa (2001) conceitua o Modo Psicossocial como um modo baseado na superação de ações historicamente instaladas e também apresenta propostas fundamentais para tal, como: o deslocamento do local de execução das práticas em saúde mental do interior da instituição para território, a integralidade das ações no território dos usuários, a superação da ética da adequação do usuário ao meio a partir dos tratamentos, ações que produzam subjetividade singularizada,

horizontalização das relações interprofissionais e com os usuários e a implicação subjetiva do usuário, para superar o modo de relação sujeito-objeto, característico do modelo médico e das ciências positivas, em que se baseou o cuidado em Saúde Mental por muitos séculos.

Assim, em meio a este cenário de mudança social e de uma nova concepção da psiquiatria, tornou-se clara a necessidade de uma lei nacional, que fosse pautada nos direitos humanos, na liberdade, em métodos mais modernos de tratamento aos usuários dos serviços de saúde mental, baseada em seu território (DELGADO, 2011). Assim, a Lei 10. 216 foi aprovada em 2001. A Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, regulamentando a atenção prestada pelos serviços de saúde mental, embasada nos preceitos da Atenção Psicossocial (BRASIL, 2001).

Ao analisar essas características históricas, desde o início dos movimentos na década de 70 até a aprovação da Lei 10.216 em 2001, percebe-se uma realidade nacional baseada na disputa de interesses, tanto de cunho ideológico, cultural social e econômico, o que levou a um longo período de discussões acerca da saúde mental brasileira até a sua atual regulamentação.

Dessa forma, são instituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos para organizar a rede de atenção e cuidado em saúde mental, devendo estes ser territorializados, situados no espaço de convívio social, próximo do círculo familiar, devendo resgatar as potencialidades existentes na comunidade, sendo agentes de inclusão social e de reabilitação psicossocial (PUEL, 2008; KANTORSKI et al., 2013).

Com o crescimento dos serviços substitutivos – de 424 CAPS em 2002 para 1650 unidades em 2011 (BRASIL, 2013) – a necessidade de pesquisas avaliativas também surge. Onocko et al. (2006) assinalam que o processo de desinstitucionalização da assistência em saúde mental faz crescer a necessidade de compreensão crítica da efetivação desta nova política de prestação de cuidados. Os autores destacam a importância da pesquisa avaliativa neste contexto, pois a mesma possibilitaria a inclusão de diferentes pontos de vista e valores, viabilizaria e ampliaria a utilização dos resultados da avaliação e levaria em consideração a questão do empoderamento dos envolvidos com o serviço.

Assim, nos anos de 2006 e 2011, duas pesquisas avaliativas foram desenvolvidas na Região Sul do Brasil, sendo estas conhecidas como CAPSUL I (2006) e CAPSUL II (2011). Elas realizaram uma avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o apoio financeiro do MCT-CNPq e Ministério da Saúde. Estas pesquisas desenvolveram os estudos qualitativos a partir de um percurso metodológico baseado na avaliação de quarta geração proposto por Guba e Lincoln (1989). A quarta geração da avaliação é fundamentada num referencial construtivista, com enfoque responsivo e formativo e com um caminho sistemático baseado na lógica dialética e da interpretação hermenêutica. Dessa forma, estas duas pesquisas avaliativas, por desenvolverem seu percurso metodológico fundamentado na Avaliação de Quarta Geração, propiciaram um processo avaliativo participativo, o qual deu voz aos usuários dos serviços, seus familiares e trabalhadores (KANTORSKI et al., 2009).

Entretanto, assim como em outras áreas da saúde, na saúde mental os processos de avaliação se deparam com alguns entraves, como, por exemplo, a falta de indicadores em saúde mental. Furtado et al. (2013) tentam justificar alguns outros agravantes quando fazem algumas considerações como: em relação ao próprio objeto de que se ocupam os trabalhadores da saúde mental e pelas questões subjetivas dos usuários, familiares, comunidade e dos próprios trabalhadores. Relatam também sobre as dificuldades de diversas ordens, a exemplo, as tentativas de objetivação e sistematização que um processo avaliativo demanda. Somando-se a isso, os autores anteriormente citados reinteram sobre a dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos em polos distintos.

Um indicador pode ser representado como uma variável numérica ou como uma relação entre dois eventos ou, ainda, como uma qualidade de um evento (TANAKA; MELO, 2001).

A intenção deste trabalho é de colaborar com processos avaliativos em saúde mental a partir da construção de indicadores qualitativos, partindo do banco de dados de duas pesquisas (CAPSUL I e CAPSUL II) que realizaram a avaliação de serviços CAPS com base nos preceitos teórico-metodológicos da avaliação de quarta geração, acreditando-se que, por terem em sua fundamentação um caráter participativo, inclusivo, hermenêutico dialético, irão contribuir na produção de indicadores qualitativos, partindo-se dos pressupostos que:

- Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos estratégicos e têm suas ações em consonância com o modo de Atenção Psicossocial e com a Reforma Psiquiátrica, que proporcionam mudanças importantes na vida de seus usuários e seus familiares.
- Os indicadores qualitativos, que levem em conta as principais mudanças que ocorrem na vida dos usuários e dos familiares inseridos no CAPS, podem ser utilizados para avaliar estes serviços e afirmar a importância da existência destes.

A construção de indicadores qualitativos por estratégias qualitativas já vem se firmando há algum tempo e, ao longo dos anos, vêm-se desenvolvendo estratégias de investigação avaliativa que contemplem a subjetividade na construção de indicadores por métodos qualitativos (ASSIS, 2005).

O argumento central nesta dissertação consiste primeiramente em diferenciar conceitualmente de onde se está falando. Quando utilizamos o conceito de indicador não estamos tratando da tradição quantitativa que o vincula a uma variável numérica que indica alguma relação sobre o evento. Referimo-nos a um indicador qualitativo que segundo Tanaka e Melo (2001) trata acerca de uma qualidade de um evento, ou ainda como afirma Minayo (2009) consiste numa espécie de sinalizador da realidade, de um parâmetro que serve para firmar ou não os objetivos ou os resultados de uma política. O argumento sobre o qual se assenta a concepção de construção de indicadores qualitativos desta dissertação se apoia em assumir sua natureza hermenêutica¹, ideia que corroboramos com Minayo (2009) e admitimos que estes emergem da realidade empírica e concreta.

Conforme demonstrado neste texto introdutório ao tema, justifica-se a realização deste estudo devido à necessidade de se investir na construção de indicadores qualitativos de avaliação em saúde mental, a partir de metodologias de avaliação qualitativas que deem ênfase a valores intersubjetivos dos atores destes serviços de grande importância no contexto da saúde mental.

¹A natureza hermenêutica para Gadamer é o reconhecimento do homem como ser histórico que compreende o mundo a partir de sua historicidade e tem o caráter de um diálogo. Gadamer define que para a realização da interpretação é preciso determinar o sentido das coisas, reconhecendo a sua ligação com os contextos socioeconômicos, com as visões de mundo e ideologias de determinados grupos sociais (GADAMER, 1998).

Assim, obtivemos a pergunta: **Quais são os indicadores qualitativos de atenção psicossocial referentes às mudanças ocorridas na vida dos usuários na perspectiva destes e de seus familiares a partir da inserção no serviço?**

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Construir indicadores qualitativos referentes às mudanças ocorridas na vida dos usuários na perspectiva destes e de seus familiares a partir da inserção no Serviço de Atenção Psicossocial.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as principais mudanças ocorridas na vida dos usuários e dos familiares a partir da inserção em um Serviço de Atenção Psicossocial;

Produzir consensos e negociações entre os grupos de interesse envolvidos para construção de indicadores qualitativos;

Construir uma matriz de indicadores qualitativos de atenção psicossocial acerca dos resultados da atenção psicossocial na vida dos usuários e seus familiares.

3 Referencial teórico

Para a realização deste estudo, os referenciais teóricos adotados foram o da Atenção Psicossocial e o da Avaliação de Quarta Geração, os quais serão aprofundados nos tópicos seguintes. Nestes, estão apresentados um resgate histórico acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as políticas atuais de Saúde Mental, os diferentes conceitos e práticas que circundam os processos de avaliação, da avaliação em Saúde Mental e da Avaliação de Quarta Geração.

3.1 Atenção Psicossocial

Para a apresentação do referencial da Atenção Psicossocial, foi realizada uma revisão acerca do processo histórico da saúde mental brasileira, trazendo os principais autores e os conceitos referentes ao tema.

3.1.1 A Reforma Psiquiátrica brasileira e a atual política de Saúde Mental

Para confecção deste trabalho, fez-se necessário entender como se deu o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, compreendendo que o mesmo ainda apresenta-se em processo de desenvolvimento, com importantíssimos avanços e alguns retrocessos.

Para iniciar esta discussão sobre o começo deste processo brasileiro, nomes como o de Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia não poderiam ser deixados à margem deste discurso. De acordo com Amarante e Cruz (2008) a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como referência para seu desenvolvimento a Psiquiatria Democrática Italiana, que em 1978 aprovou a Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, a qual proibia novas internações em manicômios, ordenava um

esvaziamento progressivo dos mesmos ao longo dos anos e determinava a criação de novos serviços de caráter territorial para pessoas com sofrimento psíquico.

Todas essas mudanças no cenário da saúde mental não só trazem melhorias e desenvolvimento do tratamento, mas na compreensão e superação do paradigma do saber e das práticas psiquiátricas. Trazem consigo, como afirma Amarante e Cruz (2008 p- 11), *“uma crítica ao positivismo da ciência médica e suas implicações ao lidar apenas com a doença/sintoma e não com o sujeito e sua relação com o corpo social”*.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu em 1974 e teve como uma das principais intenções denunciar o estado de precariedade em que a saúde mental brasileira se encontrava. Denúncias de péssimas condições de trabalho, baixos salários, falta de recursos humanos, utilização de mão de obra sem competência, violência aos pacientes das instituições, estupros, trabalho escravo, mortes frequentes sem definições claras e muitas outras preenchiam a lista de denúncias realizadas por este movimento (AMARANTE, 1995).

O autor supracitado afirma que todo este movimento da Reforma Psiquiátrica contou com a fundamental importância da participação de vários atores envolvidos e principalmente com a participação dos trabalhadores em saúde mental. Foi a partir deles que surgiram as principais propostas de mudança do modelo de assistência em saúde mental no Brasil, que se baseava apenas no saber psiquiátrico.

Amarante (1995) também relata que este movimento ao longo dos anos foi ganhando força, apoio e mais aliados à causa, como também contribuíram com a sua presença expoentes na saúde mental como Franco Basaglia, Felix Guatarri, Robert Castel, Erving Goffman e outros, trazendo novos conceitos como o da Antipsiquiatria para o Brasil. Muitos congressos e encontros nacionais de psiquiatria e saúde mental foram palco de discussões sobre a saúde mental brasileira, de conscientização, de elaboração de novas alternativas aos problemas relacionados a ela e da incorporação do conceito da desinstitucionalização.

Assim, em 1987, em meio às discussões, modificações e revoluções da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano anterior (1986), aconteceu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), a qual foi realizada com intensas discussões e com a produção de um relatório final que ficou para a história do movimento da Reforma Psiquiátrica, com as proposições

gerais tais como: a concepção de saúde, a participação popular, cidadania e interesses dos usuários (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Esses mesmos autores relacionam o Movimento da Reforma Psiquiátrica com o Movimento da Reforma Sanitária, evidenciando uma estreita vinculação entre eles, já que ambos trataram a saúde como uma questão revolucionária na luta pela transformação da sociedade. Destacam pontos importantes com relação aos trabalhadores de saúde mental para uma revisão de seu papel de agentes de exclusão e de dominação, para reorientar a questão da saúde para outra direção, na direção de uma atenção psicossocial.

Costa-Rosa (2001) conceitua o Modo Psicossocial como um modo baseado na superação de ações historicamente instaladas e apresenta as seguintes propostas fundamentais:

- Preconiza a implicação subjetiva do usuário, para superar o modo de relação sujeito-objeto característico do modelo médico e das ciências positivas.
- Preconiza também horizontalização das relações interprofissionais como condição para a horizontalização das relações dos usuários na comunidade em que se encontram.
- Em relação a instituições, preconiza a integralidade das ações no território, já que o local de execução das práticas em saúde mental se deslocaria do antigo interior da instituição para território como referência.
- Em relação à ética dos efeitos das práticas em saúde mental, o Modo Psicossocial preconiza a superação da ética da adaptação do usuário dos serviços baseada no tratamento como reversibilidade dos problemas e na adequação do indivíduo ao meio, propondo ações que produzam subjetividade singularizada, tanto nas relações imediatas com o usuário, quanto nas relações com toda a população do território, que seria o espaço geográfico destas ações.

Assim, com o surgimento de novos conceitos em relação à saúde mental e a assimilação dos sujeitos envolvidos com estes novos paradigmas, foi inevitável o surgimento dos movimentos de luta que culminaram em progresso. Progresso que pode ser exemplificado por Amarante (1995), quando relata que, em 1989, a Prefeitura de Santos, em São Paulo, realizou o fechamento de um hospício, Casa de

Saúde Anchieta, com mais de 500 internos. O fechamento substituiu o modelo assistencial existente e culminou na criação de Centros de Atenção Psicossocial, com atendimento 24 horas a todo tipo de situação relacionada à saúde mental, com leitos para hospedagem em situações de mais gravidade, e estrutura para realização de projetos culturais e artísticos. Outro exemplo foi o Projeto TAMTAM, destinado a ex-internos ou para novos pacientes que não tinham casa ou condições de moradia, com oficinas de produção de renda.

De acordo com Delgado (2011), em meio a este cenário de mudança social e de uma nova concepção da psiquiatria, tornou-se clara a necessidade de uma lei nacional, que fosse pautada nos direitos humanos, na liberdade, em métodos mais modernos de tratamento aos usuários dos serviços de saúde mental, baseada em seu território.

Com o sucesso das novas experiências de atenção e cuidado em saúde mental em Santos, o Projeto de Lei nº 3657, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado foi criado em 1989. O mesmo propunha a superação do modo asilar dos manicômios e propunha também a criação de uma assistência substitutiva deste modo de atenção à saúde mental existente no Brasil. Contudo, apenas em janeiro de 1999, o projeto proposto foi aprovado no Senado, para que posteriormente se tornasse lei (PUEL, 2006). Assim, em 2001, a Lei 10. 216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, foi aprovada, regulamentando a atenção prestada pelos serviços de saúde mental, embasada nos preceitos da Atenção Psicossocial.

No Brasil, na atual política de saúde mental ordenada pelo Ministério da Saúde, são instituídos os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um local de referência e tratamento para pessoas que possuem transtornos mentais, psicoses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo com atendimento diário, semi-intensivo, com o usuário podendo ser atendido até 12 dias no mês, e não intensivo com atendimento do usuário até três dias no mês, segundo a necessidade de cada paciente (BRASIL, 2004).

Segundo este autor o objetivo dos CAPS é oferecer uma outra opção à população de sua área de abrangência, sendo o mesmo um espaço terapêutico com a criação de novos laços sociais, com os seus familiares, com a comunidade, e de

produção e expressão de subjetividades a partir de atendimentos clínicos, psicoterapias, atividades coletivas como grupos terapêuticos, oficinas de terapia ocupacional, atelier de artes, atividades na comunidade, ou seja, a partir de atividades que resgatem o ser humano e sua cidadania e convívio no seu espaço.

A partir dos conceitos supracitados, entendemos que a Atenção Psicossocial e os novos dispositivos que se utilizam dela para organizar suas ações são estratégias modificadoras e de produção de vida e, assim, enfatiza-se a importância dos serviços que a utilizam como base firmadora da sua existência.

Entretanto, apesar de existir no país uma política de saúde mental bem formulada, com todos os preceitos citados acima, que preconizam a criação de uma rede de cuidados bem diversificada de base territorial, que supere e substitua a lógica manicomial, Amarante (2008) ressalta que há muito que avançar em relação à sua ampliação e aprimoramento, especialmente no cenário local, destacando quatro dimensões que precisa ainda atingir. São elas: a técnico-assistencial, a teórico-conceitual, a político-jurídica e a sociocultural, destacando esta última como a mais difícil de se atingir, devido ao imaginário social aonde a loucura e o sofrimento psíquico estão intimamente relacionados à periculosidade e incapacidade produtiva.

Segundo Dimenstein et al. (2012), para que haja uma concretização do modo psicossocial faz-se necessária a estruturação de uma rede articulada de serviços. Esses autores destacam os pontos que consideram desafios na estruturação desta rede, como: a melhoria da qualidade técnica, equidade e a continuidade da atenção. Salientam a necessidade de investir não só na desconstrução do paradigma manicomial, que infelizmente ainda sustenta as práticas de atenção em saúde mental, como na necessidade de investimento em uma rede de cuidados que articule toda a rede do SUS, contemplando os CAPS III, os hospitais gerais e de emergência, bem como o Serviço de Atenção Móvel de Urgência/SAMU e Prontos Atendimentos/UPAs.

Trabalhando nesta direção, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em que estão inclusas diversas estruturas de serviços, não só os CAPS e Hospitais Gerais, mas também a atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, dentre outros serviços de saúde. O intuito de incluir estes serviços de forma articulada aos cuidados dos usuários com sofrimento psíquico foi de garantir a

autonomia, o acesso e a oferta de cuidado integral e multiprofissional, de qualidade, e trabalhar a ruptura de estigmas (BRASIL, 2011).

Dentre as principais diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, é importante destacar:

- respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- combate a estigmas e preconceitos;
- garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Em um estudo no Rio Grande do Norte realizado em 2012 sobre a RAPS, Dimenstein et al. (2012) concluíram que a ampliação da rede de cuidados em saúde mental indica um grande avanço no processo de reforma psiquiátrica, destacando a importância de ações de garantia do acesso com qualidade, o trabalho georreferenciado, o cuidado baseado nas necessidades dos usuários e na participação dos mesmos nos processos decisórios.

As autoras ainda apontaram possíveis problemas que se mostrariam como entraves para a consolidação da RAPS, como: o estigma e preconceitos associados ao portador de transtornos mentais, problemas relacionados aos processos de trabalho em saúde, principalmente em relação ao cuidado prestado aos usuários, a falta de integração da rede hospitalar geral com a rede de atenção primária.

Este estudo realizado no Rio Grande do Norte também faz considerações sobre a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a ampliação dos leitos

psiquiátricos do SUS em hospitais gerais, ressaltando que a expansão do número de leitos para a saúde mental em Hospitais Gerais foi considerado insatisfatório no país nos últimos anos, o que acaba por refletir em dificuldades de fechamento de hospitais psiquiátricos, principalmente em relação à ineficiência de serviços que deem suporte à crise.

Por fim, Dimenstein et al. (2012), concluem que:

Uma rede bem articulada, com garantia de continuidade de cuidados necessita de integração em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, secundária e terciária, e articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidado informais, grupos de autoajuda, envolvendo usuários, suas famílias e as comunidades [...] e que o componente da regulação e avaliação dos serviços está diretamente relacionado à qualificação das práticas de cuidado, de gestão e de funcionamento da rede de atenção psicossocial (p-107).

Assim, faz-se evidente a necessidade de um cenário que amplie a discussão e se movimente no sentido de se concretizar uma rede que dê suporte e se faça eficaz no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, baseando-se em experiências bem-sucedidas e que tenha suporte empírico e teórico para avaliar suas práticas, a exemplo da utilização de indicadores que possam auxiliar neste processo.

3.2 Avaliação em Saúde e Avaliação de quarta geração

O desenvolvimento deste estudo foi baseado na avaliação, especificamente na avaliação de quarta geração realizada em um CAPS. Assim, fez-se necessário trazer uma abordagem conceitual sobre o que é avaliação a partir de alguns autores e a utilização da mesma nos serviços de saúde mental.

Tanaka e Melo (2001) definem que avaliar é um processo aonde há uma exposição de juízo de valor a partir de um julgamento realizado, baseando-se em critérios definidos. Que, para avaliar, é necessário se identificar alguma situação reconhecida como um problema e, a partir disso, se utilizam instrumentos específicos e de referência para emitir um juízo de valor sobre este determinado problema. Tanaka e Melo (2001) também ressaltam que, a partir dessa compreensão, a avaliação se torna uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas.

Já Felisberto (2006) conclui que o ato de avaliar apenas alcança seu valor real a partir do momento em que o conhecimento oriundo dele e o uso das

informações produzidas têm a capacidade de conduzir uma melhora institucional e profissional.

Apontados alguns conceitos sobre o que é avaliar, definiu-se como mais apropriado para a produção deste estudo avaliativo, e de produção de indicadores, a utilização do ideário sobre avaliação concebida por Guba e Lincoln (1990), em que estes autores identificam quatro estágios na história dos processos avaliativos. Eles argumentam que a passagem de um estágio da avaliação para outro se deu a partir do desenvolvimento dos conceitos sobre a temática e da acumulação dos conhecimentos produzidos durante os anos, mas ressaltam que não houve o desaparecimento dessas formas de avaliação na passagem de uma para outra, sendo a sua categorização apenas um recurso metodológico.

Guba e Lincoln (1990) afirmam que o primeiro estágio dos processos de avaliação é baseado na medida, seja ela dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores, etc., concedendo ao avaliador somente um caráter técnico em que teria apenas que ter a capacidade de construir e usar instrumentos que permitam a mensuração daquilo que se está investigando.

O segundo estágio caracterizado por estes autores se trata de identificar e descrever como os programas ou intervenções implementados (principalmente os educacionais) permitiam identificar como estes atingiam os seus resultados, sendo esta fase mais desenvolvida por volta dos anos 20 e 30.

Já o terceiro estágio é fundamentado no julgamento, permitindo à avaliação julgar a partir de referenciais externos, ao final, se uma intervenção ou programa ocorreu como o esperado.

Mas, para Guba e Lincoln (1989), existem graves problemas e limitações comuns às três gerações da avaliação citadas acima, tais como a tendência à supremacia do ponto de vista gerencial e a incapacidade de levar em consideração a diversidade e o pluralismo dos atores envolvidos. Ressaltam ainda que há em comum entre as mesmas uma hegemonia do paradigma positivista caracterizado pela desconsideração de todo o contexto em que estão inseridas, o privilégio de métodos quantitativos durante as avaliações com a crença em uma verdade única e absoluta. Já, em relação à postura e envolvimento do avaliador, há uma desresponsabilização moral e ética na condução do processo de avaliação.

Desse modo, novos conceitos de diversos autores sobre os processos avaliativos vão surgindo como as considerações de Mercier (1990), que afirma que,

com o advento das desinstitucionalizações dos serviços (dos serviços de saúde mental, como exemplo), as necessidades de novos processos avaliativos vão surgindo. E com eles novas considerações sobre as metodologias empregadas até então, como a impossibilidade de isolamento das intervenções sem levar em conta os diferentes atores envolvidos, como os profissionais, voluntários, cuidadores, familiares, etc., e também os diferentes setores, como a saúde, a educação, a justiça, etc.

