



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
AMPLA COM A UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ**



LUCIANA BARROS DE LIMA

**O COTIDIANO PROGRAMÁTICO E INSTITUCIONAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Elementos Representacionais Acerca do Cuidado
de Enfermagem na Perspectiva de Usuários do Serviço**

**MANAUS
2016**

LUCIANA BARROS DE LIMA

**O COTIDIANO PROGRAMÁTICO E INSTITUCIONAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Elementos Representacionais Acerca do Cuidado
de Enfermagem na Perspectiva de Usuários do Serviço**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em ampla Associação com a Universidade Estadual do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Educação e tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Greice Becker

**MANAUS
2016**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

L732c Lima, Luciana Barros de Lima
O COTIDIANO PROGRAMÁTICO E INSTITUCIONAL EM UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Elementos
Representacionais Acerca do Cuidado em Enfermagem na
Perspectiva de Usuários do Serviço / Luciana Barros de Lima Lima.
2016
83 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Sandra Greice Becker
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
do Amazonas.

1. Enfermagem. 2. Cuidado. 3. Saúde Mental. 4. CAPS. 5.
Amazonas. I. Becker, Sandra Greice II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

LUCIANA BARROS DE LIMA

**O COTIDIANO PROGRAMÁTICO E INSTITUCIONAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Elementos Representacionais Acerca do Cuidado
de Enfermagem na Perspectiva de Usuários do Serviço**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em ampla Associação com a Universidade Estadual do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 29 de janeiro de 2016.

Banca Examinadora:



Coordenadora do PPGENF

Prof^a. Dr^a. Sandra Greice Becker

Universidade Federal do Amazonas / Universidade Estadual do Pará



Presidente / Orientadora

Professora Sandra Greice Becker

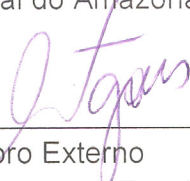
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)



Membro Interno

Professor David Lopes Neto

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)



Membro Externo

Professor Antonio Marcos Tosoli Gomes

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Dedico este trabalho aos meus pais, Arlen e Lúcia, que são as pessoas que eu mais amei, amo e amarei na vida, pelo apoio incondicional dado a mim, por acreditarem sempre no meu potencial e por serem os meus exemplos de vida; a vocês o meu mais puro e verdadeiro amor. E a todas as pessoas que sofrem de transtorno mental e aquelas que eu conheci ao longo do caminho, que foram os meus melhores livros e que me permitiram entrar em suas vidas e experimentar um mundo incrível.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Sandra Greice Becker, pela dedicação, paciência e carinho dedicados a mim, e por tantas coisas que com ela aprendi, as quais não cabem nessas poucas linhas. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos.

À minha querida Tia, do Carmo, pelas conversas de incentivo e apoio, pela sua alegria contagiante que me estimulava e por ser essa pessoa mais que especial e amada por mim.

Aos familiares e amigos que souberam entender as minhas ausências, e mesmo de longe, sempre torcem por mim.

Aos meus amigos de longa data – Anne Grace, Berg, Fran, Geane, Jaime, Liege, Luciana, Naira, Simone, Walquíria – que sempre estiveram ao meu lado, independente do tempo. Com certeza, são os melhores amigos que eu poderia ter.

Aos professores da Escola de Enfermagem de Manaus/EEM que contribuíram para o meu aprendizado, aos funcionários da EEM e aos colegas do curso de mestrado pelo acolhimento.

As minhas amigas que conheci no curso de mestrado, Anne Caroline e Bahiyyeh, com elas vivi os momentos acadêmicos mais intensos da minha vida e aprendi lições que levarei para todo o meu caminhar.

À querida Graciana, sem cuja presença esta construção não teria a mesma graça, sentirei saudades de nossas tardes científicas.

Aos queridos alunos do grupo de pesquisa Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde/NIPES – Broni, Clícia, Sara, Ronaldo, Valerie e a Enf^a Prisca – pela ajuda nas intermináveis transcrições das entrevistas e pelos momentos compartilhados.

Aos participantes da pesquisa que tornaram esse trabalho uma realidade e que com eles pude aprender a ser uma pessoa melhor.