Vale destacar as diferentes metodologias empregadas para o desenvolvimento desses processos avaliativos. É importante comentar sobre o equívoco mais comum em relação ao conceito de avaliação: a abordagem qualitativa não deve ser confundida com a avaliação da qualidade. A avaliação da qualidade é baseada nos conceitos de Avedis Donabedian e basicamente desenvolvida por uma abordagem quantitativa. Já a abordagem qualitativa é aquela que pretende identificar os benefícios e resultados em uma determinada clientela, ou seja, nos grupos de interesse (*stakeholders*), a partir dos aspectos subjetivos destes. Desse modo, a abordagem qualitativa busca descrever significados que são socialmente construídos, que têm características não estruturadas, que têm um aprofundamento na interpretação do contexto e enfatizam as interações entre os atores envolvidos (TANAKA; MELO, 2001).

Guba e Lincoln (1989) trazem uma conceituação sobre o novo estágio da avaliação, a quarta geração. Como afirmam, está emergindo, sendo a mesma caracterizada por um processo contínuo de avaliações e baseado num processo de negociação entre os atores envolvidos em um programa ou em alguma intervenção a ser avaliada, aonde a participação dos diferentes atores envolvidos se faz necessária a partir do momento que estes têm seus próprios objetivos e sua própria avaliação em relação a certo programa ou determinada intervenção.

Os autores supracitados consideram ainda que esta quarta geração da avaliação seria uma alternativa aos referenciais anteriores da avaliação, e teria como base para sua efetivação o caráter inclusivo e participativo no qual se depararia com julgamentos divergentes, já que contaria com diferentes pontos de vista dos diferentes grupos envolvidos com um determinado programa ou serviço, justificando a inclusão de representantes destes mesmos grupos de interesse.

Mas vale destacar que a escolha do tipo de avaliação, seja ela de primeira, de segunda, de terceira ou quarta geração, deve ser compatível e estar de acordo com os objetivos de cada estudo (DEMO, 1988).

Guba e Lincoln (2011) conceituam grupos de interesse ou implicados, também conhecidos como *stakeholders*, como grupos ou indivíduos que seriam vítimas ou beneficiários de um processo avaliativo, sendo estes grupos formados por pessoas com características comuns, como pais, estudantes, gestores e usuários. No caso específico deste estudo serão os usuários e seus familiares, que têm algum interesse ou que estariam de alguma forma envolvidos ou que seriam afetados por determinado programa e pelas consequências que uma avaliação pudesse acarretar.

Tais autores concluem que esta abordagem participativa ou inclusiva, embutida na avaliação de quarta geração, tem o objetivo de engajar os diferentes atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento dos mesmos.

No campo da saúde mental, com o crescimento dos serviços substitutivos, a necessidade de pesquisas avaliativas também surge, o que é confirmado por Onocko et al. (2006) quando assinalam que o processo de desinstitucionalização da assistência em saúde mental faz crescer a necessidade de compreensão crítica da efetivação desta nova política de prestação de cuidados.

Campos (2006) também reintera a necessidade imperativa da avaliação na busca de regularidades, na busca de descobrir quais os efeitos dos procedimentos terapêuticos, da avaliação das potencialidades e dos pontos cegos, pois é a partir dela que se encontram condições para a consolidação das políticas, neste caso, a política de saúde mental.

Entretanto, assim como em outras áreas da saúde, na saúde mental os processos de avaliação se deparam com alguns entraves, como, por exemplo, a falta de indicadores em saúde mental (FURTADO et al., 2013). Somando-se a isso, os autores citados reinteram a dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos em polos distintos. Campos (2006) também aponta algumas dificuldades para a consolidação de uma avaliação em saúde mental, como a difícil padronização e reprodutibilidade de técnicas e instrumentos para lidar com a subjetividade imbuída nos usuários dos serviços substitutivos.

3.2.1 A importância da construção de Indicadores qualitativos de Saúde Mental

Segundo Minayo (2009), o conceito de indicadores pode variar de autor para autor, mas no geral os pesquisadores apresentam o conceito de que os indicadores são uma espécie de sinalizadores da realidade, são parâmetros quantitativos ou qualitativos que servem para afirmar ou não se os objetivos de uma política ou um programa estão sendo bem conduzidos, sendo isso uma avaliação de processo.

Já, para analisar se estas políticas ou programas foram alcançados, seria uma avaliação de resultados. A autora afirma também que os indicadores podem ser construídos para medir ou revelar aspectos relacionados aos planos em nível individual, coletivo, cultural, entre outros. Destaca ainda a sua importância como instrumentos de gestão, e que o administrador pode utilizá-los para monitorar e intervir em situações que necessitem de mudanças, ou para incentivar situações que necessitem ser potencializadas.

Para Minayo (2009), existem condições específicas para que um indicador seja considerado um bom indicador, tais como:

Que estejam normalizados e que sua produção histórica (sua temporalidade) se atenha sempre à mesma especificação ou forma de medida, permitindo a comparabilidade;

Que sejam produzidos com regularidade, visando à formação de séries temporais e permitindo visualizar as tendências dos dados no tempo;

Que sejam pactuados por quem (grupos, instituições) os utiliza e quem pretende estabelecer comparabilidade no âmbito nacional e até internacional, como é feito, por exemplo, pela Capes e pelo CNPq na avaliação de cursos, de projetos e de periódicos científicos;

Que estejam disponíveis para um público amplo e de forma acessível, propiciando à opinião pública um formato simples de acompanhamento do desempenho de instituições e de políticas públicas ou que recebam financiamento público (MINAYO, 2009, p.84-85).

Minayo (2009) faz a diferenciação entre as distintas formas de construção de indicadores qualitativos para avaliação, caracterizando uma como proveniente da lógica quantitativa em sua construção, a partir de indicadores quantitativos, principalmente por meio de escalas, porém ressalta que esta forma de construção de indicadores em geral reduz a questão da singularidade e da individualidade a

proposições estabelecidas a partir da perspectiva do pesquisador, culminando em indicadores que permanecem externos aos sujeitos investigados. Já a construção de indicadores qualitativos por meio de estratégias qualitativas possui a capacidade de expressão da voz, de sentimentos, dos pensamentos e das práticas desenvolvidas pelos diversos atores que estão envolvidos em uma avaliação.

No Brasil, em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto para a avaliação e planejamento das ações em saúde mental. Objetivou-se incluir as ações em Saúde Mental nas ações da Atenção Básica e para a avaliação destas ações foram desenvolvidos indicadores que seriam incluídos no sistema de informações da Atenção Básica, sendo eles:

- 1- Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo.
- 2- Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo.
- 3- Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo.
- 4- Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo.
5. Prevalência de transtorno convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária.
- 6- Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo.
7. Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo.

Apesar de representar um esforço do Ministério da Saúde da inclusão de indicadores de saúde mental na saúde de modo geral, tais indicadores são muito limitados para indicar elementos sobre a realidade assistencial brasileira, o processo, o modelo de atenção ou mesmo os resultados deste processo.

Para o desenvolvimento desta discussão sobre os indicadores qualitativos em serviços comunitários de saúde mental, cabe destacar que os poucos estudos existentes ainda priorizam o caráter quantitativo dos indicadores. Percebe-se que há uma hegemonia de parâmetros numéricos para os quais se dirigem as avaliações das ações em saúde mental, não só no Brasil, mas em termos mundiais.

Minayo (2009) faz uma leitura de autores, a exemplo de Gadamer (1999), e afirma que, para construir indicadores qualitativos, é necessário que se assumam a

sua natureza hermenêutica (a qual foi descrita nos capítulos anteriores), e conclui que, para que haja esta construção, os indicadores devem partir da realidade empírica e concreta.

Com base em uma leitura de Shutz (1982), a autora considera que os julgamentos e interpretações das ações dos observados ocorrem a partir das próprias referências, de questões relacionadas ao gênero, à classe social, idade. Reflete também, a partir de Shutz (1982), sobre a importância de o pesquisador se colocar dentro do processo de construção da realidade e da dificuldade de se encontrar uma listagem de indicadores qualitativos, e, por serem estudos de casos únicos, geralmente não possuem muita capacidade de generalização, a não ser em casos de homogeneidades culturais. Porém, Minayo (2009) ressalta que nada impede que existam indicadores qualitativos capazes de mostrar tanto expressões coletivas como específicas e diferenciadas.

Desse modo, este estudo tem o compromisso no que se refere à construção de novos indicadores qualitativos, para que os mesmos possam subsidiar e *quicá* ampliar o rol de indicadores qualitativos nos processos avaliativos.

Saraceno, Frattura e Bertolote (1993) realizaram uma reflexão sobre as mudanças ocorridas no contexto psiquiátrico no cenário mundial, a partir dos anos 60, apontando novos caminhos a seguir no que compete à análise e avaliação da qualidade dos serviços psiquiátricos. Para tanto, propuseram um grupo de indicadores para a avaliação da qualidade:

- 1 - Indicadores da Política
- 2 - Indicadores de Recursos
- 3 - Indicadores do Programa
- 4 - Indicadores das Médias das Atividades
- 5 - Indicadores de Custo
- 6 - Indicadores de Processos
- 7 - indicadores de Satisfação
- 8 - Indicadores de Impacto
- 9 - Indicadores de Contexto-Estrutura
- 10- Indicadores de Resultados pelos Pacientes

Os autores reafirmam as dificuldades de se estabelecer parâmetros sobre a qualidade dos serviços de saúde mental prestados para os processos de avaliação, dado que cada país, cada cultura e cada sociedade possuem diferentes contextos e diferentes políticas. Entretanto, afirmam que qualquer taxa, qualquer prática que promova a melhoria do bem-estar e satisfação dos usuários de saúde mental, respeitando suas necessidades, assim como procedimentos adequados dos tratamentos podem ser considerados como boas práticas no cuidado em saúde mental (SARACENO; FRATTURA; BERTOLETE, 1993).

Na literatura, geralmente são encontradas três classificações básicas dos indicadores, sendo eles baseados na estrutura, no processo e nos resultados e outra classificação de acordo com o tipo de indicador, e sendo nomeados de *hard indicators* ou *soft indicators*. Os *hard indicators* seriam a expressão quantitativa dos indicadores e os *soft indicators* seriam os indicadores qualitativos (SARACENO; FRATTURA; BERTOLETE, 1993).

Porém, o modelo utilizado na maioria dos processos avaliativos baseados em estrutura, processo e resultado talvez não tenha a flexibilidade suficiente para a avaliação do cuidado em saúde mental, podendo outros aspectos relacionais ficar de fora. E, por fim, cabe considerar as variáveis qualitativas como uma importante contribuição para a melhora da avaliação em saúde mental, sendo elas importantes para a identificação das boas práticas e das más práticas em saúde mental (SARACENO; FRATTURA; BERTOLETE, 1993).

Já, em 2002, um grupo da Universidade de Manchester, UK liderou uma pesquisa para a criação de indicadores de qualidade para serviços de saúde mental de caráter comunitário. Como resultado, foram apresentados os seguintes indicadores:

Quadro 1: Referente aos indicadores de qualidade de serviços de saúde mental comunitária criados pela Universidade de Manchester, UK

INDICADORES	CRITÉRIOS
Governança Clínica	• A existência de um programa claro para a governança clínica; • A existência de um desenho individual para atuar como profissional de referência para atuar na saúde mental.
O Registro como uma prática geral	• A existência de um protocolo / estratégia escrita para garantir que grupos específicos não sejam excluídos do registro com as práticas gerais (p. ex.: sem-teto, usuários e ex-usuários de drogas, os moradores de residências terapêuticas).
Uma ampla gama de serviços de saúde mental de boa qualidade	• Existência de uma pessoa designada que atue como profissional de referência de saúde mental fora de sua localidade; • Serviços especializados são baseados em planos de serviços

	escritos acordados localmente e acordos que incluem uma gama de serviços de saúde mental em qualidade e em volume; • Uma gama de serviços disponível, incluindo tratamentos de fala e escuta.
Equidade no acesso	• Serviços (incluindo terapias de conversa) estão disponíveis para todas as práticas; • A existência de políticas escritas sobre a equidade de acesso aos serviços; • Os pacientes são capazes de fazer uma consulta de rotina para ver um médico de clínica geral no mínimo em três dias; • Há evidência de um programa local claro para enfrentar e combater a discriminação e promover a inclusão social de indivíduos e grupos com problemas de saúde mental, por exemplo, através de iniciativas de colaboração e parcerias com outras agências; • A existência do comprometimento para o combate contra a discriminação individual e de grupos com problemas de saúde mental e para promover a inclusão social; • O uso frequente de serviço de tradução por práticas e monitoramento ligadas ao perfil da população.
Cuidado fora do horário de atendimento	• Existência de um bom acesso a serviços integrados de saúde mental baseados na comunidade fora do horário de atendimento (em substituição e em cooperação aos serviços de saúde comunitários); • Existência de normas e protocolos para a prestação de atendimento fora do horário acordados por escrito em diferentes locais para problemas de saúde mental; • Existência de normas e protocolos acordados localmente para atender a crise, fora do horário de atendimento.
Referências para casos de urgência	• Orientações por escrito no local para garantir que, quando os serviços não são prestados localmente, médicos de clínica geral podem encaminhar os pacientes fora de sua localidade; • Para problemas urgentes a existência de rápido acesso a um serviço de saúde mental especializado através de um único ponto de acesso.
Prescrição de Psicotrópicos	• Existência de protocolos normatizados e guias para a prescrição de medicação psicotrópica; • Existência de protocolos escritos acordados localmente para a prescrição através da interface da atenção primária-secundária, incluindo prescrição de medicação, mesmo iniciada no âmbito hospitalar; • Protocolos são baseados nas melhores evidências disponíveis.
Promoção de saúde mental	• Mecanismos e ações que demonstram um compromisso com a promoção da saúde mental de todos os indivíduos e comunidades; • Apoio da atenção primária em colaboração com os Serviços Sociais trabalhando com pessoas e as comunidades para promover a saúde mental.
Parcerias eficazes entre as autoridade em saúde, autoridade locais e grupos de atenção primária	• Há uma série de iniciativas de colaboração locais com outras agências-chave demonstrando parcerias eficazes, como, por exemplo, autoridade locais, agências voluntárias ou outros grupos e cuidados na atenção primária.
Treinamento e desenvolvimento	• Há um compromisso profissional nítido e contínuo para o desenvolvimento das práticas na atenção básica; • Há evidências de que o treinamento é organizado para atender às necessidades específicas de formação; • Há um número suficiente de médicos aprovado pelo Artigo 12, Lei de Saúde Mental (1983); • Onde for apropriado, as evidências de iniciativas para recrutar médicos formados nos termos do Artigo 12 da Lei de Saúde Mental

	(1983); • A existência de comprometimento para promover a continuidade da prática profissional e o seu desenvolvimento.
Monitoramento	• Existem protocolos escritos e mecanismos para o monitoramento das prescrições; • Monitoramento para garantir que as normas e os horários de atendimento fora do horário são cumpridos; • Existência de protocolos ou estratégias para monitorar grupos locais que são excluídos do registro como a prática geral, a exemplo dos sem-teto, ex-usuários de drogas e pacientes em residencial terapêutico.

Fonte: Traduzido por Alves, P.F. (2014) a partir do Guia prático para quadro nacional de serviços de Saúde Mental, 2ª edição, Manchester, United Kingdom; 2003.

4 Percurso Metodológico

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo se caracteriza como um estudo qualitativo de avaliação de quarta geração, de abordagem construtivista, responsiva e a partir de um referencial teórico hermenêutico-dialético. Assim, encontramos na Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln o caminho para realizar este trabalho, trazendo seus conceitos que dão as bases e fundamentos da proposta da construção de indicadores qualitativos de atenção psicossocial.

O intuito de realizar a construção de indicadores qualitativos a partir de uma avaliação de serviço qualitativa vem da preocupação em apreender a dinâmica do CAPS, a forma como os atores interagem neste espaço e os sentidos que são construídos pelos mesmos em relação à sua prática.

Para a realização deste estudo, partimos de duas pesquisas anteriormente realizadas na Região Sul do Brasil. A primeira, CAPSUL I, foi realizada em cinco serviços de saúde mental nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná (trabalho de campo realizado em 2006), e a segunda em 2011, CAPSUL II, onde foram reabertos três destes cinco estudos de caso. Tais pesquisas se caracterizaram como pesquisas avaliativas, as quais utilizaram um percurso metodológico baseado na Avaliação de Quarta Geração. Entendendo que este estudo de construção de indicadores é derivado das Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II, faz-se necessária uma descrição do percurso metodológico desenvolvido nas mesmas, o qual será exposto a seguir.

4.2 A Avaliação de Quarta Geração nas Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II

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

Guba e Lincoln (1989) apontam a avaliação de quarta geração como alternativa às tradicionais formas utilizadas para avaliar serviços, conceituando-a como responsiva e construtivista. Responsiva porque os parâmetros são determinados durante um processo de interação e de negociação entre os grupos de interesse.

Para realizar uma avaliação, é necessário que primeiramente se defina as questões e informações que se quer buscar como seus objetivos. Estes são chamados por Guba e Lincoln de organizadores de avanço (*advance organizers*). Já, na avaliação responsiva, os organizadores de avanço são definidos pelos grupos de interesse (*stakeholders*), sendo eles as reivindicações, as preocupações e as questões (RPQs). Os grupos de interesse (*stakeholders*) são as pessoas ou grupos que de alguma forma são colocados em risco pela avaliação, ou que tenham algum interesse em jogo, podendo os participantes ser divididos em três grupos: os representantes, os beneficiários e as vítimas do processo de avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989, 2011).

Kantorski et al. (2010) afirmam que a mudança de paradigma preconizada na assistência em saúde mental exige a invenção de formas de pensar e fazer, com a inserção de diferentes atores, para que respondam à complexidade deste novo paradigma e das práticas relacionadas a ele. Assim, para realizar uma avaliação, sugere-se que os indicadores surjam do contexto do serviço que está sendo avaliado e que este processo de avaliação sirva para o direcionamento da prática das ações do serviço avaliado. Portanto, neste estudo, o envolvimento dos grupos de interesse tem o objetivo de buscar questões mais pertinentes dentro do contexto do serviço e que tenham significado para os envolvidos e, além disso, que produza resultados capazes de contribuir com os mesmos.

4.2.1 O processo hermenêutico dialético

Guba e Lincoln (1989) definem o processo hermenêutico dialético como: hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista. Afirmam também que a proposta deste processo é levar a uma exploração mútua de todas as partes interessadas no processo de avaliação para se alcançar um consenso entre os interessados, quando possível. Caso o consenso não ocorra, pelo menos expõe e esclarece as diferentes visões dos atores. As questões em que não se alcança um consenso são levadas para uma agenda de negociação.

De acordo com esses autores, para que uma negociação seja produtiva, algumas condições devem existir, como o compromisso das partes de trabalhar em uma posição de integridade, sem espaço para mentiras e enganos deliberados; competência mínima das partes para se comunicar; compromisso em compartilhar poder; compromisso em mudar frente a negociações persuasivas; compromisso de reconsiderar os seus valores quando apropriado; e compromisso de dispor de tempo e energia que forem requeridas pelo processo.

O seguinte modelo esquemático é proposto pelos autores:

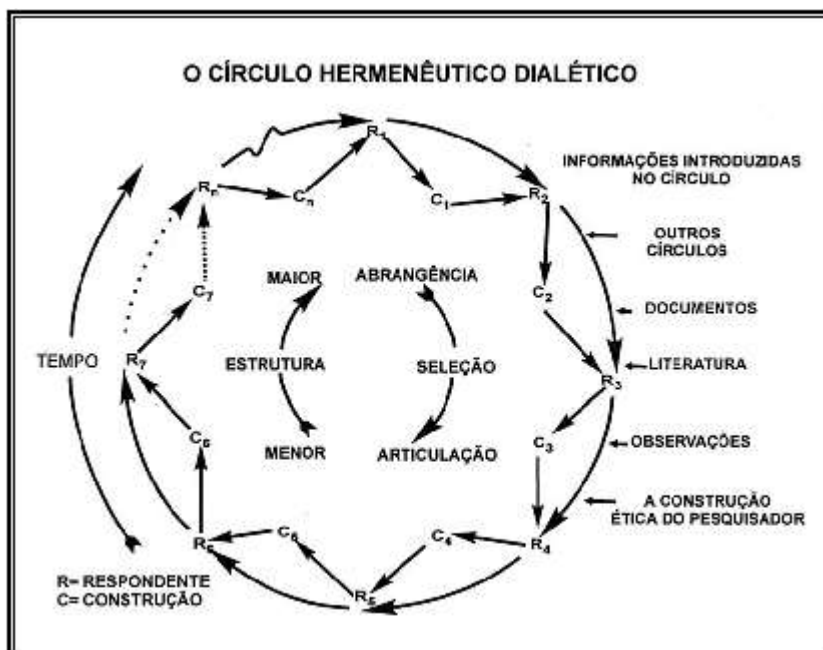


Figura 1: Círculo Hermenêutico Dialético proposto por Guba e Lincoln

Fonte: Traduzido por Wetzel (2005) a partir de Guba & Lincoln (1989)

O processo proposto por Guba e Lincoln (1989) se inicia desta forma: um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em função de sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação e, assim, se realiza uma entrevista

aberta com foco no que está sendo investigado. O entrevistador conduz a entrevista de modo que o entrevistado descreva e comente a partir de seus pontos de vista e descreva suas observações sobre as reivindicações, problemas e questões, e sobre aspectos positivos e negativos do que está sendo avaliado.

Quando a entrevista chega ao fim, pede-se ao R1 que indique outro respondente (R2) que ele reconhece como tendo posições e opiniões diferentes das suas, porém, antes de partir para o respondente R2, todo o conteúdo exposto por R1 é analisado. Nesta metodologia proposta por Guba e Lincoln a análise dos dados segue *pari passu* com a coleta de dados.

Após esta construção, o segundo sujeito, o R2, é entrevistado da mesma forma que o R1, porém, logo após a exposição do R2 os temas da análise de R1 são introduzidos na entrevista e R2 é convidado a comentá-los; e, dessa forma, o resultado obtido de R2 será correspondente à visão de R2 e também sobre as informações de R1. E assim segue-se com uma nova análise a partir dos resultados obtidos por R1 e R2, e parte-se para um terceiro respondente seguindo a mesma lógica de entrevista e construção da análise. Guba e Lincoln ressalta que este processo chegará ao fim após a percepção de que as informações recebidas dos próximos respondentes já estejam redundantes.

Guba e Lincoln (2011) assinalam que é possível introduzir no processo de desenvolvimento do círculo outras demandas que surjam durante o desenvolvimento da pesquisa, como: dados de observação pelos pesquisadores, construções que surjam de outros grupos de interesse, documentos, literatura relevante, etc.

Os círculos não necessitam ser abertos apenas com indivíduos similares ou que desenvolvam papéis semelhantes, podendo estes ser formados por pessoas bastante diferentes umas das outras, porém as condições mínimas de sucesso de encontro hermenêutico dialético diminuem, porque dentro dos círculos haverá pessoas com variedade de poder dentro do contexto que está sendo avaliado (GUBA; LINCOLN, 1989).

4.2.2 O Trabalho de Campo na Avaliação de Quarta Geração nas Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II

Etapas do trabalho de campo preconizadas por Guba e Lincoln (1989, 2011) para a Avaliação de Quarta Geração:

- **Contato com o campo**

Nesta fase ocorreram o contato com o serviço a ser avaliado e a apresentação formal da avaliação para que os grupos de interesse pudessem conhecer as intenções da pesquisadora, o que influenciou na sua participação.

Guba e Lincoln (1989) afirmam que nesta fase o participante deve ser informado de que o avaliador tem a intenção de envolver outros grupos de interesse no processo de avaliação.

- **Organização da avaliação**

Nesta fase, a principal tarefa é o que os autores denominam de “ganhar o direito de entrada”, que envolve principalmente a construção da relação de confiança.

Segundo Guba e Lincoln (1989) é fundamental que o avaliador viva e experiencie o contexto do serviço sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, isto é o que os autores denominam de etnografia prévia (*prior ethnography*).

- **Identificando os grupos de interesse**

Na pesquisa CAPSUL I (2006), o período de inserção no campo foi de aproximadamente 1 mês, já, na pesquisa CAPSUL II (2011), a inserção foi de 3 semanas.

Logo no início da avaliação já foi possível identificar os participantes que fizeram parte dos grupos de interesse. As avaliadoras das Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II precisaram estar atentas às reivindicações, preocupações e questões que surgiram nos grupos de interesse. Guba e Lincoln (2011) assinalam que é impossível que todos os grupos de interesse ou de interessados sejam privilegiados, mas explicitam alguma forma ou critério de selecionar quem fica incluído ou excluído, sem ser injusto. Seria um critério razoável e ético que os autores chamam de interesse relativo e que, assim como a maioria das questões na avaliação de quarta geração, a inclusão ou exclusão também seja negociada, na qual cada público que deseja entrar para a avaliação possa apresentar seus argumentos junto

com os outros grupos, sem que haja uma diferença de poder entre os grupos de interesse e seus interessados (GUBA; LINCOLN, 2011).

- **Elaboração de construções conjuntas dentro do grupo de interesse**

Este passo envolve a aplicação do círculo hermenêutico-dialético assim que se identifica um grupo de interesse. Nesta primeira rodada do círculo, a intenção é de tentar revelar todas as diferentes construções que são defendidas pelos diferentes grupos para que se tenha uma maior abrangência.

Assim, ao fim da entrevista do primeiro respondente ocorre a análise das informações levantadas, já que o processo de análise, neste tipo de metodologia, se dá concomitantemente com a coleta dos dados. O objetivo desta análise imediata é apresentar o conteúdo das entrevistas anteriores nas entrevistas próximas, a fim de que se tenha novos comentários. O que surge no processo é uma construção cada vez mais inclusiva que leva em conta as respostas de todo e qualquer respondente. Os autores afirmam que o objetivo final é alcançar o consenso, porém, quando não se atinge o mesmo, as questões conflitantes são levadas para uma etapa seguinte (GUBA; LINCOLN, 2011).

Outro ponto importante que os autores mencionam é sobre como identificar o momento em que se deve interromper o círculo, ou seja, não acrescentar outros respondentes. Um dos critérios seria a redundância, isto é, quando os respondentes já não acrescentam mais informações novas. Outro critério seria o consenso: quando ele é alcançado, não há razão para acrescentar outros respondentes. Mais um critério seriam as diferenças irreconciliáveis, ou seja, quando os membros do círculo chegaram a conclusões diferentes e não é possível fazê-los mudar de opinião (GUBA; LINCOLN, 2011).

Nas pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II, no trabalho de campo, os critérios para definir a interrupção do círculo foram a redundância e/ou a obtenção do consenso para as questões tidas pelo grupo como principais.

O segundo ponto relaciona-se à verificação da credibilidade. À medida que uma construção (ou diversas) começa a emergir, respondentes que contribuíram inicialmente (R1, R2, R3,...) podem não concordar com a construção conjunta, mas não têm oportunidade de influenciá-la. Pode ser útil juntar todos os membros do

círculo para discutir a construção e afirmar a sua credibilidade – ou para confirmar a continuidade dos pontos de discórdia (GUBA; LINCOLN, 2011).

Na coleta de dados das Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II a opção metodológica feita foi de reunir os respondentes, ou seja, de juntar o círculo para verificar a credibilidade das informações e fazer a negociação.

Finalmente, os autores lembram que os círculos podem ser feitos mais de uma vez, sendo seus conteúdos reciclados, de forma que os mesmos respondentes anteriores sejam envolvidos, provavelmente na mesma ordem. Uma razão para reciclar é proporcionar a oportunidade para que critiquem e aprimorem a construção conjunta emergente. No final deste passo, o avaliador alcança uma construção de um grupo de respondentes que reflete um particular grupo de interesse (GUBA; LINCOLN, 2011).

Dessa forma, a reciclagem dos conteúdos foi realizada em 2011 no CAPSUL II.

Enquanto que muitas questões foram resolvidas no processo hermenêutico, outras continuarão a ser problemáticas e exigirão atenção futura. Sem tais itens não resolvidos a avaliação terminaria. Mas não é provável que tal nível de consenso seja alcançado, sendo que certas características ou resultados podem ser altamente valorizados por um grupo e inteiramente rejeitados por outro. Um serviço pode ser julgado totalmente efetivo em uma construção e inteiramente rejeitado por outra, apesar de apresentar a mesma performance em ambos, pois a probabilidade de discordâncias, ou seja, a falta de consenso, é alta (GUBA; LINCOLN, 2011).

- **Negociação**

A negociação é preferencialmente realizada via o processo hermenêutico-dialético, usando agora os grupos. O grupo pode ser o mesmo selecionado para testar a agenda na etapa anterior. A vantagem é que tais participantes estarão familiarizados com a agenda, trabalharam nela e estão comprometidos com a sua aceitação. A desvantagem pode ser que a experiência de crítica à agenda pode determinar e firmar posições da maior parte dos participantes (GUBA; LINCOLN, 2011).

O círculo ou grupo de negociação é selecionado de forma a honrar os princípios da avaliação participativa, mas sem ser significativa no sentido estatístico.

Representatividade, no sentido participativo, implica que os grupos de interesse escolham seus próprios representantes e da forma que julgarem mais apropriada. As pessoas eleitas para serem representantes devem estar autorizadas para agir no interesse de seu grupo. Elas desempenham um papel muito especial, devendo estar conscientes das construções do grupo de interesses que representam, estando, contudo, livres para negociar no melhor sentido do termo. Finalmente, devem ser completamente dignas de confiança na visão de seus constituintes (GUBA; LINCOLN, 2011).

A própria negociação deve também ser hermenêutico-dialética em forma e processo. O avaliador será mediador e facilitador para o círculo, tal como era nos círculos anteriores. Qualquer coisa, seja uma reivindicação, preocupação ou questão que emergir do grupo, deve ser resultado de sua deliberação e decisão.

Quanto ao término do processo de negociação, o mesmo termina quando algum consenso é alcançado em cada questão não resolvida. Porém os autores ressaltam que, em muitos casos, o consenso não será alcançado; construções rivais irão permanecer e o papel da negociação, neste caso, será delinear cuidadosamente as diferenças que permanecem, de forma a caracterizar estas construções rivais como a base de futuros esforços em busca do consenso (GUBA; LINCOLN, 2011).

Por fim, o processo inteiro termina de forma mais ou menos arbitrária quando os recursos ou o tempo estão acabando, ou quando os resultados apontam para isso. Assim, assume-se o princípio de que toda boa avaliação provavelmente levante mais questões do que suas respostas, por isso entende-se que a mesma deve ser entendida como um processo contínuo.

- **Critérios para seleção dos municípios e dos CAPS avaliados nas Pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II**

- Tempo de funcionamento do serviço e experiência que permitissem aos grupos de interesse condições para realizar um processo avaliativo nos moldes propostos;
- Disponibilidade dos grupos de interesse em aderir à proposta de avaliação construtivista responsiva;

- Adequação à normatização definida na Portaria n. 336/2002 a partir dos dados obtidos no estudo quantitativo nas pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II referentes a estrutura e processo.
- **Procedimentos para análise dos dados das pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II**

O processamento dos dados obtidos foi baseado no Método Comparativo Constante (*The Constant Comparative Method*). Esse método foi originalmente desenvolvido por Glaser e Strauss (1985) para o desenvolvimento de teorias, sendo usado por Lincoln e Guba (1989) para o processamento de dados. A seguir detalharemos os passos da proposta dos autores:

1. Identificação de unidades de informação (*unitizing*):

Nesta etapa, identificamos as unidades de informação que serviram como base para a definição de categorias. Estas unidades foram encontradas através do material empírico coletado. A informação foi registrada de tal forma que fosse compreensível para qualquer outra pessoa que não o pesquisador. Cada unidade foi codificada através da designação da fonte de onde foi retirada.

Segundo Guba e Lincoln (1985) durante esta fase o analista pode errar por excesso de inclusão. É mais fácil rejeitar posteriormente o que parece ser material irrelevante do que recapturar informações posteriormente percebidas como relevantes, mas descartadas anteriormente.

2. Categorização:

A tarefa essencial na categorização foi de juntar em categorias provisórias todas as unidades de informação construídas anteriormente que, aparentemente, estavam relacionados ao mesmo conteúdo.

A categorização se torna mais clara quando as categorias definidas são internamente as mais homogêneas possíveis e externamente as mais heterogêneas possíveis.

O conjunto de categorias foi examinado para possíveis relações entre elas. Algumas categorias definidas previamente estavam subordinadas a outras; e algumas categorias, estando muito densas, foram subdivididas.

As checagens foram realizadas pelos participantes do estudo como uma forma de validação para verificar se a reconstrução realizada pelo pesquisador foi satisfatória. Assim, essa reconstrução foi apresentada para os respondentes para que a examinassem e reagissem a ela. A proposta do círculo hermenêutico-dialético prevê esse momento, pois, à medida que os dados foram sendo analisados, eles eram reapresentados para que sobre eles fossem realizadas novas reconstruções. Além disso, a fase de negociação, conceituada no referencial teórico, também teve essa função.

4.3 Percurso metodológico realizado em 2014 para a construção de indicadores

Apresentadas anteriormente as pesquisas CAPSUL I (2006) e CAPSUL II (2011) e o seu processo de desenvolvimento, inicia-se aqui a explanação do percurso metodológico realizado para a construção dos indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial desenvolvidos em 2014.

4.3.1 Local do estudo

Na presente pesquisa realizou-se uma revisitação de um estudo de caso. A partir de uma escolha intencional, o critério adotado para a escolha foi o local ter sido campo qualitativo de estudo em 2006 da pesquisa CAPSUL I e em 2011 da pesquisa CAPSUL II, sendo o município escolhido o de Alegrete.

- **Contextualização do Município**

O Município de Alegrete localiza-se na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, a 506 km de distância da capital, Porto Alegre, fazendo divisa com algumas cidades como: Uruguaiana, Quaraí, Itaqui, Manoel Viana, Rosário do Sul e Cacequi.



Figura 2 - Localização do município dentro do RS

Fonte: Prefeitura Municipal de Alegrete/RS

Este possui um total de 77.653 habitantes; destes, 39.602 são do sexo feminino e 38.051 pertencem ao sexo masculino (BRASIL, 2010).

A base da economia está centrada na agricultura e pecuária e apresenta uma área total de 45.000 ha de lavouras de arroz; rebanho bovino de 660.000 cabeças; produção de leite de 15.269 litros e rebanho ovino de 220.000 cabeças (Prefeitura Municipal de Alegrete, 2014).

A seguir apresentamos a pirâmide etária da população de Alegrete:

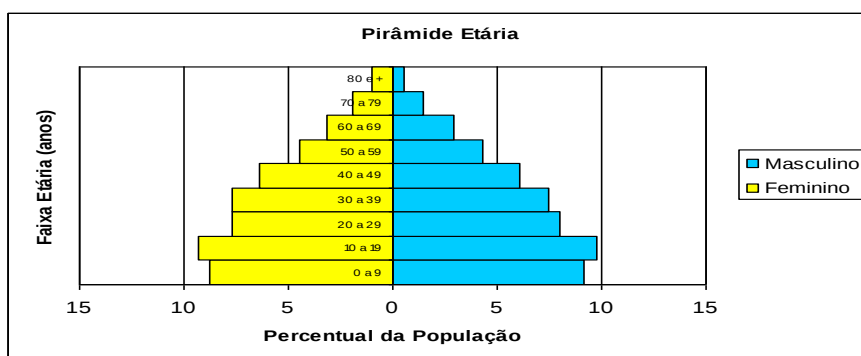


Figura 3 – Gráfico da pirâmide etária

Fonte: DATASUS, 2012.

Possui uma proporção de abastecimento de água, com rede geral, um total de 84,22% da população e proporção por tipo de instalação sanitária, com rede geral de esgoto ou pluvial, 24,4% da população total do município; 86,3% da população usufruí da coleta de lixo. Alegrete tem 23.248 consumidores de energia elétrica, consumindo um total de 16 MW.

Apresenta um total de 36 estabelecimentos de saúde, dos quais 22 pertencem ao sistema público de saúde e quatro são estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS específicos de atendimento à saúde mental, e cinco leitos no Hospital da Santa Casa de Alegrete (BRASIL, 2014).

- **Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete**

A rede de saúde mental do Município de Alegrete compõe-se de um CAPS II, um CAPS I, um CAPS ad, uma residência terapêutica, um centro de atendimento a dependentes químicos e 12 leitos psiquiátricos em Hospital Geral.

No que se refere à residência terapêutica, é uma casa grande, possui pátio e horta em grande extensão, com quartos duplos e amplos, copa e cozinha, contando ainda com uma área grande de lazer.

O serviço a ser estudado, um CAPS II, teve início em 1989. Nessa época havia falta de recursos e as pessoas que trabalhavam na saúde mental eram designadas para esta área por motivo de punição e ou porque não tinham um bom desempenho em outros lugares. Com o passar do tempo, o serviço foi se estruturando e ampliando seus espaços na sociedade com propagandas na mídia, participação em eventos sociais, articulações políticas, melhorias nas condições do serviço, e implantação do residencial terapêutico (CAPSUL II, 2011)

Vale ressaltar que no início da estruturação do serviço havia uma preocupação da equipe em atender os usuários de baixa condição socioeconômica, mesmo com falta de recursos financeiros, abrindo aos finais de semana (CAPSUL II, 2011).

Fazem parte da estrutura física do CAPS uma sala de recepção com uma secretaria anexa, refeitório, sala de enfermagem, cozinha, sala com três lugares para repouso dos usuários, sala de TV, e uma sala de atendimento individual, a qual é limpa, pintada de azul claro, com ar condicionado, maca, escada e pia para lavar as mãos, além de três salas de oficinas.

Em relação às atividades que integram o serviço, as oficinas de saúde mental coletiva ocorrem diariamente, sendo facilitadas a cada dia por um profissional de formação diferente. Os temas são diversos, privilegiando a integralidade do indivíduo em sofrimento psíquico. Também, fazem parte do cronograma de atividades oficinas de trabalhos manuais (tricô, crochê, pintura em tecido, desenho em pintura e

bordados), possuindo uma variedade de materiais disponíveis, atividades na horta, atividades pedagógicas, teatro, capoeira, grupo de obesidade, grupo de alfabetização e oficina de família (CAPSUL II, 2011; RELATÓRIO DE CAMPO, 2014).

A reunião do CAPS com a coordenação municipal de saúde mental ocorre uma vez por semana, onde são abordados assuntos referentes a toda a rede do serviço de saúde mental. Há também reuniões de equipe semanais, com a participação de todos os profissionais, de todos os níveis de conhecimento (sejam técnicos de nível superior ou não). Neste espaço são tratados assuntos inerentes aos usuários, há um repasse de informações percebidas nas visitas domiciliares, questões administrativas, preocupação com a educação permanente da equipe, com a inserção social do indivíduo, a organização das atividades internas do serviço, oficinas, articulação com outros segmentos sociais como a promotoria pública (CAPSUL II, 2011).

Abaixo segue a descrição do cronograma de atividades desenvolvidas semanalmente dentro do serviço em 2014:

Quadro 2- Cronograma de atividades do CAPS

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	-8 h – Reunião da rede com a coordenação do serviço. -Atendimento Ambulatorial. Individual com médico e psicólogo. -Oficinas: trabalhos. manuais, agro., pedagógico. - Atividade física: capoeira.	- Reunião de equipe até as 10 h -Oficinas: trabalhos. manuais, agro., pedagógico.	- 9 h – grupo CADEq (Centro de Álcool e outras drogas) -Atividade física – capoeira, e na Santa Casa. -Visitas domiciliares.	- 9 h – grupo CADEq (Centro de Álcool e outras drogas) -Atividade física – capoeira, e na Santa Casa. -Visitas domiciliares.	- 8 h - Reunião do Serviço de Residenciais Terapêuticos. -10 h - Assembleia dos usuários (participam todos oficineiros) 11 h – Grupo CADEq (Centro de Álcool e outras drogas)
Atividades físicas após o café – todos os dias					
Tarde	-Atendimento Ambulatorial. Individual com médico e psicólogo. - Oficinas de	-Atendimento Ambulatorial. Individual com médico e psicólogo. - Oficinas de	- Grupo. 16 h – reunião da associação.	- Oficina de saúde mental coletiva - 17 h - Grupo Tulipa – obesidade	14 h - Oficina de saúde mental. - Teatro

	alfabetização, de cuidados e de trabalhos. manuais.	alfabetização, de cuidados e de trabalhos. manuais.		- 19 h - Grupo CADEq (Centro de Álcool e outras drogas)	
--	--	--	--	---	--

Fonte: CAPSUL II, 2011 e Campo de 2014.

A oficina de saúde mental acontece todos os dias da semana – sendo um espaço de escuta em grupo. Em cada oficina era discutida uma temática diferente, dentre as quais se destacavam: a depressão, as perdas, os projetos de vida, o dia de hoje e a felicidade; a família, os modelos, o envelhecimento, a sociedade e a saúde mental; o trabalho, as pessoas, as drogas, os remédios, o álcool e as dependências; o futuro, a juventude, o relacionamento com os pais e a sociedade; o trabalho, a ocupação, o sofrimento psíquico e as formas de tratamento; o casal, o amor, o cuidado, o relacionamento e a sexualidade.

Os dados apresentados anteriormente acerca da estrutura e das atividades realizadas pelo serviço derivam das observações de campo realizadas por três pesquisadores, totalizando 390 horas, e das entrevistas realizadas durante a realização da pesquisa CAPSUL II, em 2011 e 2014, a qual serviu como base e ponto de partida para a reabertura deste caso.

4.3.2 Participantes do Estudo

Os grupos de interesse para este estudo se constituíram de **usuários de CAPS e os familiares**.

- **Critérios de inclusão**

Os integrantes de cada grupo de interesse foram definidos a partir dos seguintes critérios:

Para os Usuários:

- Prioridade àqueles que fizeram parte da pesquisa CAPSUL I e da pesquisa CAPSUL II;
- Maiores de 18 anos;
- Que já tenham frequentado ou frequentem o serviço na modalidade intensiva ou semi-intensiva

Para os Familiares:

- Prioridade àqueles que fizeram parte da pesquisa CAPSUL I e da pesquisa CAPSUL II;
- Maiores de 18 anos
- Com familiares que tenham frequentado ou que frequentem o serviço na modalidade intensiva ou semi-intensiva

4.3.3 Coleta de dados

O desenvolvimento da coleta de dados e a construção dos indicadores qualitativos foram divididos em duas etapas, as quais serão apresentadas a seguir:

- **Etapas I**

Nesta etapa, a proposta foi de retomar o banco de dados do processo avaliativo a partir das observações, das entrevistas e dos grupos de negociações realizados no CAPSUL I em 2006 e no CAPSUL II em 2011. Esta primeira etapa de coleta de dados ocorreu a partir de fevereiro de 2014, concluindo-se em julho de 2014.

Foram utilizados como dados da pesquisa as entrevistas e as observações coletadas em 2006 e 2011, sendo o local de estudo revisitado e os dados sistematizados e submetidos à negociação nos grupos de interesse.

Para contemplação da proposta, os indicadores foram organizados pela pesquisadora após o processo de pré-análise dos dados, com o intuito de identificar categorias provisórias construídas no círculo hermenêutico-dialético dos usuários de CAPS e de familiares que contribuíssem para a construção de indicadores de avaliação da atenção psicossocial em CAPS.

O banco de dados utilizado está descrito a seguir:

CAPSUL I (2006)

Observação: Diário de Campo dos três pesquisadores que realizaram a pesquisa qualitativa, totalizando 390 horas de observação.

Entrevistados: Usuários: 11; Familiares: 14.

CAPSUL II (2011)

Observação: Diário de Campo dos três pesquisadores que realizaram a pesquisa qualitativa, totalizando 300 horas de observação.

Entrevistados: Usuários: 11; Familiares: 10.

A partir de uma pré-análise destes bancos pôde-se construir uma matriz de indicadores que levava em conta as principais mudanças que ocorreram na vida do usuário do CAPS e de familiares a partir da inserção no serviço, segundo seus relatos.

A proposta para a construção dos indicadores foi de extraí-los a partir do banco e, para tal fim, foi realizada uma sistematização deste processo, com uma leitura exaustiva dos diários de campo, das entrevistas com os usuários e familiares do serviço, totalizando 46 documentos analisados.

A partir da leitura, foram identificadas e extraídas as falas dos participantes que evidenciavam as mudanças na vida dos usuários e familiares, na perspectiva destes. Estas falas analisadas foram adicionadas a uma matriz e compuseram unidades de informação. A partir destas unidades de informação propuseram-se indicadores, os quais posteriormente foram apresentados para os grupos de interesse para que passassem por um processo de discussão e validação, que serão apresentadas na Etapa II.

- **Etapa II**

A segunda etapa da coleta de dados aqui está dividida em subcategorias para facilitar o seu entendimento.

Contato com o campo

Nesta fase foi realizado o contato com a coordenação de saúde mental do município, bem como com a equipe do CAPS, os usuários e familiares. Encaminhou-se a proposta, juntamente com o formulário do Conselho Nacional de Pesquisa, para o Coordenador de Saúde Mental para que fosse autorizada a execução do projeto. Após aprovação pelo Comitê de Ética nº 753.374, foi marcada uma apresentação formal do projeto para que o grupo o conhecesse e consentisse em participar.

A inserção no campo para a segunda etapa de coleta de dados ocorreu de 18 de agosto a 2 de setembro de 2014.

Em uma avaliação em que se espera que os interessados falem de seus problemas, é necessário que o avaliador seja conhecido pelos mesmos, interaja com eles, os conheça e permita que o conheçam.

Como os participantes do campo de estudo e coleta de dados já conheciam a equipe de pesquisa, pois já a haviam recebido em duas oportunidades anteriores, foi retomado este vínculo para iniciar a pesquisa.