Aos funcionários do Centro de Atenção Psicossocial que me receberam de braços abertos e que me ajudaram cada um a sua maneira para a realização desse trabalho.

Ao colega Setemberg, pela troca de ideias e por compartilhar suas experiências, as quais foram muito importantes para ajudar nesta construção intelectual.

À Coordenação Estadual de Saúde Mental – Lurdes, Rosângela e Valdileya – pela contribuição em compartilhar informações e indicar pessoas e setores capazes de ajudar na pesquisa.

Aos meus colegas da Central Estadual de Transplantes do Amazonas, pelo apoio e por compreenderem esse momento tão ímpar na minha vida.

Ao meu amor, Arnaldo, que me aceita e entende o meu jeito de ser, pelo seu cuidado e paciência, pela parceria que construímos a cada dia.

Meu agradecimento mais que especial a Santíssima Trindade, que, apesar dos meus momentos de fraqueza, quando passava pela minha cabeça que eu caminhava sozinha; Ela repousava no meu coração e me dizia o contrário, e esse amor me fortalecia e me (re) erguia para continuar a caminhada.

*A utopia está lá no horizonte. Me
aproximo dois passos, ela se afasta
dois passos. Caminho dez passos e
o horizonte corre dez passos. Por
mais que eu caminhe, jamais
alcançarei. Para que serve a utopia?
Serve para isso: para que eu não
deixe de caminhar.*

Eduardo Galeano

RESUMO

LIMA, Luciana Barros de. **O cotidiano programático e institucional em um centro de atenção psicossocial: elementos representacionais acerca do cuidado de enfermagem.** 2016. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

Este estudo buscou o desejo de conhecer a Representação Social dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e teve como objetivo geral Analisar o cotidiano programático e institucional de um CAPS, a partir de elementos representacionais acerca do cuidado em enfermagem na perspectiva de usuários do serviço, teve como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, no qual é apresentada como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Para subsidiar a coleta de dados, o estudo teve abordagem qualitativa e como método o estudo de caso (YIN, 2010). A entrevista com roteiro semiestruturado foi utilizada como técnica de coleta de dados. Teve como local de estudo o Centro de Atenção Psicossocial Maria Ferreira de Moura, localizado no município de Coari, interior do Amazonas, com uma amostragem de 30 usuários. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, respeitando as normas da Resolução 466/2012, sob o parecer CAEE de número 36934714.3.00005020. Quanto ao apoio financeiro, foi implementada uma bolsa na modalidade *stricto sensu* para estudantes de mestrado, concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Para análise dos conteúdos das entrevistas seguiu-se a metodologia descrita por Laurence Bardin (2011). Como resultados alcançados pela técnica de análise de conteúdo, foram definidas três categorias: 1) Percurso terapêutico, 2) Estrutura do serviço e 3) Cuidado em enfermagem e saúde, que se subdividiram em subcategorias: 1.1) Os andarilhos invisíveis dos serviços de saúde mental; 1.2) Exames versus incertezas; 1.3) A fragmentação entre corpo e mente; 2.1) Estrutura física; 2.2) Equipe técnica profissional; 2.3) CAPS como um lugar de possibilidades e (re) descobertas; 3.1) A invisibilidade da enfermagem no CAPS e 3.2) Uma visão tecnicista do profissional enfermeiro. Assim sendo, conclui-se que foi possível entender como acontece a representação social dos usuários e com isso conhecer melhor o cotidiano do cuidado em suas representações e complexidades, pois a partir do entendimento dos usuários, foi possível traçar possibilidades de intervenções e melhores práticas de cuidado na atenção a saúde mental da população.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado. Saúde Mental. CAPS. Amazonas.

ABSTRACT

LIMA, Luciana Barros. **The programmatic and institutional routine at a psychosocial care center: representational elements on nursing care.** 2016. 83 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Nursing School, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, in 2016.