Como já referimos, foram eleitos para esse estudo **usuários de CAPS e familiares**, entendendo que esses grupos são os mais atingidos por um processo avaliativo que visa pensar em indicadores que apontem para possíveis desempenhos esperados destes participantes e estimulados pelo serviço.

Contextualização dos grupos focais

Nesta fase, as unidades de informação e os indicadores que emergiram do banco de dados referente aos usuários e familiares do CAPS foram apresentados aos grupos formados pelos *stakeholders*, para que passassem por um processo de discussão e de validação. A técnica utilizada para tal foi a dos grupos focais, os quais são caracterizados por um grupo de discussão que conta com a presença de sete a 12 pessoas, que tem o objetivo de obter informações de caráter qualitativo e em profundidade.

Esse grupo tem como objetivo principal revelar as percepções dos participantes sobre os temas abordados em uma discussão e para isso os participantes precisam possuir alguma característica em comum (GOMES; BARBOSA, 1999).

Neste estudo constituíram-se dois grupos homogêneos, os quais foram formados, um, pelos usuários de CAPS, e o outro grupo, pelos familiares.

Gomes e Barbosa (1999) descrevem os grupos focais como altamente apropriados para ampliar a compreensão a respeito de um tema investigado ou a respeito de um serviço. Também podem ser utilizados para verificar a satisfação dos usuários que utilizam tal serviço, identificar as mudanças que gostariam de ver ou as dificuldades que estão encontrando no local investigado.

Os autores também destacam a necessidade de um moderador no grupo. Este deve levantar os tópicos identificados num roteiro de discussão, incentivar a discussão entre dos participantes e usar técnicas de investigação para levantar opiniões, experiências, ideias, preferências, necessidades e outros aspectos acerca do tema sem que a discussão fuja do tópico proposto.

Neste estudo os grupos focais contaram com a presença de três pesquisadoras que auxiliaram no desenvolvimento das discussões.

Kind (2004) retrata as características para a realização de um grupo focal. Seriam elas:

- Duração do grupo – deve ter duração de 90 a 120 min.
- Número de encontros – de um a dois encontros, caso o tema ainda não esteja totalmente debatido e aprofundado.
- Local do grupo – o local deve propiciar privacidade, ser confortável, estar livre de interferências sonoras e ser de fácil acesso para os participantes.
- Sobre o moderador – o mesmo deve dar abertura para a discussão, ter uma postura acolhedora para com os participantes, ser capaz de acolher posições contrárias de forma respeitosa, ser mais ativo ou menos ativo de acordo com o ritmo do grupo, manter o grupo em interação.

Nos grupos foram apresentados e discutidos as unidades de informação evidenciadas na análise dos bancos de dados e os indicadores propostos, para a validação (ou não) dos mesmos. Os quadros compostos pelas unidades de informação e os indicadores propostos encontram-se nos Apêndices (APÊNDICE II).

Na coleta de dados de 2014, também foi utilizada a técnica de observação participante. A técnica da observação apresenta diversas vantagens, porém a

principal delas é que os eventos observados não são transpassados por qualquer tipo de mediação, podendo ela ser utilizada isoladamente ou em associação a outras técnicas de coleta de dados (GIL, 2010).

Para que os dados sejam fidedignos, a observação precisa ser controlada e sistemática, e para tal são necessários um planejamento minucioso do estudo e uma preparação rigorosa do observador. A observação garante uma experiência direta do que se observa, sendo esta técnica a melhor forma de se testar a ocorrência de um determinado assunto. Assim, a observação permite que o observador chegue mais perto da perspectiva dos atores do estudo (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Os autores supracitados apontam ainda para as limitações desta técnica, sendo elas: a capacidade que a mesma tem em alterar algumas ações no ambiente ou no comportamento dos sujeitos estudados, e que a interpretação pessoal do investigador pode influenciar na interpretação dos dados observados por conta de um maior envolvimento pessoal, sendo necessária uma análise do grau de participação do pesquisador no trabalho de campo.

Os grupos de validação

Para a realização dos grupos, como mencionado anteriormente, foram priorizados os usuários e os familiares que tivessem participado concomitantemente das pesquisas CAPSUL I (2006) e CAPSUL II (2011). Primeiramente, estes participantes foram identificados e contatados via telefone ou pessoalmente.

O primeiro grupo realizado foi o dos familiares, no turno da manhã do dia 21 de agosto de 2014. Antes de iniciarem as discussões, escolheu-se uma sala ampla, que contasse com material audiovisual para melhor explanação dos dados, e com portas fechadas para maior privacidade dos participantes. Antes de tudo, foram ressaltados pontos referentes aos preceitos éticos e de sigilo dos nomes dos participantes do grupo. Neste primeiro grupo participaram apenas quatro dos nove familiares convidados. Os outros familiares que não compareceram justificaram a ausência. Dessa forma, o grupo foi iniciado com a minha presença e de mais duas pesquisadoras que auxiliaram no desenvolvimento do grupo e das discussões, fazendo anotações e ajudando com outros esclarecimentos.

Por conta do pequeno número de familiares, foi proposto um novo grupo dois dias após o primeiro, ou seja, no dia 23 de agosto, no turno da tarde. Desta vez

compareceram cinco familiares, e seguiram-se os mesmos procedimentos realizados no primeiro grupo, com a apresentação e discussão dos mesmos pontos.

O segundo grupo foi o dos usuários, que se realizou no dia 22 de agosto de 2014, no turno da tarde. Dos 12 usuários convidados, nove compareceram e os demais justificaram a ausência. O mesmo também contou com a presença das duas outras pesquisadoras.

Depois das apresentações formais sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativa e leitura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, foram apresentados para os grupos as unidades de informação e os indicadores propostos, para que os participantes pudessem discutir sobre eles e confirmar ou não os parâmetros apresentados.

Nos grupos de familiares, as discussões acerca do que foi apresentado foram mais homogêneas, ou seja, os familiares, praticamente em sua totalidade, confirmaram os parâmetros apresentados, discutiram e elencaram propostas que poderiam auxiliar no desenvolvimento de novos indicadores.

No grupo dos usuários, nem todos os parâmetros foram foco de consenso, porém todos os participantes tiveram a oportunidade de explanar suas opiniões, quando concordavam e quando não concordavam, e também muitos deles apresentaram propostas.

A maioria dos pontos expostos, apesar de terem sido extraídos das entrevistas e observações de campo que se realizaram a 3 anos e outras a 8 anos atrás, se apresentaram bastante atuais e corroboravam com a realidade vigente.

Assim, a negociação neste estudo foi realizada em cada grupo de interesse em específico, destacando-se as questões de consenso e excluindo-se aquelas em que o consenso não foi alcançado.

Contudo, cabe ressaltar que os pontos que não tiveram consenso foram principalmente aqueles que evidenciaram mudanças ocorridas no serviço durante esses anos que passaram, e estes pontos discordantes deram a chance de serem apresentados sob a perspectiva de novos aspectos que deverão ser observados em uma avaliação futura.

Para uma melhor visualização e respeito aos preceitos éticos, os nomes dos usuários e a data das falas foram apresentados da seguinte maneira: Usuário 1 e ano da entrevista, ex: **U1 2006**, ou **U2 2011** ou **U3 2014**. O mesmo ocorreu com os relatos dos familiares, que foram expostos de forma similar: Familiar 1 e ano da fala, ex: **F1**

2006, ou F2 2011 ou F3 2014.

Como discutido anteriormente, acredita-se que a Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos estratégicos que proporcionam mudanças importantes na vida dos usuários e seus familiares.

O que se percebeu com a realização deste trabalho foi que ações aparentemente simples são consideradas de extrema importância para aqueles que durante muito tempo convivem com o transtorno mental. Sabe-se que, em relação ao nível de dependência, os familiares, por serem os mais próximos, são os que ficam mais sobrecarregados, a partir do momento em que também são cuidadores destes usuários. Assim, compreender o que os familiares pensam e o que vivem após a inserção destes no serviço se fez bastante necessário.

A inclusão dos familiares neste estudo foi de suma importância para compreender de que forma este serviço de saúde mental influenciou na vida deles e também pelo fato de que esse convite para participar da avaliação ou discussão sobre o serviço poderia gerar uma maior aproximação entre os mesmos.

Por muito tempo a família foi considerada como um elemento patogênico que tinha a necessidade de ser eliminada do convívio das pessoas com transtornos mentais. Porém, nas últimas décadas, com as mudanças que vêm ocorrendo a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, a família vem apresentando um novo papel a ser desempenhado e estimulado pelo serviço, que é o de corresponsável pelo cuidado e reinserção social dos seus usuários do serviço (BIELLEMANN et al., 2009)

Camatta e Schneider (2009) reconhecem que esse novo papel adquirido pela família no contexto da atenção psicossocial é um elemento fortalecedor para que se alcancem os resultados esperados no desenvolvimento deste novo paradigma. Cabe ao serviço o desenvolvimento de estratégias de estímulos aos familiares para a construção conjunta de planos terapêuticos e busca de uma melhor qualidade de vida dos seus usuários.

Os resultados analisados e apresentados no tópico seguinte foram resultantes das entrevistas e dos grupos de validação com os usuários e familiares. Os mesmos também foram organizados de forma justaposta de acordo com os temas que emergiram.

4.3.4 Aspectos éticos

Entende-se que a avaliação dos serviços de saúde e a produção de indicadores qualitativos, através de uma avaliação qualitativa e participativa, contribuem para o desenvolvimento de alternativas que auxiliam na superação de possíveis problemas, bem como apontam a magnitude da estratégia de Atenção Psicossocial desenvolvida por serviços específicos de Atenção Psicossocial, como os CAPS.

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil e foi aprovado por meio do Parecer nº 753.374 (ANEXO I).

O material de áudio gravado e as transcrições foram armazenados em CD-Room e HD externo, ficando em poder da pesquisadora e arquivados na sala de Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem da UFPEL e à disposição dos participantes sempre que desejarem.

Afirmamos garantir que quaisquer informações referentes à metodologia e ao andamento da pesquisa seriam fornecidas a qualquer momento em que os participantes da pesquisa pedissem esclarecimentos. Garantimos também que os participantes tivessem a liberdade de recusar a participação nesta pesquisa, bem como de retirar o consentimento em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Os dados obtidos após análise final serão divulgados no Relatório Final de Pesquisa, em forma de Dissertação, em apresentações em eventos (nacionais e internacionais), e em forma de artigos científicos, garantindo o anonimato dos participantes.

Nenhum dos participantes teve algum tipo de ônus referente ao processo da pesquisa e os mesmos foram informados quanto aos procedimentos, riscos e desconfortos, os benefícios para o participante, assim como não se incluiu nenhum tipo de método invasivo ou coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Seus resultados serão usados apenas para fins científicos.

Em relação aos benefícios, esta pesquisa foi desenvolvida utilizando-se um percurso metodológico que priorizasse os artigos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, os participantes deste estudo foram beneficiados a partir da troca de conhecimento gerada com a realização das discussões durante os grupos focais propostos, e também pelas prováveis mudanças que ocorreram na prática do serviço e fora dele,

dado que os resultados encontrados foram apresentados aos profissionais do serviço e também podem vir a auxiliar no processo de construção e/ou modificação das políticas de saúde mental.

Os riscos e desconfortos estavam relacionados às discussões produzidas que foram ao encontro do objetivo deste estudo durante os grupos focais realizados, que poderiam causar sofrimento psíquico e mobilização de sentimentos. Como este estudo foi realizado em um serviço de saúde mental ao qual os participantes estavam vinculados, eles tinham como assistência imediata e integral os profissionais deste serviço, os quais estavam cientes deste estudo. Esta equipe é composta por psicólogas, médicos psiquiatra, assistente social e equipe de enfermagem, que juntamente com a pesquisadora deste estudo estavam à disposição, caso necessário.

Em relação ao consentimento livre e esclarecido (TCLE) e ao Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), os mesmos foram desenvolvidos com um texto claro, apontando o que se tratava, ou seja, a natureza da pesquisa, justificando a sua realização, seu objetivo principal, assegurando as informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa de forma a garantir a integridade e o não dano, em todas as formas, aos participantes e ao serviço. Os mesmos seguem nos Apêndices (APÊNDICES IV e V).

Como se trata de um serviço apenas, em um município de médio porte, foi garantido o anonimato dos participantes envolvidos durante a escrita do relatório final e nas demais formas de divulgação dos dados.

Em relação aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, foi proposto também o método da observação participante, em que a pesquisadora imergiu no contexto diário do serviço para melhor entendimento do mesmo.

Os resultados deste estudo podem também ofertar subsídios e ampliar a capacidade da equipe deste Centro de Atenção Psicossocial e da gestão em analisar suas práticas cotidianas de forma mais reflexiva, com a abordagem de seus aspectos éticos, políticos e culturais.

4.3.5 Divulgação dos dados

A divulgação dos dados resultantes deste estudo se dará por meio da apresentação para o local estudado e seu município, da construção de uma dissertação, da publicação de artigos e na apresentação dos dados em congressos nacionais e internacionais.

5 Resultados

Os resultados encontrados neste estudo mostram as principais mudanças ocorridas na vida dos usuários e dos seus familiares. No texto são apresentados concomitantemente os relatos destas mudanças e os indicadores construídos e validados com os grupos de interesse, sendo eles: os usuários do CAPS e os familiares.

A seguir, apresentamos a matriz com os indicadores qualitativos dos resultados validados pelos grupos de interesse de usuários e familiares que refletem mudanças na vida dos usuários.

Quadro 3- Matriz de indicadores qualitativos de resultado consensuados a partir dos grupos de usuários e familiares em Alegrete, 2014

Categorias Analíticas	Indicadores qualitativos
Autonomia	-Autogestão da renda -Aumento da realização das atividades do cotidiano -Poder de Voz e de negociação
Preconceito	-Empoderamento para enfrentamento do preconceito -Diminuição do preconceito
Reinserção Social	-Participação Social - Existência de associações - Ampliação da rede social -Volta ao trabalho -Melhora na comunicação -Construção de vínculos de amizade -Melhora na qualidade das relações interpessoais
Satisfação	-Não reinternações ou diminuição destas - Produção de bem-estar

Fonte: Elaboração própria

5.1 Autonomia

Os resultados deste estudo trouxeram um aspecto, diria um dos mais intrínsecos quando se trata da atenção psicossocial: o da autonomia. E, no que trata da avaliação de serviços de saúde mental, tal aspecto se coloca como um dos principais resultados esperados a partir do desenvolvimento da práxis neste contexto que visa o empoderamento dos sujeitos para o alcance da autonomia.

Carvalho (2009) argumenta que o conceito de empoderamento – *Empowerment* – é um conceito complexo com ideias oriundas das lutas pelos direitos civis, do movimento feminista e na ideologia da “ação social” a partir da segunda metade do século XX. O autor classifica o *empowerment* em psicológico e comunitário.

O *empowerment* psicológico seria baseado no controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, porém Carvalho (2009) o considera como um conceito individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais a partir de uma visão que fragmenta a condição humana e desconecta o comportamento dos sujeitos do contexto sociopolítico em que eles encontram-se inseridos. Também deste deriva o objetivo de fortalecimento da autoestima, a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade.

O segundo conceito de *empowerment* seria o comunitário, onde se parte do princípio de que a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesse que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos. O processo para o empoderamento seria baseado na redistribuição de poder e na resistência daqueles que o perdem. Como resultado deste *empowerment* comunitário, haveria o empoderamento nos âmbitos pessoal, intersubjetivo e político.

5.1.1 Autogestão da renda

A autogestão da renda se apresentou como um dos primeiros indicadores relacionados ao tema autonomia. De acordo com os relatos, os usuários percebiam a inserção no serviço como um ponto importante para aquisição de renda e autogestão da mesma, podendo o usuário usufruir a mesma da maneira que melhor lhe conviesse. Segundo Dimenstein e Liberato (2009), as propostas da atenção psicossocial com vistas à reabilitação devem estar voltadas para o exercício da autonomia e da cidadania a partir da invenção de novos espaços e de novas formas de sociabilidade,

e, neste estudo, a autogestão da renda se apresenta como fator importante nesta manifestação da autonomia e de sociabilidade no seu território.

U1 2006: Todos os problemas, desde o financeiro ao familiar, eles, é, no serviço de saúde mental eu consegui, eles tão investindo em mim, eles, né, me ajudaram nos sonhos meus que eu tinha e agora tão me ajudando no meu sonho que é ter a minha casa, entendeu... e, e quando eu preciso de dinheiro eles me ajudam, me arrumam serviço pra mim fazer, eu faço, e tenho meu dinheiro, então o serviço de saúde mental pra mim é mais que uma mãe, é uma mãe e um pai ao mesmo tempo pra mim.

Entrevistador: O senhor mesmo vai lá no banco e recebe?

U7 2014: É que dia 5, dia 3, eu recebo pra pagar a luz e a água, pra ajudar a mãe nas coisas da casa, pra ir no mercado.

U7 2014: Sim, sim.

U7 2014: É, dia 5, dia 3, a luz e água e aluguel da casa.

Entrevistador: U1, então tu recebe o teu e o dele? E tu administra os dois?

U1 2014: Eu administro os dois. O meu e o dele, que eu recebo. Eu dou, eu só recebo e passo pra ele. Despesa com a comida, com a água, luz e compro mais umas coisas aqui pra dentro de casa. Eu, o meu mesmo vai pra casa, pras minhas contas, e não sobra nada. Eu tenho conta até por aqui, ó.

Durante a minha inserção no serviço pude observar que a renda se mostrou como uma questão importante para os usuários. O serviço se apresentava como ponto de apoio onde os usuários muitas vezes pediam ajuda aos seus profissionais de referência. Essa ajuda era dada não no sentido de controlar a renda destes usuários, mas no sentido de aconselhamento para a boa utilização do dinheiro. Os profissionais de referência, quando solicitados pelos usuários, ajudavam a manter as contas em dia, ajudavam na organização das notas fiscais e comprovantes de pagamento, iam junto com alguns usuários nas lojas e no supermercado para ajudar na aquisição dos seus insumos e às vezes iam ao banco resolver algumas pendências.

Estas ações desenvolvidas pelo serviço variavam de acordo com as limitações de alguns usuários, pois alguns não sabiam nem ler nem escrever, outros não conheciam as cédulas, mas eram de grande importância, pois ajudavam o usuário a se organizar de acordo com as suas limitações e limitações de suas rendas, propiciando um empoderamento do usuário a partir do reconhecimento do seu poder de compra e de autocontrole.

Outra questão que vale ressaltar é a importância da renda e do poder de compra no sentido de inclusão dos usuários nos diferentes pontos da comunidade. A partir do momento em que o usuário passa do *status* de louco para o de consumidor,

com potencial de escolha e de compra, a forma de a sociedade enxergar este sujeito muda e as questões estigmatizantes e derivadas do preconceito começam a perder espaço.

5.1.2 Desenvolvimento das atividades do cotidiano

Os usuários reconheciam o serviço como um dispositivo que os valorizava, a partir do momento em que as atividades realizadas no serviço auxiliavam no desenvolvimento das atividades diárias e que isso aumentava o poder de autonomia destes usuários, a exemplo das falas a seguir:

U10 2006: Olha, depois que eu tô fazendo esse tratamento aqui dentro do CAPS com acompanhamento médico, psicóloga, enfermeiros, toda a minha vida tá sendo normal, claro com a minha medicação em dia, sem, sem, excesso de não ultrapassar, não para, nada, sem com a orientação do médico, mas levo a minha vida normal, fazendo as minhas coisas de dona de casa, mercado, vou no banco, recebo meu benefício, assim sabe. Tudo eu faço, estou levando, claro que eu não vou dizer que, que eu não sinto uma dor aqui, outra ali, como qualquer pessoa sente, uma pessoa normal e tô me sentindo que eu voltei a ser o que eu era antes, mas com a, toda essa equipe junto, médico, enfermeiro, CAPS saúde mental, todos...

U6 2014: Agora mudei, ganhei uma casa lá também. Quem conseguiu mesmo foi a minha procuradora. É, foi ela que conseguiu. Agora eu cuido da minha casa, lavo roupa, limpo a casa, cozinho e tudo. Tô casada, né, agora com o meu marido, e é trabalhador, tá até fora agora, trabalhando.

U1 2014: Agora eu tenho a minha casa e tenho que ter tudo dentro de casa.
Entrevistador: E tu te organizou de ter essa casa depois que tu estava aqui? O CAPS te ajudou pra isso?

U1 2014: É, tenho. Quem me ajudou mesmo foi o coordenador. Jogo de futebol aqui. Já deixo as coisas arrumadas de noite.

U3 2014: Olha, eu varro o pátio esse tipo de coisa... Eu varro meu quarto, eu faço tudo.

U5 2014: Mudou, mudou. Aprende a ter mais responsabilidade.

U7 2014: Aí tem que arrumar as camas, eu arrumar minha cama, pra deitar e levantar.

U9 2014: Sim, em casa antes de vir pra cá eu peguei e fiz o almoço pra mãe, quando cheguei lá umas duas horas dei um jeito na cozinha e lavei a louça.

U8 2014: Pra mim ajudou muito. Eu tenho o “Orgulho Louco”² que eu sempre participo todos os anos. Todos os anos tem e eu participo. Eu venho pra cá de manhã e só vou pra casa às 4 hora da tarde. Eu jogo mais.

De acordo com Camatta et al. (2011) os serviços de saúde mental têm, entre outras finalidades, as de minimizar as dificuldades no convívio social, de ampliar as possibilidades do usuário em conduzir sua própria vida, a inserção social e a promoção de autonomia.

Os resultados deste estudo apontaram a influência positiva que as atividades desenvolvidas têm para a execução mais autônoma das atividades diárias, percebida pelos familiares, como exemplo a seguir:

F6 2006- Eles fazem de tudo aqui, mas até, né, as atividades a mais a, também, ajuda, né, mas eu tô muito faceira aqui, eu não tenho nada a dizer. É a professora, o ano passado que ela tava, ah, daquele jeito, o lápis ela não pegava na mão, nada. Agora ela faz, eu digo, é um processo como desse de jardim, agora ela faz uns risquinhos e coisa, mas já pega, e agora a professora, essa que tem, puxa por ela e algumas ela vem pra cá, ela não sabia cortar uma carne, né.