This study sought the desire to know the Social Representation of users of a Psychosocial Care Center and aimed to analyze the programmatic and institutional routine of a CAPS, from representational elements about the nursing care in the users perspective of the service, It was theoretically supported by the Theory of Social Representations of Serge Moscovici, which is presented as "a form of socially developed and shared knowledge with a practical purpose, and that contributes to the construction of a common reality to a social group." To support data collection, the study had a qualitative approach and as a method the case study (Yin, 2010). The interview with semi-structured script was used as a data collection technique. It had as a study site the Psychosocial Care Center Maria Ferreira de Moura, located in the city of Coari, inside the Amazon, with a sample of 30 users. The study was submitted to the Ethics Committee on Human Research, respecting the rules of Resolution 466/2012, under the advice of CAEE number 36934714.3.00005020. As for financial support, a scholarship in the strict sense modality for masters students was implemented, granted by the Higher Education Personnel Improvement Coordination. To analyze the content of the interviews it was adopted the methodology described by Laurence Bardin (2011). As of results achieved by the content analysis technique, three categories were defined: 1) Therapeutic pathway, 2) Structure of service and 3) Nursing and health caring, which where subdivided into subcategories: 1.1) The invisible wanderers of mental health services; 1.2) Exams versus uncertainties; 1.3) The fragmentation between body and mind; 2.1) Physical structure; 2.2) Professional technical staff; 2.3) CAPS as a place of possibilities and (re) discoveries; 3.1) The invisibility of nursing in the CAPS and 3.2) A technical vision of the professional nurse. Therefore, it is concluded that it was possible to understand what the social representation of users is like and thus better understand the caring routine in their representations and complexities because as from the understanding of users, it was possible to trace possible interventions and best practices in caring of mental health of the population.

Keywords: Nursing. Caution. Mental health. CAPS. Amazon.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART. – ARTIGO

CAEE – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA

CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CJM – COLÔNIA JULIANO MOREIRA

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

CPER – CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO

CPP II – CENTRO PSIQUIÁTRICO PEDRO II

CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CREAS – CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DINSAM – DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

DST – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

EEM – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

MTSM – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

NASF – NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

NIPES – NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PPGENF – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PTS – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SEMSA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SRT – SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TRS – TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UERJ – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO

UFAM – UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização da cidade de Coari no estado do Amazonas.....	36
Figura 2 – Esquema gráfico das categorias de análise.....	42

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Distribuição das características dos usuários do CAPS, participantes do estudo. Coari – 2015.....	39
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Geral.....	18
2.2 Específico.....	18
3 OBJETO DE ESTUDO.....	19
4 CONCEITO DE CUIDADO EM ENFERMAGEM.....	19
5 SAÚDE MENTAL E AS REFORMAS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	23
6 CONTEXTUALIZANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
7 CAMINHO METODOLÓGICO	34
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
8.1 Percurso terapêutico	43
8.1.1 Os andarilhos invisíveis dos serviços de saúde mental.....	43
8.1.2 Exames versus incertezas.....	46
8.1.3 A fragmentação entre corpo e mente	48
8.2 Estrutura do serviço	51
8.2.1 Estrutura física	51
8.2.2 Equipe técnica profissional.....	53
8.2.3 CAPS um lugar de possibilidades e (re) descobertas	55
8.3 Cuidado em Enfermagem e Saúde	57
8.3.1 A invisibilidade da enfermagem no CAPS.....	57
8.3.2 Uma visão tecnicista do profissional enfermeiro	62
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
10 RECOMENDAÇÕES.....	67
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	79

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	81
ANEXO B – PARECER DO CEP	82
ANEXO C – OFÍCIO DO PPGENF PARA APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA NO SERVIÇO.....	83

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema saúde mental surgiu no decorrer da minha vida acadêmica, no momento em que tive contato com a disciplina Enfermagem em Saúde Mental. Tal disciplina pouco chamava a atenção dos colegas, talvez porque estudar a psique e suas mazelas não fosse algo interessante, palpável, visível, ou fácil de lidar. No decorrer das aulas práticas da referida disciplina, era possível perceber o nervosismo e o medo dos acadêmicos perante os desafios a serem enfrentados com o estudo dos problemas relativos à saúde mental e com o encaminhamento de propostas de intervenção.