F6 2011- Há um ano atrás ela veio pra cá, ela não falava, num, essa família nunca deu o tratamento e ela não, ela nem, tratamento com médico, nem nada, e eu acho que nunca ensinaram ela, as coisa que, que ela era assim, retardamento que mesmo que uma criança. Quando ela veio morar comigo há três anos atrás, eu tenho, eu... nem tomar banho ela não sabia, ela não sabia, que a gente ia no banheiro e tinha que se limpar, nem isso totalmente... Como ela tá desenvolvendo, eu disse pra professora, bah!, ela participa até da horta, agora capoeira, tudo, e ela, todo mundo sabe... ela não falava... Eles vêm de manhã, eles fazem todas as refeições aqui, fazem as refeições, eles participam de aula com a professora, participam da horta, capoeira, física, e tem a psicóloga deles também... e tem a medicação também, tudo aqui vai pra eles... eles recebem a medicação também... Até quando ela veio pra cá, agora, vai fazer dois anos que ela tá aqui, mas ela não falava nada, nada, nada! Até todo mundo ali sabe, que quando ela veio pra cá eu tinha que levar pro refeitório, eu tinha que levar no banheiro, tinha que servir, tinha que cortar a carne, tudo. Agora ela já tá falando, participa de tudo; e é um lugar pra eles ficar. E ela, eu achei que ela se entrosou muito, que é tudo as pessoas que ela conseguiu conviver, que elas, que nela mesmo, eu acho que, que ela vê que tem pessoa que nem ela, NE. Ela

2 O Orgulho Louco se caracteriza como um movimento que se destina a recuperar os conceitos de "louco", "maluco", "doente mental", "deficiente mental", "diferente", "diferenças", e assim por diante, a partir do movimento organizado da sociedade e dos meios de comunicação, através de uma série de campanhas para reeducar o público em geral sobre a "doença mental", o preconceito e a violência. No Brasil, muitos estados já realizam suas paradas, como é o caso da Bahia, desde 2007, Minas Gerais e São Paulo. Em Alegrete, foi sancionada a Lei nº 4.885, de 5 de dezembro de 2011. A qual autoriza o Poder Executivo a instituir a Parada Gaúcha do Orgulho Louco: Art. 1º - Fica instituída a Parada Gaúcha do Orgulho Louco; Art. 2º - A Parada Gaúcha do Orgulho Louco será desenvolvida no período que culmina com a data de 19 de abril e dedicar-se-á a mobilizar a comunidade local e regional por uma sociedade com inclusão e sem manicômios; Parágrafo Único – O Poder Executivo regulamentará a Parada Gaúcha do Orgulho Louco; Art. 3º - A programação oficial da Parada Gaúcha do Orgulho Louco poderá envolver parcerias com Instituições, Conselhos, Secretarias, Divisões e Órgãos municipais, bem como entidades representantes da iniciativa privada (ALEGRETE, 2011)

tinha, ah, até primeiro ela vinha só dois dia, nós ficava em casa, ela, ela tinha muito, muita crise nervosa... Que também essa mãe de criação faleceu e daí e ainda foram levar ela tudo, e ela chorava muito, gritava, parecia que estavam dando nela. Daí agora ela, até me admirei, eu disse faz uns dois mês, acho, ou o mês passado, teve uma festa, eu disse, fiquei abobada, ela já participa da capoeira, ah, participa... Tinha até um teatro, ela participa dum teatro, porque era totalmente deficiente. Agora, também o outro meu irmão também tá doente, tá aqui, mas tá, com, com... Eles vêm todos os dias, né, e tá sendo uma boa, porque eles tão desenvolvendo, pelo menos eles não ficam assim, né, pensando besteira, né, é a minha irmã, ah, e o dia que não tem ela chora; chora, adora vir, que ela diz que é as amiga dela, né. Pra mim foi muito boa e é um lugar que eles ficam e tem as atividades, tudo, né, que eles podem fazer, e eu gostei muito, tô gostando muito, todo mundo adora meus irmãos e a minha irmã, bah!

F4 2014: E a minha guria não gosta muito disso aí, mas eu falo[:] tu vai tomar banho pra almoçar, pra nós irmos lá na saúde, ela prontamente toma banho. E ela se arruma e almoça. E ela pergunta: “Que horas tu vai ir”? – Em seguida que todo mundo sair.

F7 2014: O meu filho 1 sai mais que o 2, o 1 sai mais, frequenta todas essas mateadas, essas festas tudo.

F9 2014: O usuário X se dá com todos assim, bah! Porque ele gosta muito de sair, ele não para em casa, uma vez se ele passa dormindo fora e eu ligo pra saber...

Pelo que foi exposto nas discussões entre os familiares, os mesmos perceberam uma influência positiva a partir do vínculo com o serviço. Os relatos apontaram também para um aspecto muito importante, o de exercício da liberdade. Os familiares proferiam seus relatos expressando felicidade e satisfação ao dizer que os seus tinham iniciativa para fazer o que queriam e que realizavam as suas atividades de lazer por conta própria. O “poder de escolher” e o “conseguir executar” na vida de qualquer ser humano se traduz em liberdade.

De acordo com Guedes et al. (2010), o modelo de atenção psicossocial tem como um dos seus objetivos o cuidado em liberdade e para tal se debate com os inúmeros desafios, como a superação do modelo hospitalocêntrico e segregador e a reconstrução do exercício de sua cidadania, tendo a liberdade como o bem maior destes sujeitos, e de nada adianta a existência de serviços e estratégias para o cuidado em liberdade se as práticas profissionais na saúde mental ainda estiverem impregnadas de ideias manicomiais. Amarante (2009) destaca que uma das hipóteses que inspiraram a Reforma Psiquiátrica italiana e que se tornou uma das principais referências conceituais e práticas da Reforma Psiquiátrica brasileira é que a liberdade é terapêutica.

Outros relatos dos familiares se evidenciaram a partir da discussão sobre a melhora no desenvolvimento das atividades diárias, como exemplificado nas falas a seguir:

F2 2014: Eu tinha antes que trocar ele todo, calçado, roupa pra ele tomar banho, toalha, alcançar tudo, banheiro, às vezes tinha que ajudar ele a abotoar o sapato, algo assim que a gente tinha que fazer, mas agora ele faz tudo sozinho. Ele toma banho, ele escolhe a roupa que ele quer pôr, eu só lavo e passo e ponho no guarda-roupa e ele escolhe o que ele quer fazer. Às vezes ele pergunta: “Maninha, ponho isso?”. Mas ele tá fazendo sozinho assim, eu tô gostando muito. Ele tá reagindo assim, tá fazendo as coisas sozinho, tá conseguindo se dar conta que ele pode fazer mesmo, assim... em casa ele não queria varrer um pátio, não queria me ajudar em nada queria ficar vendo televisão... Agora não, ele levanta arruma a cama dele, ele me ajuda a varrer o pátio. Ele pergunta: “Maninha, tu quer que eu varra pra ti?”. Tá muito bem, mas tem vontade de fazer as coisas, tem vontade de vir na hora. Diz: “Maninha, vou tomar banho, que eu vou lá ver os amigos, fazer a oficina.”. Então, já tem muita melhora, depois que começou aqui. Muita melhora.

F4 2014: É, a minha filha também, lava a roupinha dela, ela mesmo toma banho, antes ela não botava os tênis direito, ela começava a caminhar e se desatava e tinha que atar, agora ela ata bem direitinho... Cozinhar, eu não deixo ela cozinhar, porque ela liga o fogão, quando ela acende aquela boca ela deixa ligado e acende outra. Mas daí eu não deixo ela mexer no fogo, mas daí ela faz a saladinha dela, ela que faz. Sim faz, e serve também o almoço dela, só o fogão que eu não deixo mexer, senão ela acende aquela boca ali, deixa ligado e vai lá e acende outro, é perigoso.

F6 2014: Sim, minha filha tem prazer de limpar a casa e varrer cozinhar, ela faz tudo isso em casa. Toma banho, escova os dentes... levanta cedo, toma o matezinho dela, se fizer. Ela limpa a casa e tudo, e mil utilidades, e gosta muito de plantar, ela tem uma horta bem grande cheia de coisa, ela gosta de plantar.

F5 2014: Agora eles já ocupam o banho, ocupam a roupa, né, alimentação... Às vezes até pega assim prato, caneca suja, pra eles eram uma coisa assim, não era mole, tem um que, até cozinhar, ele já tá cozinhando.

Neste novo modelo de atenção, a família passa a ser um novo recurso a ser explorado no caminho para a reinserção dos usuários, contudo é sabido que a família, dada a proximidade e corresponsabilização com os usuários, muitas vezes se vê sobrecarregada pelo cuidado extra que desenvolve quando há muita dependência dos seus.

Por muito tempo, a família foi colocada à parte do cuidado dos sujeitos com sofrimento psíquico, porém no modelo de atenção psicossocial esta visão da família como parte patógena dos sujeitos vem perdendo espaço. Como destaca Lavall (2009), a família passa a ser entendida como uma parceira no enfrentamento e

vivência da doença mental, e a aproximação dos serviços com ela, com a construção de vínculos, se faz como ponto primordial para a obtenção de informações para as equipes de saúde identificarem fragilidades e fortalezas para um efetivo cuidado e atenção em saúde mental do usuário.

Biellemann et al. (2009) também ressaltam que a família deveria ser considerada como “unidade cuidadora e de cuidado” (p-133), e é neste espaço social que seus membros interagem, trocam informações e se apoiam mutuamente para buscar soluções. Assim, é altamente relevante a inclusão da família no processo terapêutico e a inclusão de ações dirigidas a esse público.

Desse modo, por diferentes estratégias, o serviço passa a requerer maior participação dos familiares, que, conseqüentemente, em grande parte, passam a se integrar mais aos projetos de cuidado dos usuários. Porém, essa participação familiar nas diferentes atividades realizadas pelo serviço pode contribuir para maior sobrecarga nos familiares, sendo este serviço também responsável pelo acolhimento da família (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Dessa forma, pelo que pode ser percebido, a vinculação ao serviço e as atividades desenvolvidas nele têm auxiliado os usuários a desenvolver atividades diárias, nas quais apresentavam dificuldade anteriormente, conseqüentemente, levando à não sobrecarga ou diminuição desta nos familiares. Assim, este aspecto **(melhora no desenvolvimento das atividades do cotidiano)** se apresenta como um importante resultado relacionado à autonomia decorrente da atenção psicossocial.

5.1.3 Existência de Poder de voz e negociação

De acordo com Devera (2005), o modo psicossocial propicia a horizontalização nas relações de poder, a participação do sujeito na construção e desenvolvimento do seu tratamento e nas relações decisórias com os trabalhadores.

De acordo com este estudo pode-se perceber que as relações instituídas neste serviço estão baseadas na negociação, onde o usuário consegue se expressar sobre algo conflituoso e realiza-se a negociação entre as partes. A partir desta compreensão, percebe-se a existência de poder de voz e de negociação como a expressão de um sujeito autônomo que consegue escolher e se colocar no processo de seu cuidado, a exemplo da fala a seguir:

U5 2006: Ah, às vezes eu brigo, né, com o profissional 4, principalmente por causa dos meus remédios. Eu evito tomar certos remédios, porque eles me deixam com a língua enrolada, daí eu não quero tomar.

Entrevistador: E aí, como é que vocês conseguem resolver isso?

U5 2006: Aí conversando com a profissional 8, ele conversa com a psicóloga, daí ela conversa comigo, me explica que eu preciso tomar ou então ele troca de medicação, pra ver qual é que vai acertar.

Entrevistador: E se vocês têm problema com a medicação vocês conseguem conversar com o médico? Ele escuta quando vocês querem trocar a medicação?

U5 2014: Tem pessoas que falam e que aceita.

U6 2014: Consigo.

O poder de voz e de negociação se apresenta como um indicador expoente, dado que o mesmo somente existe a partir do encontro entre as partes que assumem para si a empatia e a valorização do outro. De um lado, surgem em meio a um cenário democrático aquele que se sente prejudicado e que reconhece o poder do seu dizer, e, do outro lado, aquele que escuta, que tem a capacidade de se colocar no lugar do outro, que valoriza o dizer, e a relação de poder é amenizada. Posturas antagônicas, de ambas as partes, ao modelo tradicional psiquiátrico.

Silveira et al. (2004) destacam que para a mudança real na atenção à saúde mental hoje não é suficiente apenas acabar com os muros dos manicômios, mas que a real mudança tem que vir acompanhada de uma mudança no modo de perceber e agir perante a loucura, e que neste estudo se evidenciou a partir das entrevistas e das discussões sobre este tema de extrema importância para a avaliação dos reais resultados da atenção psicossocial.

5.2 Preconceito

Outra questão que se atravessa nos moldes da psiquiatria e desemboca na questão da estigmatização é o preconceito. Oliveira, Carolino e Paiva (2012) trazem concepções interessantes em relação a este tópico, quando afirmam a existência ainda de crenças irrealistas sobre as pessoas com sofrimento psíquico e que é evidente a necessidade da sua diminuição.

Esses mesmos autores também ressaltam que estão sendo feitos esforços no sentido de diminuir este estigma e preconceito para uma real inserção. Como exemplo deste esforço estaria o processo de cuidado baseado no contato direto dos sujeitos com a sociedade, no enfoque das suas competências, no desenvolvimento da sua autonomia e na melhoria qualidade de vida dos usuários.

Assim, a partir dos resultados deste estudo podem-se constatar aspectos relevantes em relação a este tema, demonstrando que as atividades desenvolvidas no serviço auxiliam tanto no empoderamento dos usuários para o enfrentamento do preconceito quanto na diminuição deste na comunidade, apresentando-se como importantes indicadores acerca dos resultados da atenção psicossocial na vida dos usuários.

5.2.1 Empoderamento para o enfrentamento do preconceito e sua diminuição

Os resultados mostraram questões significativas em relação ao tema do preconceito. Foi relevante a contribuição dos serviços no que tange à diminuição da carga de estigmatização dos usuários, entretanto, como mesmo referiram os usuários, o preconceito com a loucura ainda se faz presente em seus cotidianos.

Segundo Almeida et al. (2010), tanto na saúde mental quanto na saúde coletiva as concepções acerca do empoderamento dos usuários se colocam como uma das linhas fundamentais neste campo. O que pôde ser percebido a partir dos dados foi que os usuários relataram se sentirem mais fortalecidos, destacando que as atividades desenvolvidas no serviço e os atendimentos prestados fortalecem e elevam a sua autoestima, o que auxilia no enfrentamento do preconceito, como explanado a seguir:

U2 2006: Ah, é, o meu atendimento aqui é psicólogo, fazer oficina. O que eu mais gosto de fazer é oficina... entendeu? E tudo, tudo que, tudo que é serviço que eu faço aqui dentro do serviço da saúde mental pra mim motivou. É, eu, parece que eu fico assim ó... eu cresço. Cada dia que passa, eu cresço, porque aí eu saí na sociedade, eu me sinto grande, me sinto uma pessoa fortalecida. Olha, o atendimento me ajuda em muita coisa. Muita coisa, só que o preconceito na sociedade... Me dá um suporte de me sentir dentro da sociedade e ficar fortalecido.

U1 2011: É diminuiu um pouco, um pouco, pra o que era antes, tanto que por causa disso foram várias lutas. Foi conseguido o passe livre, divulgação somente na cidade aqui, mais divulgação no serviço, das atividades que são feitas no serviço. Mas ainda falta muito pra melhorar. Mas tá melhor, pro que tava, tá bem melhor, pro que era há trinta anos atrás, tá bem melhor hoje. Bem melhor, a sociedade aceita mais... Aceita mais porque hoje quase todo mundo tá entrando em depressão, todo mundo. Mas a gente ainda tem um clima contra o preconceito, ainda existe bastante o preconceito, mais constante em usuário de saúde mental, porque eles acham que usuário, que louco tem que tá sempre se babando, ou tem que tá sempre mal vestido, não pode tá arrumado, não pode ter um celular, se não é louco, não pode tá bem vestido, louco tem que tá sujo, tem que tá tomando remédio, injeção, tem que tá internado num hospício fechado.

U9 2014: Ajuda, de vir aqui e fazer aí fora e frequentar a sociedade de cabeça erguida.

U5 2014: Dá valor pra sua pessoa mesmo, né. Eu acho importante, eu acho.

Dimenstein et al. (2010) destacam que os movimentos reformistas visam colocar a existência de sofrimento como parte da vida e que a atenção psicossocial preza por práticas sociais que possam incluir os sujeitos que historicamente foram (e ainda são) alvo de exclusão social, estigma e preconceito pela sociedade.

Camatta et al. (2011) destacam a necessidade de maior divulgação dos serviços de atenção psicossocial junto à sociedade, na medida em que o conhecimento sobre o que é e como funcionam os serviços auxiliam na desmistificação do imaginário social de que a saúde mental é alvo somente de atendimento psiquiátricos, o que contribuiria para uma diminuição do preconceito.

Ao serem questionados sobre a contribuição dos serviços na diminuição do preconceito, os familiares perceberam que houve uma diminuição do preconceito por conta da diversidade de pessoas que necessitam e vão a este serviço. Também atribuem essa diminuição às ações de internação serem feitas no hospital geral, pois estas diminuem o isolamento dos usuários nos serviços hospitalares, ajudando na interação, integração e inserção com todos os pacientes, a exemplo das falas a seguir:

F4 2011- Contribui tipo: agora solicitaram uma “Parada do Orgulho Louco”, agora então foi bem interessante. Antes a falta de conhecimento era maior, o preconceito. Agora não, porque, antes, onde é o local onde é o CAPS agora que tem atendimento, já era tachado como pra louco, e hoje não. Qualquer pessoa que tinha loucura ou não, mas que tenha que ter atendimento psicológico, é enviado pra lá, então já se tirou essa imagem. Isso é bom.

F4 2006- Agora ele participa ativamente, porque a gente só tem um hospital, a Santa Casa, e não tinha uma ala que tu pudesse trabalhar um tratamento mais específico com eles. Agora tu já tens uma ala de convivência, lá aonde eles podem fazer o tratamento deles mais descansado, porque antes eles eram separados completamente do hospital, isolados, ninguém queria fazer a internação junto com problema mental, e agora já bem dividido isso.

F5 2011- Mas agora não é mais assim, antes que era... Antes era um horror assim, a um doente mental, falavam assim: “É louco, é louco!”. Agora é o inverso, a convivência assim... Foi esse trabalho... Mudou... Levam eles pra passeio, pra palestra pra tudo, né.

A falta de conhecimento e de informação sobre o que são os serviços e sobre a doença mental leva a sociedade a desenvolver comportamentos de rejeição e o aumento de atitudes estigmatizantes (OLIVEIRA; CAROLINO; PAIVA, 2012).

Outra questão que os familiares apontaram como estratégia desenvolvida no serviço foi a realização de atividades fora do serviço. Existe a necessidade de os CAPS estarem inseridos no cotidiano da comunidade (CAMATTA et al., 2014). Os familiares concordaram que a realização de atividades fora do serviço promovem a diminuição do preconceito pela sociedade, conforme as falas a seguir:

F2 2014- Assim ó, por causa que assim eles recebem melhor cada pessoa, aceitam melhor aquele doente. Antes era mais assim, tinha que ficar mais “excluidinho”, mas agora não, eles aceitam, eles conversam com a pessoa, atendem a pessoa melhor assim, já fica mais junto, já não fica assim tão isolado assim. Mas assim é muito bom, que diminui o preconceito, porque depois já todas as pessoas já falam, cumprimentam, é muito importante assim. Diminui, ajuda a eles viver mais incluído, né, mais não tão fora. É doente, é louco, isso e aquilo, e agora não, diminuiu bastante isso assim, essas coisas ajudam.

F1 2014- Inclusive na Parada quando houve aqui, eu fui e muitos amigos meus foram também junto na Parada, eu acho que é legal acompanhar.

F9 2014: Um pouco diminuiu porque eles tinham mais preconceito das pessoas, como ele tava falando ali, agora ele toma chimarrão, vai nas mateada, tudo.

F5 2014: É, conversam com eles, tudo joia, não tem aquele preconceito, mas agora não.

Entretanto, apesar da diminuição do preconceito, alguns familiares apontaram que, em alguns casos, situações de exclusão ainda ocorrem, a exemplo da fala a seguir. Podendo-se concluir que o processo de desmistificação em relação à periculosidade e também a maior aceitação das diversidades dos sujeitos precisam ser trabalhados e isso é ainda um desafio a ser superado.

F9 2014: Ah, não o meu irmão, bah!, antes era, agora, graças a Deus, aqui eu agradeço todo mundo aqui por ter me ajudado, ele tá super bem. Às vezes o que pega é preconceito das pessoas assim, que eu vejo, eu mesmo venho com ele, não tenho vergonha, nunca tive, por tudo, né. As pessoas têm às vezes, em sentar pra conversar, às vezes os motorista nem param o ônibus pra ele. Um dia ele quase sofreu um acidente, porque o motorista não parou o ônibus pra ele, né, mas eu disse pra ele: Mas como?

Durante as discussões, os familiares apontaram a diminuição do preconceito como um dos resultados das ações deste serviço na comunidade, sendo consenso entre os mesmos a utilização deste resultado para avaliar o desempenho dos serviços no seu território.

5.3 Reinserção Social

Um dos objetivos dos serviços de saúde mental que operam no contexto da atenção psicossocial é a reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico, a fim de promover a reinserção social deste a partir de uma rede que tente vincular o indivíduo com a realidade, considerando seu contexto histórico, social e sua subjetividade.

Os CAPS têm se destacado dentro deste contexto, representando um dos dispositivos mais significativos na atenção psicossocial e reinserção social, a partir da utilização de estratégias como acesso ao trabalho, a preservação e o fortalecimento das redes de apoio, as atividades de lazer e o exercício dos direitos civis para o alcance da reinserção social (KANTORSKI; GUEDES; FEIJÓ; HISSE, 2013).

Neste estudo, algumas questões relacionadas à reinserção social foram apontadas como resultado da inserção dos usuários no serviço de saúde mental, tais como a participação social, a existência de associação, a volta ao trabalho, a ampliação da rede social, melhoria na comunicação e melhoria na qualidade das relações interpessoais, que serão abordadas a seguir.

5.3.1 Participação social

Assis e Vila (2003) definem o controle social como a institucionalização da participação social onde há a presença de diferentes sujeitos coletivos nos processos decisórios. Assim, a participação social pode ser entendida como um processo de democratização em nível local, a qual implicará no estabelecimento de uma consciência política e de um espaço para a exercício da cidadania, sendo os usuários dos serviços o centro do processo de avaliação das ações em saúde. (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Porém, a participação social não depende apenas de sua formulação legal, dado que somente poderá se materializar nas práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde.

No caso da Saúde Mental, a participação se evidencia mais a partir das associações de usuários e familiares onde há, segundo Souza (2001), a expressão dos interesses diretos dos usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

Neste estudo ficou evidenciado que existe um reconhecimento da importância das associações, do papel delas e como elas auxiliam os usuários e familiares dando voz e produzindo resultados. Também pôde ser constatada a existência do

envolvimento forte dos trabalhadores em saúde mental por meio de uma participação onde se buscou melhorias na estrutura do serviço e na construção de espaços de convivência fora dele, como relatado a seguir:

U1 2011- Ah, o meu professor, que é o coordenador, é, ele lutou, lutou pelo serviço e conseguiu, se tu for na pracinha ali dos papa, tu vê que é as coisas pra fazer exercício... É um projeto dele e várias, ah, tipo o refeitório que tu viu, aquela parte, toda aquela parte nova que tem estrutura nova, refeitório, enfermaria, né, é uma luta da associação e da ex, da última coordenação que teve aqui, que era uma pessoa que lutava mesmo pelos serviços de saúde mental.

Entrevistador: E a senhora se sente ouvida sobre as suas reivindicações no serviço de saúde?

U11 2011: Eu sim, eu sim, porque às vezes eu digo as coisas, eu não sou de ficar quieta, eu chego lá e falo: Ah, eu quero falar tal coisa!

Entrevistador: O pessoal te ouve?

U11 2011: Me ouve... eu vou lá, eu converso lá na prefeitura, eu falo, porque não vou ficar guardando coisas, porque o que é bom pra mim é bom pros outros.

Como exposto anteriormente, alguns usuários se faziam presentes nos espaços para realização de suas reivindicações e se sentiam ouvidos. Também o que se ressalta neste movimento é o senso de solidariedade a partir do momento em que se reconhece que as melhorias reivindicadas por uns podem propiciar uma melhor qualidade no serviço para todos.

5.3.2 A existência de associações

Durante as observações identifiquei que o município conta com uma associação de saúde mental definida como Associação dos Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete, desde 1998. As reuniões, que por muitos anos aconteciam no serviço estudado, atualmente ocorrem sempre às quartas-feiras de manhã na Câmara dos Vereadores do município. A composição desta associação se apresenta de forma mista, ou seja, é uma única associação composta por usuários, familiares e militantes da saúde mental.

Almeida et al. (2010) assinalam que as associações de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental vêm se constituindo como uma estratégia poderosa de participação política desses atores na saúde mental e para o fortalecimento da luta antimanicomial.

Dessa forma, o fato de existir uma associação se apresentou como um indicador importante para os usuários e familiares na discussão desenvolvida nos grupos, pois foi consenso nos grupos que é na mesma que as diferentes representações podem, de forma democrática, colocar suas diferentes necessidades e as suas reivindicações.

Porém, de acordo com os autores supracitados, cabe analisar como essas associações vêm participando desse processo de luta e discutir de que forma vêm contribuindo para a organização ou reorganização das ações, políticas e práticas no campo da saúde mental (ALMEIDA et al., 2010).

Em relação aos familiares, a partir dos resultados o que se evidenciou foi que, no geral, os familiares, em 2006, reconheciam a associação, o papel dela e como ela auxiliava os usuários e familiares dando voz e produzindo resultados, como exemplificado na fala a seguir:

F4 2006: Participo, tem as coisas (reuniões da associação) ali das famílias lá quando... Assim como se diz, reunião, assim das mães, tudo. As mães podem dar opinião, tudo. Eu sempre participo. Participo, sempre quando tem eu vou lá.

Durante as análises das entrevistas com os familiares em 2011 e 2014, o que foi percebido foi um afastamento de ambas as partes, entre a associação e os usuários e familiares do serviço. As entrevistas mostraram que alguns familiares sabiam da existência da associação e reconheciam a importância desta para os familiares e usuários, entretanto outros familiares se apresentaram surpresos com a existência da mesma. Dessa forma, foi consenso entre os familiares quando estes referiram que os mesmos não eram convidados para participar das reuniões semanais, como mostram as falas a seguir:

Entrevistador: Vocês conhecem a Associação de Familiares e de Usuários?

F1 2014 - Já sim.

Entrevistador: Vocês já participaram alguma vez? Vocês já foram convidados alguma vez?

F1 2014- Não. A gente é convidado pras festinhas que fazem. Olha, uma associação dessa aqui chamasse a gente, que reunisse a gente, poderia chegar e dizer aqui, uma hipótese: "O negócio é o seguinte, o meu irmão não tá sendo bem tratado aqui, porque ele reclamou lá dentro da minha casa."

F2 2014- Não, não conheço e nem participo, mas é importante, se tivesse, mas eu não conheço assim nenhuma e não participo de nenhuma. Entendo, seria bom, porque poderia assim falar, seria bom, né.

F4 2014- A associação é o que a gente precisa, pra reclamar de alguma coisa, vem e falar com elas. Eu acho que é muito importante.

Entrevistador- E vocês acham assim, que ter um convite pra participar de reuniões e associações como essa que tem a associação dos usuários familiares, se o convite fosse estendido a todos os familiares vocês acham que isso ia ser bom? Porque alguns familiares nas entrevistas disseram que não sabiam da existência dessa associação, que nunca tinham sido convidados. Vocês acham que também se essa associação se empenhasse um pouco mais e convidasse a todos isso seria bom?

F1 2014- Sim, claro. Seria ótimo, seria ótimo, porque a gente participaria mais. É que tem muita gente que não tem tempo, que trabalha, mas mesmo assim aqueles que não trabalham, as pessoas que são aposentadas podem vir.

F2 2014- Eu acho que sim. Eu não sabia que tava na Câmara, eu sempre vinha aqui, depois que mudou daqui, que terminou aqui, eu não fui mais, eu não sabia que era na Câmara.

A participação social, o exercício da cidadania, o poder de voz se apresentam como elementos de extrema importância, conquistados por décadas de lutas, e todos os usuários e seus familiares deveriam estar usufruindo deste poder. Durante as discussões com os familiares, foi percebido que a participação social se apresentava como um dispositivo importante que precisava então ser avaliado, na medida em que ele aponta para um processo importante, que é a participação na construção das ações em saúde desenvolvidas no município e nos serviços. A discussão apontou para a necessidade de maior aproximação das associações para com os familiares, sendo o convite para a participação e o esclarecimento do que é uma associação e para que serve os elementos que influenciam na participação social.

Para Dimenstein, Sales, Galvão e Severo (2010), cabe também ao serviço estimular a família acerca da participação nas diversas redes de suporte social e comunitário que possam existir no seu entorno, bem como em associações de familiares e usuários de saúde mental. Os autores também sinalizam que as ações de saúde mental deveriam ser fundamentadas no suporte às famílias, nas mudanças nos modos de trabalho e gestão, bem como de avanços em relação às políticas de inclusão social, de fortalecimento de mecanismos de controle social, de estímulo ao empoderamento dos usuários e familiares.

Os resultados deste estudo também apontaram que os familiares percebiam que espaços para reuniões, realizadas dentro do serviço ou fora dele ou nas associações, podem ser utilizados para discussão das necessidades e que podem trazer melhorias para os usuários. Isso se configura como uma instância que deve

ser valorizada e estimulada, dando poder de voz em um sistema marcado por séculos de opressão.

Entrevistador: Em algum momento a senhora discute com um grupo de pessoas as necessidades dos usuários do serviço de saúde mental?

F2 2011- Quando tinha reuniões lá, a gente fazia, por exemplo, hoje tinha o chá lá, a gente ia pra lá e nós “discutia” sobre a, hã, eles mesmo ali, a gente achava assim melhor pra ele, o dia ou o que que devia fazer, mas era só assim não pra, pra ter a melhora pra uso pra eles, né... os usuários.

F2 2011- É acho importante, mas nunca, nunca fui convidada pra isso aí, se eu for convidada vou gostar, mas eu nunca fui convidada. (para as reuniões da Associação dos Usuários e Familiares)

Dessa forma, fica evidente que os familiares reconheciam a importância dessas instâncias, entretanto é evidente a necessidade de maior aproximação entre as partes, no sentido de os familiares se sentirem muito mais apoiados e mais imbricados nos processos decisórios em saúde.

Figueiró e Dimenstein (2010) destacam a importância das associações como formas de luta, participação, e como sendo capazes de promover o empoderamento dos sujeitos envolvidos, para que estes tenham maior participação e controle sobre as decisões relacionadas às suas vidas.

5.3.3 Volta ao campo de trabalho

Outro aspecto importante em relação à reinserção social se apresentou acerca do campo de trabalho. Barfknecht et al. (2006) trazem que o campo do trabalho hoje passou por um processo de reestruturação produtiva e que esse processo acabou por expulsar do mercado uma parcela da força de trabalho que não preenche pré-requisitos exigidos para os postos de trabalho de qualidade.

Alguns usuários percebiam que o serviço proporcionava uma reestruturação pessoal e que esta reestruturação se refletia na **volta ao trabalho**, como relatado a seguir:

U7 2006- Eu acho assim que, nesse tempo que eu tô em tratamento, eu acho que... é o que me estruturou de novo pra enfrentar a vida, então, nesse momento foi tudo pra mim. Porque, se não tivesse isso aqui, eu ia tá me entupindo de medicação... só isso, ia sê o personagem 7, ia passar uma receita, tomar esses remedinho e... Isso aqui foi tudo, porque eu pude voltar a trabalhar, fiquei pouco tempo afastada do meu serviço, voltei a trabalhar, né, tô contribuindo pra sociedade, pra mim, pra minha família. Eu acho assim que foi tudo. E ainda tá sendo, né, porque eu ainda não tô, não tive alta ainda, né, então eu acho que foi tudo.

A partir da fala anterior também se percebe que para alguns usuários a questão de estarem inseridos num campo de trabalho traz o que poderíamos aqui chamar de sentimento de utilidade. Ou seja, implica para alguns a subjetivação do trabalho como forma de se sentir útil e de contribuir para si, para a sociedade e para a família.

Um estudo realizado por Lussi e Morato (2009) buscou identificar o significado do trabalho na perspectiva dos usuários de dois serviços de saúde mental comunitários. Como resultados obtiveram que trabalho pode significar

“um meio de satisfação pessoal e promotor de possibilidades, o (re) estabelecimento da saúde mental sendo o trabalho como ferramenta no processo de recuperação, o trabalho como meio de combater o ócio, o trabalho como potencializador de poder aquisitivo e da independência e que o trabalho viabiliza e amplia as relações sociais” (p- 94).

Assim, de acordo com os usuários, o sentido de trabalho está diretamente interligado ao resgate de sentimentos, de atitudes, de habilidades e de capacidades, sendo este uma importante ferramenta para a emancipação social dos usuários que possibilita o autoconhecimento e a autorrealização (LUSSI, 2009).

As questões levantadas neste estudo acerca do significado do trabalho para os usuários sugerem um ciclo composto por ações fortalecedoras e empoderantes desenvolvidas pelo serviço, que levam a uma estruturação pessoal, que por sua vez repercutem numa satisfação pessoal do usuário, do familiar e do social.

As ações em saúde mental, fundamentadas na atenção psicossocial implicam na ampliação das estratégias de vida e de sensação de pertencimento dos usuários (DIMENSTEIN; SALES; GALVÃO; SEVERO, 2010), o que neste estudo voltou-se para o campo do trabalho, cabendo então aos serviços a importância de uma maior exploração para a identificação das questões subjetivas que influenciam no bem caminhar dos usuários.

5.3.4 Ampliação da rede social e construção de vínculos de amizade

Outra questão que também vai ao encontro do tema reinserção social faz menção à ampliação da rede social dos usuários a partir da sua inserção no serviço tipo CAPS.

As redes sociais podem ser entendidas como as relações que um indivíduo estabelece nas diversas situações da vida cotidiana, na família e na sociedade. A

identificação das mesmas possibilitaria a sua utilização como um recurso para o cuidado, o que facilitaria uma parceria entre a equipe de saúde e a família na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico a partir do momento em que a atenção em saúde mental, fundamentada na atenção psicossocial, volta o olhar para este cuidado no território do sujeito, preocupando-se com o seu cotidiano e a sua inserção na sociedade (LAVALL et al., 2009)

Dimenstein et al. (2010) ressaltam que uma das propostas da atenção psicossocial está baseada na construção de laços sociais, na participação da vida cotidiana e na circulação nos mais diversos espaços sociais, se caracterizando por ações de base territorial. A partir dos resultados analisados, pode-se perceber que os familiares reconheceram avanços acerca da construção de laços de amizade em pontos na comunidade, ajudando nas relações e no convívio com diversos atores da sociedade, se configurando como um fator de construção e fortalecimento da rede social deste usuário, como exemplifica a fala abaixo:

F6 2014: Aí eles saem sábado e domingo, saem a matear na vizinha, que acompanha. Então convida todo o pessoal da vila, e a Ana, a primeira coisa quando convida: “Ah, vem tomar um mate com nós aqui.”. Ela pega a cadeirinha dela e a cuia e vai pra minha vizinha e ficam sentadas as duas com as amigas dela, e ficam tomando mate. Isso é bom, né, não se sente excluída, né, das pessoas, pra mim é bom.

A fala referida também nos remete a outra questão muito influente na construção e fortalecimento das redes sociais, que estaria relacionada à questão de estigmas e preconceitos. O que se pode perceber é que a circulação do usuário e as interações com diversos dispositivos constitutivos de seu território levam uma maior aceitação/compreensão do usuário no seu *locus* gerando também a diminuição do preconceito. A partir deste entendimento, são inquestionáveis as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde mental voltadas para uma maior visibilidade e maior vivência de cada usuário em seu *locus*.

Outra questão evidenciada a partir dos dados encontrados foi em relação à realização de eventos festivos fora do serviço, como na fala seguinte:

F10 2011 - Claro que sim, é muito bom, isso é muito bom. Participa, o maninho participa, a ele até é do, do não sei como é que a gente diz assim, ele toca flauta. Então participa, eles tão sempre chamando pros eventos, eles vão tocar do outro lado da ponte esses dias, às vezes vão viajar e tudo pra se apresentar, isso é bom. Ah, eu acho que ajuda, sim senhor. Ajuda

muito, é, ajuda muito, porque participa, é um monte gente que se encontra, né, e tudo vai melhorando o relacionamento deles com a sociedade.

F5 2011- Mas agora não é mais assim, antes que era. Antes era um horror assim, a um doente mental, falavam assim: “É louco, é louco!”. Agora é o inverso, a convivência assim... Foi esse trabalho... Mudou... Levam eles pra passeio, pra palestra pra tudo, né?

Os familiares relataram perceber que os eventos realizados fora do serviço influenciam positivamente na reabilitação dos usuários e entenderam que este contato direto influencia no desenvolvimento das interações destes com a comunidade, dado que as interações são os pontos-chave na concretização e fortalecimento das redes sociais dos usuários.

Os achados deste estudo corroboram com os conceitos explicitados por Kantorski et al. (2009), quando afirmam que os serviços de atenção à saúde mental têm, dentre outras características, a escuta, a responsabilização pela trajetória do indivíduo nos serviços, a inserção da família e da comunidade, e que o envolvimento dos serviços e usuários com festas, dias comemorativos mostram a importância da rede social no tratamento dos usuários com transtornos e que isso reconstrói a visão familiar e comunitária, se tornando um momento de maior aproximação da rede social com a “loucura”. Assim, a reabilitação visa à permanência do usuário próximo à família e à rede social, ou seja, o resgate da cidadania (KANTORSKI et al., 2000).

F2 2014- Foi tudo bem assim, ele sai, ele sai na casa dos vizinhos e dos amigo agora. Antes ele não saía, convidavam ele pra sair, pra ir às vezes para casa dos amigos e ele não queria ir, ficava em casa. – “Ah, mas eu não vou, eu tenho medo” – e agora não, ele sai com os amigos vai conversar com os amigos, se juntam na casa de um e conversam e ficam até a madrugada, e às vezes eu tenho que ir lá buscar ele, porque eles ficam conversando, ficam acordado... Às vezes estudando pro colégio. Ele ficava muito sozinho, agora se junta com todo mundo, tudo mundo fala, tudo mundo quer, todo mundo chama, e assim quando, eu vou lá no amigo dele, eu fico apavorada e digo: Ai, meu Deus, agora ele fala com todo mundo!

A fala supracitada aponta outro aspecto referente à ampliação da rede social, a inserção na escolar, configurando-se também como outro dispositivo importante para este usuário e para a sua rede social, onde, segundo a fala, a escola é um local importante para a formação de vínculos de amizade.

Outro indicador importante evidenciado nas falas foi a construção de vínculos de amizade tanto dentro quanto fora do CAPS.

O modelo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico baseado na atenção psicossocial tem como uma de suas propostas um cuidado que mantenha o

sujeito na comunidade e que faça disso um recurso terapêutico a ser utilizado, tornando possível para esses sujeitos, do jeito que são, fazerem parte do seu contexto social. Os serviços, juntamente com a família e comunidade, devem ajudar a construir a sua rede social, sendo esta um instrumento de aceitação da diferença (RAMOS; PIO, 2010).

Dessa forma, a construção de vínculos de amizade para os usuários, tanto dentro quanto fora do serviço, se mostra como um resultado potencializador e fortalecedor para o processo de reinserção, fixação e de autorreconhecimento destes como parte integrante do seu meio e de pertencimento.

Os usuários e seus familiares relataram perceber uma ajuda significativa da inserção no serviço para construção destes vínculos, como relatado abaixo:

U3 2014: Não, mudou muito!, depois que eu entrei aqui. Eu não tinha quase amigo aí fora. E agora eu tenho um monte de amigos. Aqui e lá no colégio. Eu era mais perdido que agora.

F1 2014- Olha, eu acho que é o seguinte, depois que meu irmão começou a frequentar aqui, eu tenho notado o seguinte, toda a vez que eu chego de carro, que eu estaciono ali, sempre vai dois, três pra ajudar ele a descer. Então, já é uma coisa assim que as pessoas tão procurando, embora doentes, também tão procurando ajudar. Tem muitas relações de amizade, muitos amigos. Ajudou bastante, facilita muito. Nas amizades dele, até as pessoas que ele não conhece ele cumprimenta, é uma coisa muito boa que ele tem. Então eu acho assim, melhorou bastante já a comunicação, os vínculos que ele tem de amizades com as pessoas, melhorou muito, bastante.

F6 2014: É, ela sai pra tomar mate, a vizinha ali do lado de casa, na frente, do lado ali, que são essas amigas dela, e ela se relaciona bem com essas pessoas, que gostam dela, que cumprimentam ela. Isso pra mim foi bom pra ela ter comunicação com as pessoas, é bom isso aí.

5.3.5 Melhora no Relacionamento interpessoal

Outra mudança evidenciada na perspectiva dos familiares está relacionada com a interação familiar, ou seja, no processo das relações dos usuários com sua família.

De acordo com Dessen e Polonia (2007) é a instituição família que fomenta o processo de socialização dos seus membros, sua proteção, suas condições básicas de sobrevivência e o desenvolvimento tanto no plano social, no plano cognitivo e também no plano afetivo. Assim como evidenciado neste estudo, a melhora no relacionamento entre seus membros, principalmente aqueles que pelo sofrimento

psíquico demonstravam dificuldades nesta dimensão, se caracteriza como ponto de imensurável importância nos processos de socialização, proteção, sobrevivência e de desenvolvimento, mencionados acima.

Os familiares destacaram uma melhora considerável na relação entre as partes a partir da inserção do usuário no serviço, destacando-o como dispositivo que auxilia nos processos de apoio e boa convivência entre as partes, conforme demonstram as falas as seguir:

F3 2014- Olha, meu filho depois que veio se tratar aqui, todos os domingos, sábados ele vai no clube, eu chego e ele já tá arrumado. Esse que tá se tratando aqui, ele cooperou cem por cento do que vivia, que é o curado, que vivia bêbado e agora...

Entrevistador- Agora é o que mais procura o senhor.

F3 2014- Mas exatamente.

Entrevistador- Então o Sr. achou que melhorou a relação de vocês dois?

F3 2014- Melhorou naturalmente, cem por cento. Na vida real, por isso que eu tô sentado aqui. Não é verdade? A gente tem que falar a verdade, não pode mentir.

F8 2014: Aí ele melhorou muito, bastante mesmo. Sim, ele conversa comigo... Sim, eu cuido dele e ele cuida de mim. Só se às vezes eu tô sentada ali e se senta: “Mãe, mãezinha dele, guriazinha, o que que tu tá sentindo?” – eu digo?: Ah, não tô muito bem, eu tô com uma... – “Então vamos lá no Pronto-Socorro, aí o médico já vai lhe examinar, já vai levar um remedinho pra essa sua dor no corpo, dor na cabeça, se é gripe o que é, a gente vai.”

F2 2014- Melhora, melhora bastante. Claro que sim, meu maninho conseguiu muito. O maninho era muito quieto, era muito sozinho, porque é só eu e ele, mas agora não, anda bem, até fez amizades com outras pessoas que moram na frente, outros parentes, tá bem, muito bem, muito feliz. Muito melhor mesmo.

F4 2014- Mas ajuda a gente a lidar com eles também. Minha filha era bastante judiada antes de ela vir pra cá. Depois que ela veio pra cá, ela melhorou bastante.

F9 2014: Antes eu não sabia. Ele pegava a faca e saía pela casa, aí depois comecei vir aqui e a psicóloga começou a me ensinar que não era bem assim, não podia contrariar ele, tinha que fazer tudo as vontades. E foi que agora, hoje, ele toma os remédios, eu que cuido dele, ele se dá super bem, sabe. Melhorou a convivência. Sim, sim através de vocês aqui, se não fosse vocês eu ia passar enchendo a polícia, e agora, graças a Deus, não, agora ele tá bem mais calmo, vem em tudo aqui, me levou o papelzinho pra mim vim e tudo, sabe.

Tavares (2003) argumenta que as ações desenvolvidas nos serviços de atenção psicossocial deveriam estar em consonância com o desenvolvimento de novas tecnologias que atuem na resolução de problemas no campo das relações dos seus usuários e na convivência com a loucura, indo na contramão das ações tradicionais baseadas na medicalização e controle da expressividade dos sintomas.

Assim, os resultados apontam na direção da melhora das relações não apenas baseada no controle desses sujeitos pelo uso da medicação, mas também pelo apoio que o serviço propiciou aos familiares para uma melhor compreensão do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, a melhora no saber agir e conviver em maior harmonia.

5.3.6 Melhora na capacidade de comunicação e de expressão

A comunicação pode ser entendida como a capacidade de partilhar(:), compartilhar com alguém um certo conteúdo, sendo esta mais que uma simples emissão e recepção de mensagens, pois a efetivação da mesma envolve a relação entre as partes, o contexto em que estão inseridas e a percepção (SILVA, 1998).

Ao levarmos em consideração o conceito sobre comunicação explicitado anteriormente, percebemos a complexidade em que o processo de comunicação está inserido. Ao transportá-lo para a saúde mental, torna-se ainda mais complexo se levarmos em conta as questões referentes às dificuldades de expressão, as difíceis relações entre os familiares e os seus membros e os fatores decorrentes da descredibilidade histórica imposta aos sujeitos com sofrimento psíquico.

No cenário dos serviços tipo CAPS, deve haver uma diversidade de atividades que proponham o incentivo e o desenvolvimento da comunicação e da expressão. Tavares (2003) discorre sobre a importância da utilização da arte como uma ferramenta terapêutica nestes serviços, pois esta favorece a comunicação, permite a expressão de emoções, promove a reabilitação e a circulação de afetos. Também considera a arte como atividade meio e não atividade-fim, sendo a mesma facilitadora para o alcance dos resultados tidos como "fim" no CAPS, ou seja, auxilia a produção dos resultados.

Já Hernandez, Bruniera e Luzio (2010) trazem a importância das atividades que utilizam a forma oral, a verbalização da palavra como recurso terapêutico, onde haveria a circulação da palavra através de contos, causos, crônicas, piadas, poesias

e produções jornalísticas. Esses autores argumentam que a expressão através da utilização da palavra favorece a própria fala e a escuta, auxilia na compreensão da própria experiência, na expressão de si e na produção de vida entre os usuários.