O interesse despertado na academia foi intensificado na vida profissional. Atuando como enfermeira, tive a oportunidade de ter contato direto com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), onde nas consultas de enfermagem, relatavam suas queixas, dentre as quais as mais comuns eram: “moleza no corpo”, “não tenho vontade de fazer nada”, “tô sem gosto pra vida”, “só tenho vontade de chorar”, “até o apetite eu perdi”. Esses relatos me possibilitavam fazer correlações dos sintomas com patologias mentais, visto que a gênese do problema não estava ligada exclusivamente às “doenças do corpo”.

De forma mais específica, o meu contato com o tema saúde mental decorreu da minha experiência na docência na Universidade Federal do Amazonas (UFAM) Campus-Coari, com a já citada disciplina Enfermagem em Saúde Mental, que me possibilitou ministrar a teoria em sala de aula e acompanhar as aulas práticas, que eram realizadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Maria Ferreira de Moura, no município de Coari-AM. O CAPS é uma instituição prestadora de atendimento aos usuários que relatam queixas relacionadas à saúde mental. No referido Centro, essas pessoas são acolhidas, diagnosticadas, tratadas e acompanhadas pela equipe multidisciplinar composta por médico clínico geral, assistente social, funcionários de nível médio e fundamental.

Para entender melhor o conceito do CAPS e o tipo de serviço prestado, senti necessidade de estudar o contexto histórico no qual ele está inserido, começando pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Este movimento teve seu início na década de 70, e atingiu seu apogeu em abril de 1978, na cidade do Rio de Janeiro. O motivo que provocou a reforma psiquiátrica foi a greve da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), constituída na época por 4 unidades, todas no Rio de

Janeiro: o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira (CJM) e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (AMARANTE, 1998).

Em 1978 os profissionais da DINSAM declararam greve e por conta disso ocorreram demissões em massa. A greve se deu por várias denúncias como de violência, precárias condições de trabalho refletindo na assistência, ausência de recursos, dentre outros. Nesse contexto surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que era caracterizado por não ser institucional, podendo fazer parte dele profissionais de todas as categorias e a comunidade em geral, todos em prol pela luta popular no campo da saúde mental (Ibid, 1998).

Amarante (1998), ao analisar a evolução nos paradigmas do saber e da prática psiquiátrica ao longo do tempo, apresenta as mudanças que orientaram os movimentos de reforma de 1978 no Brasil, e destaca o trabalho de vários autores no sentido de buscar uma evolução do conhecimento em saúde mental.

As reflexões de Amarante (2013) mostram que a área da saúde mental é muito extensa e complexa, um campo polissêmico e com transversalidades de saberes. O entrelaçamento desses saberes vai além da psiquiatria, indo ao encontro da neurologia, da neurociência, da psicologia, da filosofia, da fisiologia, da antropologia, da sociologia, da história, da geografia e de outras áreas. É um campo vasto, cuja delimitação nem sempre é possível.

Ao se pensar em saúde mental, é importante a inclusão do cuidado ao usuário que necessita dos profissionais de saúde. Nesse contexto, esta pesquisa tem como objeto de estudo o cotidiano do cuidado em enfermagem na perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 1, do município de Coari-AM.

O cuidado em enfermagem “vai considerar não somente a patologia e os sintomas, mas também as relações da pessoa com o transtorno mental, as suas trocas e a existência no mundo social” (OLSCHOWSKY; LAVALL e CAMATTA, 2013, p. 306). A visão holística do indivíduo se faz necessária, para que ele possa ser compreendido e ajudado a retornar para a sociedade no seu melhor equilíbrio possível e apto a desenvolver seus papéis sociais e interações no mundo do trabalho.

O cuidado em enfermagem e saúde mental deve ter suas ações implantadas e implementadas, de modo que o usuário possa ser o centro dessas ações, elas precisam levar em consideração tudo que envolve e faz parte do cotidiano da

pessoa, o meio em que ela está inserida, suas crenças, seus valores, sua cultura (MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Para auxiliar na busca por um cuidado em enfermagem e saúde mental que possibilitasse um maior entendimento da necessidade do usuário, foi escolhida a Teoria das Representações Sociais (TRS), pois sua contribuição pode ajudar o profissional de saúde a “tomar decisões quanto a forma de apresentar o diagnóstico ao usuário e porque conhecendo as representações sociais de uma doença elaboradas pelos usuários, auxiliará os membros da equipe que o assiste a compreender e resolver problemas” (ESCUDEIRO e SILVA, 1997, p. 61).