Os familiares atribuíram esta melhora no relacionamento entre as partes à melhora na capacidade de comunicação e expressão dos sentimentos, como nas falas a seguir:

F8 2006 - O atendimento da saúde mental é ótimo, né, porque a gente não tinha como fazer, né. A gente tava desequilibrado, tudo porque ele é horrível, né, não tinha... a gente não tinha assim nem saída, né, porque chegou um ponto de eu conversar com os profissionais assim e dizer assim que eu não queria mais ficar com ele, porque nós não queríamos mais ele, né. Ele judia, é bravo, ele se botava na gente, entendeu? Tava sendo uma vida... E agora ele tá bem, né, muito bem, bah!, bem mesmo! conversa, explica, fala tudo o que ele sente... Olha, bah!... é muito bom o atendimento deles. Todos os dias... É. Não falta... Que ele se dá com as pessoas, aprendeu como viver no meio da... que não vivia, né, com medo das pessoas, a gente pergunta, né, as coisas pra ele, ele passa pra gente, tudo o que ele faz lá.

F1 2014- É no momento que começou a comunicação entre eles, inclusive até a expressão se tornou muito melhor, porque estavam sós, agora já se portam muito melhor com aquela quantidade que tem ali das pessoas, né, já tá melhorando bastante nesse caso aí.

O que pode ser notado é que os familiares reconheceram o serviço e suas atividades como um local que promove a formação de vínculos de convivência e que é também nele que os usuários desenvolvem habilidades de expressão de si, do que sentem e de comunicação, a partir do convívio neste serviço, e que isso tudo auxilia no convívio familiar.

Vale também destacar o sentimento de apoio que os familiares tinham em relação ao CAPS. Em vários momentos os familiares ressaltaram a importância do apoio e orientação que o serviço lhes proporcionou.

5.4 Satisfação

Uma das formas mais utilizadas para se avaliar a qualidade de um serviço é a partir do conhecimento da satisfação dos seus usuários, ressaltando-se a importância de colocá-los no centro dos processos avaliativos, dado que os resultados das ações desenvolvidas têm que ser também observados na perspectiva deles.

Ainda hoje, a satisfação dos usuários com o serviço vem sendo avaliada quantitativamente na forma de escalas validadas no Brasil, a exemplo da SATIS-BR, validada por Bandeira et al. (2000).

Puentes Rosas et al. (2006) defendem que um serviço de saúde que tenha como pressuposto um cuidado integral deve atender a oito domínios que se reverterão na satisfação do usuário, sendo ela (a satisfação) passível de avaliação, tais como: a autonomia, a confidencialidade, a comunicação, um tratamento respeitoso, pronto atendimento, condições de instalações básicas, acesso a redes de apoio social e capacidade de eleição.

Para facilitar su medición, el trato se ha desagregado en ocho dominios: a) autonomía: que el usuario participe en la toma de decisiones relacionadas con su salud; b) confidencialidad: que el usuario tenga el control de quién tiene acceso a la información sobre su salud; c) comunicación: que el usuario reciba toda la información que requiere sobre su estado de salud y tratamiento; d) trato respetuoso: que el usuario reciba un trato humano, goce plenamente de todos sus derechos y no reciba agravios a su dignidad; e) atención pronta: que el tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la provisión del servicio no genere riesgos o molestias además de las que ocasionó la búsqueda de atención; f) condiciones de las instalaciones básicas: que las características físicas de la unidad de servicio, como limpieza, amplitud e iluminación, sean apropiadas; g) acceso a redes de apoyo social: que el usuario que recibe atención hospitalaria no pierda el contacto con su entorno social mientras está hospitalizado; y h) capacidad de elección: que el usuario pueda seleccionar al proveedor primario del servicio (PUENTES ROSAS, GÓMEZ, GARRIDO.2006; p 396).

O conceito apresentado pelos autores acima se faz relevante, dado que alguns dos indicadores encontrados neste estudo vão ao encontro dos principais domínios explanados por eles, tendo-se a satisfação como um dos principais meios de avaliação dos resultados proporcionados pelas práticas em saúde mental.

Assim, em processos avaliativos, sabe-se que os usuários do serviço são aqueles que estão no centro e as ações dos serviços são, ou deveriam ser, direcionadas para suprir as suas necessidades. A partir do relato a seguir, percebe-se que os usuários entendiam que uma boa estruturação do sistema e do cuidado, com a disponibilidade de profissionais juntamente com um tratamento respeitoso e mais humanizado, influenciam na satisfação do cuidado prestado ou seja, uma mudança de modelo reflete na mudança do cuidado.

Assim temos:

U7 2006- De uns anos pra cá, acho que de dez anos pra cá, a mudança foi radical no sistema da saúde mental. Que antes não tinham a estrutura nem física, nem pessoal como tem hoje. Então hoje, se a gente precisa de um atendimento, seja a hora que for, a gente sempre tem o número de alguém pra ligar. Se precisa de internação, eles vão na casa, eles pegam a pessoa, têm leito disponível no hospital, agora tem e... a discriminação que antes era... assim tratado que nem bicho, levavam já, a primeira coisa era atar as

peessoas, aquelas cenas horrorosa que agora a gente já não vê mais isso...
Eu acho ótimo o atendimento.

Percebe-se também que há uma boa estruturação do serviço em relação ao acesso com a utilização de meios de comunicação de forma mais direta com o serviço, facilitando a comunicação entre o usuário e o serviço, principalmente em casos mais graves, como em situações de crise.

5.4.1 Não reinternação ou diminuição destas

Outro aspecto que se apresentou como um indicador de resultado da inserção no serviço foi a **não reinternação ou diminuição destas**.

Por muitos séculos o tratamento moral proposto por Pinel pouco efeito teve sobre os sujeitos que tinham transtornos mentais e tampouco promoveu alguma mudança social a respeito da discriminação, onde os espaços de internação psiquiátrica proliferaram a exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2009).

Durante a realização dos grupos de familiares, a discussão sobre a questão das internações se apresentou como um fator de incômodo e sobrecarga para os familiares, principalmente quando a internação era em hospitais psiquiátricos fora da cidade. Os mesmos expressaram a preocupação e o sentimento de impotência no momento que as internações eram necessárias, entretanto expressaram de forma veemente a implicação positiva que o serviço proporciona aos seus usuários no que concerne à diminuição das internações destes.

Pelo que foi percebido a partir dos resultados, tantos os usuários quanto os familiares se sentiam satisfeitos com o serviço, a partir do momento em que houve uma menor necessidade de internação.

F1 2011 - Faz bem pra ela, quando ela quer alguma coisa assim, quer desabafar, pra ela é bom, melhora [...] não fica com aquilo guardado. Graças a Deus, nunca mais ela foi hospitalizada, nem aqui nem em Passo Fundo.

Como demonstrado na fala anterior, o familiar via que os atendimentos e as atividades desenvolvidas no serviço se apresentaram como pontos auxiliares para não reinternações. Outro ponto que se destaca aqui é a percepção do envolvimento dos familiares neste modelo de atenção à saúde, a partir do momento em que estes

não mais se posicionam como um meros expectadores do sofrimento psíquico e, sim, passam a se envolver, fisicamente e sentimentalmente, e se colocam como participantes do cuidado a estes usuários.

F2 2014- Claro, muito bom. Não internou mais depois que ele veio pra cá. Antes, seguido ele tava no hospital, e depois que ele começou a vir pra cá ele melhorou com os tratamento, eu acho muito bom, é muito bom. Eu acho o serviço muito bom, porque a maioria eles tratam tudo em casa, antes se vivia em hospital por causa de depressão e agora não, ele tá aqui e tem toda a assistência. Então, ele não tem passado por essas coisa, depois que ele veio pra cá ele melhorou nisso aí, ele não vai mais.

F5 2014: Eu imagino que sim. Por causa que esses meus dois, quando saíam (para internação), um ia eram três, quatro meses contínuos. Agora já vai pra dois meses, três meses que nenhum precisa internar.

F9 2014: Ele tá mais calmo porque ele começou aqui, né. Tá com mais dedicação, tudo, não tem mais baixado pro hospital.

F8 2014: Meu filho faz uns três, quatro anos que não sabe o que é baixar pra um hospital. O único problema dele é quando dá gripe.

F7 2014: Ah, ele teve baixado, esses tempos agora faz horas que ele não tem. Agora ele tem andado bem.

Dessa forma, é confirmado pelos familiares que estes serviços vêm trazendo uma melhora quanto ao número de internações, apontando-os como dispositivos de qualidade que refletem um impacto positivo na vida tanto dos usuários quanto dos seus familiares.

As falas abaixo mostram aspectos interessantes em relação ao tratamento desenvolvido. Segundo estas, os usuários entendem que, quando o tratamento é desenvolvido com qualidade, com profissionais adequados, medicação de qualidade, as reinternações diminuem.

Entrevistador: Onde tu foste hospitalizada?

U10 2006: Na Santa Casa de Caridade de Alegrete, que foi uma vez só. Nesse período de 5 anos não baixei mais, por motivo de eu estar com meu tratamento em dia.

U11 2011: Olha, eu acho que é super bem cuidado. Porque tem... cada oficina tem a pessoa pra coordenar, pra cuidar, né, as pessoas são boas, são atenciosas, são calma, não são estúpida com ninguém. Então eu acho que todos eles são bom, né, todas as oficinas, conheço todos, eu cuido também isso aí, apesar de eu ser usuário, eu tô aqui, eu tô cuidado... Eu adoeci, com 33 anos, tô com 47, com remédio novo que o Dr. me deu, então a minha vida melhorou 100%, né, medicamento, graças a Deus curado pela saúde mental.

A última fala apresentou outras formas de tratamento, como a realização das oficinas de arte-terapia e outras. A partir dela percebe-se que o usuário reconheceu outras formas para o desenvolvimento do cuidado que não somente o tratamento medicamentoso e o médico como único agente promotor do tratamento. Dimenstein e Liberato (2009) argumentam que os movimentos da Reforma da saúde mental vêm buscando interferir e transformar a lógica medicalocêntrica pertencente à prática psiquiátrica tradicional.

5.4.2 Produção de bem-estar

No que concerne ao indicador Bem-Estar, sinto a necessidade de abordar a questão da escassez de literatura específica sobre tal. Percebe-se que ainda existe uma forte influência do modelo de atenção medicalocêntrico e hospitalocêntrico, onde o foco da atenção e do cuidado em saúde se persevera apenas na doença e nos percalços decorrentes dela.

São muitos os aspectos que determinam o Bem-Estar ou a Qualidade de Vida, e entre eles estão a saúde, as relações interpessoais, a satisfação com o trabalho e a liberdade de expressão e política. Com a emergência do conceito de Bem-Estar, como o conhecemos hoje, foi necessário proceder a uma distinção operacional e terminológica acerca do tema Bem-Estar (GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Os autores supracitados ressaltam que por muitos séculos o conceito de Bem-Estar esteve ligado ao sentido econômico, ou seja, às contribuições dos bens e serviços que o dinheiro poderia comprar para o Bem-Estar. Somente a partir da década de 60 o conceito de Bem-Estar Subjetivo passou a ser desenvolvido por W Wilson, em 1967, atrelando-o aos conceitos de satisfação e felicidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o conceito de Bem-Estar Subjetivo se apresenta como uma das dimensões da Saúde Mental, sendo outras dimensões também a percepção de autoeficácia, a autonomia, a competência, a autoatualização do potencial intelectual e emocional, entre outros. E, de acordo com Galinha e Ribeiro (2005), o Bem-Estar Subjetivo se apresenta como um potencial indicador de saúde mental relacionado à satisfação com a vida, à felicidade e aos afetos. Destaca-se também a diferenciação entre os conceitos de Bem-Estar Subjetivo e Bem-Estar Psicológico, o segundo se caracterizando por estar

relacionado aos conceitos de autoaceitação, autonomia, controle sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal.

Neste caso específico da saúde mental, o que se percebe é uma mudança do modelo assistencial no âmbito das políticas e nas práticas dos serviços, mas a produção textual de base empírica ainda se faz incipiente quando se trata da avaliação dos resultados deste modelo.

Ao pensar o Bem-Estar com indicador, o compreendo como “o sonho de consumo” da Reforma, não o compreendendo como a estabilização e reversão do quadro psíquico dos usuários, mas no seu sentido mais amplo, o de saber levar a vida da melhor maneira que lhes é possível e de poderem avaliar seu estado de bem-estar, visto que, em outras conjunturas de cuidado, até para a sua avaliação de bem-estar mental eram subordinados a outros.

Tanto os usuários quanto os seus familiares definiram que o sentimento e sensação de bem-estar são produzidos pelas atividades desenvolvidas pelo serviço. É sabido que as ações desenvolvidas pelo serviço de atenção psicossocial são voltadas tanto para as dimensões externas aos sujeitos, como a reinserção destes, a diminuição do preconceito, entre outras, quanto para a dimensão interna, a partir do momento em que se consideram questões subjetivas e o bem-estar emocional dos usuários e seus familiares.

Pelo que pôde ser percebido, as atividades voltadas para artes, como o canto e a dança, e as festas desenvolvidas pelo serviço produzem sensação de bem-estar mental para os usuários e também os auxiliam na medida em que trazem uma sensação de tranquilidade e de maior potencial de escuta do outro, como relatado abaixo:

F4 2006- A gente participa das festinhas que tem ali, tudo muito bem organizadinho. Eu tive na festa [...] já teve umas quantas festas ali. Elas dançam, elas brincam. Tudo isso vai fazendo parte da atividade da vida delas. E dançou, brincou, tava bom, bem organizado [...] tava muito bom, então tudo isso é bom para eles mesmos também. Tudo tem festa. As festinhas deles são muito boas pra eles.

U8 2011- O CAPS ajudam, ajudam muita coisa, olha, que quando eu vim pra cá eu não sabia nem cantar, e agora até em casa eu me pego cantando às vezes. É, e aí eu digo assim: não tá bom, o negócio de cantar é só lá no CAPS, eu chego cantando, mas às vezes eu vou me lembrar e eu aprendi lá no CAPS, é beleza!

F4 2014- Se desenvolve mais, até fica mais calmo e fica mais esperto até pra conversar com as pessoas, você entende melhor, aceitam e ouve melhor.

Portanto, tanto os usuários quanto os familiares reconheceram as atividades festivas como atividades que promovem o bem-estar dos usuários e dos familiares, promovem integração entre as partes e proporcionam a formação de vínculos mais fortes entre estes sujeitos.

Um estudo realizado em um CAPS tipo I no oeste de Santa Catarina, em 2010, buscou identificar qual era o significado do CAPS para 24 usuários deste serviço. Como resultado obteve-se que os usuários percebiam o serviço como um dispositivo que proporcionava melhoras nas suas vidas a partir da melhora no seu quadro clínico, do aumento do bem-estar e um alívio para as suas angústias. Relataram também que o CAPS atendia às suas demandas em relação aos vínculos familiares e às relações sociais. Dessa forma, o posicionamento dos usuários em relação ao serviço corrobora com os achados deste estudo. Como conclusão, os autores descrevem que os Centros de Atenção Psicossocial representam uma melhora relevante na realidade brasileira e que a importância da existência deste serviço precisa ser consolidada e este dispositivo estendido, reduzindo cada vez mais as internações psiquiátricas e a exclusão decorrente destas (MUHL; FELTES; BITTANCOURT, 2012).

Estes indicadores representam uma parte simbólica, porém que se materializam na vida dos sujeitos, sendo estes de grande importância para o reconhecimento de uma política que preza pela liberdade, comprometimento e produção de vida, tanto para os usuários quanto para os seus familiares.

6 Considerações Finais

A realização deste estudo apresentou-se como uma boa semente em um terreno fértil, uma vez que o tema abordado, infelizmente, no contexto brasileiro, ainda encontra-se incipiente. A avaliação, como uma ferramenta essencial para a gestão, aqui surge do manifesto daqueles que são a razão da existência dos serviços públicos de saúde que compõem o SUS, os usuários e seus familiares.

Apesar das diversas metodologias avaliativas existentes, foi encontrado na avaliação de quarta geração o caminho mais coerente para a busca de indicadores qualitativos, pois a mesma concede passe livre para a escuta da voz dos usuários e dos familiares dos serviços de saúde, neste caso, o serviço de saúde mental.

No que concerne à saúde mental brasileira, as linhas para a construção de uma rede já foram dadas e vêm sendo expandidas, o que culmina na necessidade de pesquisas avaliativas e que se construam práticas que corroborem com o novo, com o que é ético, com o que é livre, e promovam o exercício da liberdade no sentido mais amplo da palavra.

Ao finalizar este estudo, percebe-se que os objetivos, geral e específicos, foram alcançados, tendo como principais resultados indicadores qualitativos de atenção psicossocial que afirmassem a política de saúde mental brasileira como potencial modificadora e produtora de vida. Assim, os usuários e seus familiares expressaram que a inserção no serviço do CAPS proporcionou aos usuários mais autonomia, auxiliou na diminuição do preconceito, está contribuindo para a reinserção social dos usuários, que os familiares estão satisfeitos no sentido de não terem mais que internar os seus e que o serviço proporciona bem-estar mental para os usuários. Os familiares também expressaram sua satisfação com o serviço a partir do momento em que este tem auxiliado seus membros a desenvolverem suas atividades de forma mais autônoma, diminuindo a necessidade de internações.

Relataram o apoio que o serviço tem dado aos familiares e que consequentemente vem diminuindo a sobrecarga e promovendo maior compreensão do sofrimento psíquico por parte da família.

Sobre os limites deste estudo, destaco que o mesmo foi realizado em um serviço, em uma cidade de médio porte, na fronteira sul do Brasil, e os resultados provenientes dele mostram a realidade local, refletem o seu contexto e que os mesmos devem ser analisados de forma coerente, em uma tentativa de extrapolação em outros processos avaliativos.

Para esta fase final de reflexão sobre o desenvolvimento deste estudo, sinto-me à vontade para expressar meu sentimento de incompletude. Não que isso signifique que os objetivos deste estudo não tenham sido contemplados, mas no sentido de apontar que as potencialidades dos serviços de atenção psicossocial ainda podem e precisam ser evidenciadas.

Cabe também dizer que nem tudo são flores e que as dificuldades, tanto de ordem política, financeira, ideológica e relacionais, também circundam as ações em saúde nestes serviços, mas que não foram abordadas por estas não fazerem parte dos seus objetivos. Por outro lado, tais dificuldades demonstram a necessidade de mais pesquisas avaliativas que consigam promover a compreensão de todo o contexto e o posicionamento dos diversos atores envolvidos.

Sobre contribuições, foi nítida a troca dos saberes entre os diferentes atores envolvidos no processo deste estudo. Os grupos para negociação dos indicadores realizados durante a execução deste estudo contribuíram para a expressão dos usuários e dos familiares sobre aspectos que refletem diretamente sobre estes. Também se espera que os resultados deste trabalho possam contribuir para uma orientação do que se pretende com estes serviços, do que se espera como resultado destes, demonstrando que a atenção psicossocial é potencial auxiliadora na produção de vida para os seus usuários e seus familiares.

Referências

ALEGRETE. **Lei nº 4.885, de 05 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a Instituir a Parada Gaúcha do Orgulho Louco. Centro Administrativo Municipal – José Rubens Pillar. 2011. Acesso em www.alegrete.rs.gov.br

ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010.

ALMEIDA, P. F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços de saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ.** [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, P., Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995., In. AMARANTE, P.(coord.), **Loucos Pela Vida, A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, P.; DA CRUZ, L.B. Apresentação, Rio de Janeiro, 2008, In. AMARANTE, P. (org.), DA CRUZ, L.B. (org); **Saúde Mental, Formação e crítica**, LAPS, Rio de Janeiro, 2008, p 11.

AMARANTE, P.; RANGEL, M. A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na reforma psiquiátrica. **RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.3, n.4, p.10-16, dez., 2009.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O Controle Social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** n.11, 2003.

ASSIS, S. G. Definição de objetivos e construção de indicadores visando a triangulação In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 105 a 133, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação, 2008. In. ONOCKO CAMPOS, R., FURTADO, J. P., PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**, São Paulo, ed. Hucitec, 2008.

BARFKNECHT, K. S.; MERLO, Á. R. C.; NARDI, H. C. Saúde mental e economia solidária: análise das relações de trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre. **Psicologia Social**. Porto Alegre, v. 18, n. 2, Aug. 2006.

BIELEMANN, V. L. M.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R.; CHIAVAGATTI, F. G.; WILLRICH, J. Q.; SOUZA, A. S. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis Jan-Mar; 18(1): 131-9, 2009.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, Fev. 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 311 de outubro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. **Dados Alegre geral** – RS. DATASUS. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=87896874000157&VEstado=43&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20ALEGRETE

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Resultados do AVALIAR-CAPS 2008**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, 19p. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Município de Alegrete**. <http://www.alegrete.rs.gov.br/site/?bW9kdWxvPTEmYXJxdWI2bz1jaWRhZGUucGhw&pagina=dados>

CAMATTA, M. W. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, Nov. 2011

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASSUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/200, **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro. 2011.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 36, Apr. 2007.

DIMENSTEIN, M., SALES, A. L., GALVÃO, E., SEVERO, A. K. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, Dec. 2010 .

DIMENSTEIN, M.; AMORIM, A. K. A.; LEITE, J.; SIQUEIRA, K.; GRUSKA, V.; VIEIRA, C.; BRITO, C.; MEDEIROS, I.; BEZERRIL, M. C., O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN, **Polis e Psique** , Vol. 2 , Número Temático, 2012.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saude Mental**, v.1, n.1, 2009.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2013 Ago 17] ; 11(3): 553-563. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22 – n. 2, p. 431-446, Maio/Ago. 2010.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde, **Ciência & saúde coletiva**, 6 (1): 165-181, 2001.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; MOREIRA, M. I. B.; TRAPÉ, T. L. S. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (1):102-110, jan, 2013.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 2.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

GALINHA, I. C.; RIBEIRO, J. L. P. História e evolução do conceito de Bem-Estar subjectivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Porto, 6 (2), 203-214, 2005.

GASK L., ROGERS A., ROLAND M., BOWER P., MORRIS D. **Improving quality in primary care: a practical guide to the National Service framework for Mental Health** [on-line]. 2nd edition. Manchester, United Kingdom: National Primary Care

Research and Development Centre; 2002. [Acesso em 10 de abril de 2011].
Disponível em: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/mh-h-bk.pdf>

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. *Educativa*, 1999. Disponível em: www.dppg.cefetmg.br/mtp/Tecnicade .

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Effective evalution**. SanFrancisco: Jossey Bass Publishers. 1998.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989.

GUEDES, A. C.; KANTORSKI, L. P.; PEREIRA, P. M.; CLASEN, B. N.; LANGE, C.; MUNIZ, R. M. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet];12(3):547-53, 2010 Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006

HERNANDES, K. M.; BRUNIERA, M. S.; LUZIO, C. A. Workshop on Psychosocial Care: Trials with the word. **Revista de Psicologia da UNESP**, 2010. v10(1), 89-99.

KANTORSKI, L. P. et al . Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 6, n. spe, nov. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jan. 2014.

KANTORSKI, Luciane Prado et al . Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 31, Dec. 2009 .

KANTORSKI, L. P. et al . Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, Dec. 2013.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):198-205..

LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications. 1985.

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

MIELKE, F.B. et al. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Rev. bras. enfermagem.**, Brasília , v. 65, n. 3, June 2012 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300016>.

MINAYO, M. C. S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de Saúde, São Paulo, 2008, p 15-19, In. ONOCKO-CAMPOS, R. FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R.; **Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**, São Paulo, ed. Hucitec, 2008.

MUHL, C., FELTES, D. L. A., BITTANCOURT, L. Y. B. Compreendendo um Centro de Atenção Psicossocial: a percepção dos usuários sobre um serviço substitutivo em saúde mental no Oeste de Santa Catarina, Brasil **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 3, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2012

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. F.; PASSOS, E.; FERRER, A. L.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista Saúde Pública** 2009;43 (sup.1):16-22. ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública** Mai 2006;22(5):1053-62

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. p.176, 1987.

Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Ministério da Saúde.

PUEL, E.; HECKRATH, M. C. R.; RIESINGER, M. C. **Relatório Avaliação Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**, Secretaria de Estado da Saúde/SC Diretoria de Vigilância Epidemiológica Gerência de Atenção Básica Divisão de Políticas de Saúde Mental, Florianópolis, Dezembro, 2006.

PUENTES ROSAS, E.; GÓMEZ DANTÉS, O.; GARRIDO LATORRE, F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. **Rev Panam Salud Publica**. 19(6):394–402, 2006.

RAMOS, P. F.; MASSIH, P.; ABDEL, D. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 30, n. 1, mar. 2010.

SARACENO, B.; FRATTURA, L.; BERTOLETE, J. M. **Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators in innovative approaches in service evaluations: consumer contribution to qualitative evaluation – soft indicators.** 1993. Geneva: WHO, 1993.

SHUTZ, A. A. Common sense and Scientific Interpretations of Human Actions. In: **Colleted Papers I**, 2º ed. Hague: Martiness Niphoff; 1982.

SILVA, M. G. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 1, jan. 1998.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 38, n. 4, Dec. 2004.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TAVARES, C. M. M. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial - CAPS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 56, n. 1, Feb. 2003 .

UCHIMURA K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. 2002;18:1561-9.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo.** 2005. 290f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto contexto – enfermagem.**, Florianópolis , v. 13, n. 4, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400012>.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3ª ed. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro para a Observação do Campo

Durante a técnica da observação, outras questões não explicitadas neste roteiro, mas não menos importantes, poderão surgir e estas também farão parte do processo de análise dos dados.

- Observar características de funcionamento (formal) do serviço;
- Observar o acesso ao serviço e como este ocorre;
- Observar as ações desenvolvidas no serviço e a horizontalização das relações interprofissionais;
- Observar a horizontalização das relações com os usuários e seus familiares;
- Observar todas as atividades com foco na autonomia do usuário;
- Observar as ações geradoras de empoderamento dos usuários e seus familiares;
- Observar os processos de negociação das ações desenvolvidas no serviço;
- Observar ações de enfrentamento de estigmas e preconceito;
- Observar os usuários, familiares, trabalhadores e identificar os *stakeholders* (grupos de interesse);
- Observar as ações de articulação com outros dispositivos (de saúde ou outros) no território;
- Observar todas as ações que estão em consonância com o modo psicossocial e de reabilitação psicossocial como caminho para o *Recovery*.

APÊNDICE II

Matriz de indicadores com as falas correspondentes – Usuários, Alegrete 2006

Categorização Unidade de Informação	Inds. Propostos
Aumento da Satisfação Usuários entendem que a boa estruturação do sistema e do cuidado, juntamente com um tratamento respeitoso influenciam na satisfação do cuidado. A mudança de modelo reflete na mudança do cuidado.	Organização do modelo baseado em um sistema de cuidado humanizado. Disponibilidade dos profissionais e do sistema de acordo com as necessidades dos usuários. Dispositivos com tratamento respeitoso, humano, na crise contribuem para quebra do estigma e preconceito. Diminuição dos períodos de reinternação por boa manutenção do tratamento
Não reinternações ou diminuição destas Usuários entendem que quando o tratamento é desenvolvido com qualidade, com profissionais adequados, medicação de qualidade, etc., as reinternações diminuem.	Qualidade da medicação prescrita Estratégia de contato usuário-serviço direto, rápido e fácil em situações de agravo
Usuários entendem que em momentos de necessidade é importante existir um meio de comunicação rápido com o serviço para o caso de se precisar de um atendimento mais imediato.	
Autonomia e Reinserção Usuários reconhecem o serviço como um dispositivo de valorização dos usuários a partir do momento em que ele investe na formação e auxilia na aquisição de renda e que isso aumenta o poder de autonomia destes usuários para o desenvolvimento das atividades diárias.	Formação escolar, técnica, desenvolvida ou em desenvolvimento, proporcionada com o auxílio do CAPS. Existência de Ações voltadas à aquisição de renda e emprego
Usuários percebem uma mudança na vida a partir da inserção no serviço para a execução das atividades diárias e que o tratamento auxilia também a autogestão da renda. A renda auxilia na Autonomia do usuário e o serviço providencia a aquisição desta renda, fazendo com que o usuário possa usufruir de uma renda proporcionando mais autonomia para o mesmo.	Execução de Liberdade e capacidade de desenvolver atividades diárias de lazer Autogestão da renda
Existência de Poder de voz ou de negociação e Empoderamento para enfrentamento do preconceito	A existência de negociação quanto ao uso dos medicamentos por parte do serviço

Usuários conseguem se expressar sobre algo conflituoso e realizam a negociação entre as partes

Usuários se sentem mais fortalecidos e sentem que as atividades desenvolvidas no serviço e os atendimentos fortalecem e elevam a autoestima, o que auxilia no enfrentamento do preconceito.

Autocuidado

O cuidado com a saúde física influencia no cuidado e na prática do autocuidado.

Aumento do autocuidado

O estímulo à execução de atividades físicas diárias dentro e fora do serviço.

Aumento da Inserção social

Usuário percebe que o serviço proporciona uma boa estrutura, o que se reflete na volta ao trabalho, que por si também reflete na questão de se sentir útil e na reinserção social.

Retorno ao campo de trabalho

Usuários, Alegrete 2011

Categorização

Unidade de informação

Inds. propostos

Participação social

Reconhecimento da importância de associações, o papel delas e como elas auxiliam os usuários e familiares, dando voz e produzindo resultados.

A existência de associações de usuários para reivindicações das necessidades dos usuários

Trabalho em conjunto entre as associações e serviços

Bem estar

Atividades voltadas para artes produzem sensação de bem-estar mental para os usuários.

Participação em atividades artísticas que produzem felicidade como música, canto.

Inserção na comunidade e Enfrentamento do preconceito

Realização de atividades na comunidade em que trabalhem e discutam e sensibilização a respeito do preconceito.

(Divulgação do serviço e das suas atividades para a comunidade auxilia no processo de enfrentamento do preconceito e diminuição deste.)

A utilização de meios de comunicação direta com a sociedade, como a rádio, para divulgação e esclarecimentos sobre o serviço e a importância deste.

Familiares, Alegrete 2006

Categorização

Inds. propostos

Unidade de informação

Aumento da Participação social

Familiares reconhecem as associações, o papel delas e como elas auxiliam os usuários e familiares, dando voz e produzindo resultados.

A participação dos familiares em associações com poder de voz

Bem-estar

Reconhecem as atividades festivas como atividades que promovem o bem-estar dos usuários e dos familiares, promovem integração entre familiares e usuários e proporcionam a formação de vínculos mais fortes entre estes sujeitos.

Realização e participação dos usuários e familiares em atividades festivas

Relacionamento interpessoal

Os familiares reconhecem o serviço e suas atividades como um local que promove a formação de vínculos de convivência e que nele desenvolvem habilidades de expressão do que sentem e de comunicação a partir do convívio neste ambiente, e que isso tudo auxilia a convivência em casa.

Habilidade de poder conviver com as outras pessoas e formar vínculos de amizade

Desenvolvimento de atividades que promovam habilidades de comunicação e autoexpressão.

Autonomia

(O familiar percebe a influência positiva que as atividades desenvolvidas têm para a execução mais autônoma das atividades diárias.)

Melhora na habilidade de execução de atividades básicas do cotidiano.

Fonte: CAPSUL I, 2006.

Matriz de indicadores com as falas correspondentes, Familiares, Alegrete 2011

Categorização	Inds Propostos
Unidade de Informação	
Ampliação da Rede social	
Familiar percebe que os eventos realizados fora do serviço aumentam a quantidade de laços de amizade, ajudando nas relações e no convívio com diversos atores na sociedade.	Aumento dos vínculos de amizade fora do serviço
Não reinternações	
Familiar vê os atendimentos, inclusive de psicólogos, como ponto auxiliar para não reinternações.	<i>Diminuição das reinternações após inserção no serviço</i>
Enfrentamento do preconceito	
Familiar percebe que houve uma diminuição do preconceito por conta da diversidade de pessoas que necessitam e vão a este serviço.	Realização de atividades na comunidade em que trabalhem e discutam e sensibilização a respeito do preconceito.
Ações e estrutura que diminuem o isolamento dos usuários nos serviços hospitalares ajudam na diminuição do preconceito e na interação, integração e inserção.	Atendimento aberto à diversidade de usuários que dele necessitem
Familiares percebem que a realização de atividades fora do serviço promovem a diminuição do preconceito pela sociedade.	A existência de Estrutura hospitalar que diminua o isolamento dos usuários de saúde mental dos outros usuários do hospital
	A existência de atividades que promovam convivência com e em outros espaços na cidade, passeios, palestras, etc.
Bem-estar mental	
Familiares acreditam que a realização de grupos de familiares promovidos pelo serviço poderia dar um suporte maior aos familiares para se organizarem nos momentos de crise dos usuários.	Grupos de suporte e de orientação ao familiar para reorientação quanto à crise.
Poder de voz, participação social e Inserção social.	
Os familiares percebem que espaços para reuniões realizadas dentro do serviço podem ser utilizados para discussão das necessidades e que podem trazer melhorias para os	Espaços ou reuniões dentro do serviço para discussão das necessidades dos usuários e familiares

usuários.

Familiares sabem que existem e reconhecem a importância das associações dos familiares e usuários, porém referem que não são convidados para participar.

Existência de associações de representação dos familiares

Convite para participação nas reuniões das associações estendido a todos ou à maioria dos familiares.

A existência de atividades que promovam convivência com e em outros espaços na cidade, passeios, palestras, etc.

Fonte: CAPSUL II, 2011.

APÊNDICE III



CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezado(a) Coordenador(a)

Eu, Poliana Farias Alves, enfermeira, mestranda do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL, venho por meio desta carta solicitar autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **Indicadores qualitativos de Atenção psicossocial a partir da avaliação de quarta geração**, junto a este serviço de Atenção Psicossocial. Esta pesquisa em como objetivo geral produzir indicadores qualitativos de atenção psicossocial. Pretende-se que estes indicadores auxiliem no processo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial. Para tal, farão parte deste estudo os usuários, seus familiares e os profissionais deste CAPS que concordarem com tal proposta, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo é um requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências, com ênfase em Enfermagem, pela Universidade Federal de Pelotas.

É garantido o anonimato, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do ano de 2007. Será respeitada a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, referente às pesquisas envolvendo seres humanos, e também se assume todo e qualquer outro compromisso ético com todos os envolvidos na pesquisa.

Caso autorize a realização deste estudo, a coleta dos dados ocorrerá no mês de julho de 2014, neste serviço.

Uma cópia deste projeto encontra-se em anexo para apreciação e para esclarecimento de quaisquer outras dúvidas sobre o percurso deste estudo. O

mesmo será desenvolvido por mim, Poliana Farias Alves, sob a orientação da Prof^a. Dra. Luciane Prado Kantorski.

Desde já, agradeço pela atenção dispensada e na certeza de contar com vosso apoio, me coloco à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Pelotas, ____ de _____ de 2014

Enf^a. Mestranda Poliana Farias Alves

Prof^a. Dra. Luciane Prado Kantorski

Estou ciente e de acordo.

Data: ____ / ____ / ____

Coordenador(a)

APÊNDICE IV

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: A Construção de indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da avaliação de quarta geração

Pesquisadora: Poliana Farias Alves

Local da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial tipo II, Alegrete/Rio Grande do Sul

Estamos apresentando ao(à) Sr.(a) _____ o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido caso queira e concorde em participar voluntariamente de nossa pesquisa intitulada "A Construção de indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da avaliação de quarta geração".

Esclarecemos que este estudo tem como objetivo construir indicadores qualitativos de atenção psicossocial referentes às mudanças ocorridas na vida dos usuários deste serviço. Espera-se que os resultados auxiliem na avaliação deste serviço de Atenção Psicossocial de Alegrete/Rio Grande do Sul.

Para o desenvolvimento desta pesquisa pretende-se realizar uma observação do funcionamento deste serviço e realizar grupos com os usuários, com os familiares e com os profissionais para discussões referentes ao objetivo deste estudo.

Garantimos o anonimato dos participantes em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo.

Os dados serão divulgados no Relatório Final, em forma de Dissertação, em apresentações em eventos (nacionais e internacionais), em forma de artigos científicos, garantindo o anonimato dos participantes.

Espera-se que, com os resultados deste estudo, os participantes sejam beneficiados a partir da troca de conhecimento que será gerada com a realização das discussões durante os grupos propostos, também pelas prováveis mudanças que ocorrerão na prática do serviço e fora dele, dado que os resultados encontrados serão apresentados aos profissionais do serviço e também podem auxiliar no processo de construção e/ou modificação para melhoria das políticas de saúde mental.

Os riscos e desconfortos que podem ocorrer são em relação às discussões produzidas que vão ao encontro do objetivo deste estudo durante os grupos, que podem causar sofrimento psíquico e mobilização de sentimentos. Caso isso ocorra, os profissionais deste serviço, os quais estão cientes deste estudo, juntamente comigo, estaremos à disposição, se necessário.

Nenhum dos participantes terá ônus, ou seja, você não terá despesas pessoais com a pesquisa. O material de áudio gravado e as transcrições serão armazenados em CD-Room e HD externo, ficando em poder da pesquisadora e arquivados na sala de Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem da UFPEL e estará à disposição dos participantes sempre que desejarem. Este material será guardado por 5 anos e após será incinerado.

O estudo não inclui nenhum tipo de método invasivo, coleta de material biológico ou qualquer outro experimento com seres humanos e seus resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

Esta pesquisa foi desenvolvida respeitando a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desta forma, torno claro quanto é importante para nós a sua participação e, caso aceite participar, peço que registre a sua concordância no Termo, que segue em duas vias, das quais uma ficará com o sr.(a) e a outra com a pesquisadora.

Caso o(a) sr.(a) tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado(a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Pesquisadora: Poliana Farias Alves, (53) 33073748, polibrina@hotmail.com

Orientadora: Luciane Kantorski: (53) 99832430, kantorski@uol.com.br

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Mestranda Poliana Farias Alves. Rua Gomes Carneiro, nº1, Bairro: Porto. Pelotas/RS.

Telefone/Fax: 53- 39211525. E mail: polibrina@hotmail.com

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: A Construção de indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial a partir da avaliação de quarta geração
Pesquisadora: Poliana Farias Alves

Local da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial tipo II, Alegrete/Rio Grande do Sul

Este Termo de Assentimento significa que você concorda em participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer. Pode ser que este documento contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de construir indicadores qualitativos que podem auxiliar na avaliação deste Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete/Rio Grande do Sul.

Esta pesquisa quer saber quais foram as principais mudanças que ocorreram em sua vida após você começar a frequentar este serviço. Pretendemos fazer três grupos com alguns usuários, com alguns familiares com os trabalhadores. Pretendemos perguntar e discutir, com você e com os outros participantes, sobre estas mudanças que serão relatadas por vocês e também observar como funciona o serviço.

Nenhum dos participantes terá nenhum tipo de gasto por participar da pesquisa, assim como não coletaremos nenhum material do seu corpo.

Esperamos que os participantes deste estudo sejam beneficiados a partir da troca de conhecimento nas discussões durante os grupos propostos, também pelas prováveis mudanças para melhor na prática do serviço e também melhoras fora dele.

Os riscos e desconfortos que podem ocorrer estão relacionados às discussões produzidas, que podem sensibilizá-lo(a) sentimentalmente. Como este estudo será realizado neste serviço de saúde mental, os profissionais deste serviço e eu estaremos à disposição caso isso ocorra.

Garantimos o seu anonimato no final desta pesquisa e em lugar do seu nome utilizaremos um nome fictício e você não será identificado(a). O material gravado e as transcrições serão armazenados em CD-Room e HD externo, ficando em meu poder e arquivados na Faculdade de Enfermagem da UFPEL, e estará à sua disposição sempre que desejar. Este material será guardado por 5 anos e após será queimado.

Caso você concorde em participar, terá que ser voluntariamente e não se sentir obrigado, e não terá prejuízo algum.

Contato para dúvidas:

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação a esta pesquisa, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados, você deve contatar a investigadora do estudo ou membro de sua equipe: Poliana Farias Alves, telefone fixo número: (53) 33073748 e celular (53) 81090997. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Pelotas. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos,

que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo(a) seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO SUJEITO DA PESQUISA:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento de ASSENTIMENTO INFORMADO.

_____	_____	_____
NOME DO PARTICIPANTE	ASSINATURA	DATA
_____	_____	_____
NOME DO INVESTIGADOR	ASSINATURA	DATA

Pesquisadora: Poliana Farias Alves , (53) 33073748, polibrina@hotmail.com
Orientadora: Luciane Kantorski: (53) 99832430, kantorski@uol.com.br
Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (CEP/FEN), Rua : Gomes Carneiro, nº1, Faculdade de Enfermagem, 2º andar, sala 215 A Bairro: Porto. Pelotas/RS, telefone: 3921-1527.

ANEXOS

ANEXO I

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A construção de indicadores qualitativos de atenção Psicossocial a partir da Avaliação de Quarta Geração

Pesquisador: Poliana Farias Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33309214.8.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 753.374

Data da Relatoria: 18/08/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo se caracteriza como um estudo qualitativo de avaliação, participativo, de abordagem construtivista e a partir de um referencial teórico hermenêutico-dialético. Traz como proposta principal a criação de indicadores qualitativos de atenção psicossocial.

Propõe-se retomar o banco de dados do processo avaliativo a partir das observações, das entrevistas e dos grupos de negociações realizados anteriormente em 2006 e reaberto em 2011. A partir de uma pré-análise deste banco pode-se sugerir a constituição de uma matriz que leve em conta as mudanças que ocorreram na vida do usuários deste serviço e de seus familiares. A proposta é de identificar categorias provisórias construídas no círculo hermenêutico-dialético dos usuários e seus familiares do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) estudado, que contribuam para a construção de indicadores qualitativos de avaliação da atenção psicossocial em CAPS. Assim, estas categorias provisórias seriam submetidas a um processo dialético e construtivista através da formação de grupos focais. Para tal, a proposta seria a realização de dois encontros com cada grupo de participantes totalizando seis encontros. Nos grupos focais serão apresentadas e discutidas as unidades de informação evidenciadas na análise dos bancos de dados e os indicadores propostos para a validação dos mesmos. O local onde se realizará este estudo participou anteriormente das pesquisas de avaliação

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 753.374

de CAPS na região sul do Brasil (CAPSUL I e II) sendo o município escolhido o de Alegrete, Rio Grande do Sul. Para sistematização deste processo, foi realizada uma leitura exaustiva dos diários de campo, das entrevistas com os usuários, familiares e trabalhadores do serviço totalizando 93 documentos analisados. As unidades de informação e os indicadores propostos serão apresentados aos grupos focais para que passem por um processo de discussão e de validação. Para tal, a proposta seria a realização de dois encontros com cada grupo, totalizando seis encontros. O procedimento para análise dos dados obtidos se baseará no Método Comparativo Constante (The Constant Comparative Method).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir indicadores qualitativos que auxiliem no processo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivo Secundário:

Produzir consensos e negociações entre os grupos de interesse envolvidos para construção de indicadores qualitativos de avaliação da atenção psicossocial acerca das mudanças ocorridas na vida dos usuários, familiares e trabalhadores;

Problematizar a produção de indicadores qualitativos no contexto da avaliação dos CAPS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: Esperamos que os participantes deste estudo sejam beneficiados a partir da troca de conhecimento nas discussões durante os grupos propostos, também pelas prováveis mudanças para melhor na prática do serviço e também melhoras fora dele.

Riscos: Os riscos e desconfortos que podem ocorrer estão relacionados às discussões produzidas que podem sensibilizá-lo sentimentalmente. Como este estudo será realizado neste serviço de saúde mental os profissionais deste serviço e eu estaremos a disposição caso isso ocorra.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a criação de indicadores qualitativos de atenção psicossocial, melhorando a assistência prestada aos usuários da Saúde Mental. Está de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos preconizada pela Resolução 466/12.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM E
OBSTETRÍCIA DA



Continuação do Parecer: 753.374

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada

carta de Anuência: adequada

Cronograma: adequado

TCLE: adequado

Termo de Assentimento: adequado

Recomendações:

Recomenda-se devolução dos resultados no serviço onde os dados foram coletados e divulgação na área de saúde mental.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 16 de Agosto de 2014

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

ANEXO II

Carta de Anuência

Eu, Coordenador do Centro de Atenção Psicossocial, e eu, Secretária de Saúde Mental deste Município de Alegrete/RS, viemos por meio desta autorizar a coleta de dados para a realização da pesquisa intitulada **Indicadores qualitativos de Atenção psicossocial a partir da avaliação de quarta geração**, junto a este serviço de Atenção Psicossocial neste mesmo município, que tem como objetivo geral produzir indicadores qualitativos de Atenção Psicossocial. Pretende-se que estes indicadores auxiliem no processo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial. A coleta de dados será realizada pela mestrande Poliana Farias Alves e seus assistentes de pesquisa sob a orientação da Prof^a. Dra. Luciane Prado Kantorski nos meses de julho e agosto de 2014.

Alegrete, _____ de _____, 2014

Clodoaldo Rodrigues
Coordenador do CAPS

Maria do Horto Loureiro Salbego
Secretaria de Saúde

ANEXO III**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE ENFERMAGEM****Carta de autorização para utilização dos dados**

Eu, **Profª Drª. Luciane Prado Kantorski**, Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Profª. do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, como coordenadora geral das pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II, **autorizo** a Mestranda deste mesmo Programa de Pós-Graduação, **Poliana Farias Alves**, nº de matrícula: 13101575, a utilizar os bancos de dados das pesquisas mencionadas acima para a realização do seu trabalho de dissertação “A construção de indicadores qualitativos de atenção psicossocial a partir da avaliação de quarta geração”.

Pelotas, 28 de junho de 2014

Luciane Prado Kantorski