Nessa perspectiva, as questões que apresentamos no contexto desta pesquisa são:

Qual é o cotidiano programático e institucional de um CAPS, a partir de elementos representacionais acerca do cuidado em enfermagem na perspectiva de usuários do serviço?

Qual é o percurso terapêutico do usuário até chegar no CAPS?

Como é a estrutura do serviço ao longo do tempo de existência do CAPS?

Quais os elementos representacionais sobre o cuidado em enfermagem na perspectiva dos usuários do CAPS?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o cotidiano programático e institucional de um CAPS, a partir de elementos representacionais acerca do cuidado em enfermagem na perspectiva de usuários do serviço.

2.2 Específicos

- Descrever o percurso terapêutico do usuário até chegar no CAPS.
- Identificar a estrutura do serviço ao longo do tempo de existência do CAPS.
- Analisar os elementos representacionais sobre o cuidado em enfermagem na perspectiva dos usuários do CAPS.

3 OBJETO DE ESTUDO

O cotidiano do cuidado em enfermagem na perspectiva dos usuários do CAPS 1, do município de Coari – AM, se constitui objeto de estudo desta pesquisa.

4 CONCEITO DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

Neste trabalho, optou-se por usar a expressão “pessoa com transtorno mental”, ao invés de “doente mental” ou “portador de transtorno mental” ou “sofredor psíquico”, tendo em consideração que a população investigada neste estudo é vinculada ao serviço por algum transtorno. Entendemos como mais adequado colocar a pessoa no centro das histórias e não a doença em si. Na realidade, o sentido deve ser a prevalência da pessoa em relação ao transtorno (BASAGLIA, 1985).

Outro termo eleito neste trabalho foi “usuário” em vez de “paciente”, pois o termo paciente remete à ideia de passividade, submissão, como se a pessoa não tivesse capacidade, em nenhuma das fases de seu tratamento, de responsabilizar-se ou escolher por ele, conferindo ao profissional de saúde um status de poder em relação à pessoa que recebe os cuidados, seja este um profissional de enfermagem ou de outra área (OLIVEIRA, 2010).

O que significa, então, cuidado? Este termo remete a um campo vasto de significações, como a ideia de desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, como um ato de compaixão, no qual você se despe de todas as suas necessidades para atender às necessidades alheias, nas mais diversas situações, sejam elas pessoais ou sociais (SOUZA, *et al.* 2005).

O cuidar inclui a realização de procedimentos técnicos, mas que não podem ser marcados por atos impessoais. Caso isto ocorra, poderá favorecer o afastamento da pessoa cuidada, dificultando o ato do cuidado, já que não se estabeleceu uma relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. É necessário que as técnicas venham acompanhadas de atitudes condizentes com princípios humanísticos, como a dignidade, a responsabilidade e o respeito entre as pessoas que comungam desse ato (FERREIRA, 2002).

Entende-se que a técnica é caracterizada por “qualquer procedimento regido por um conjunto de regras ou normas, que dirigem e tornam eficazes as atividades ou ações profissionais” (CHRISTOVAM; PORTO e OLIVEIRA, 2012, p. 739); porém, caso elas estejam desatreladas dos princípios humanísticos, não passarão de meras ações que não irão contemplar, em si, o ato de cuidar do indivíduo que dele necessita.

É importante salientar que para Formozo (*et al.* 2012, p. 125) “ao efetuar uma atividade técnica, estando presente somente de corpo e não de mente e espírito, o profissional não realiza o cuidado, mas somente um procedimento”, procedimento este mecanicista, pois está isento de sentimentos de acolhimento, sensibilidade, compaixão. É válido enfatizar que a presença de sentimentos somados à prática sistematizada compõe a efetivação do cuidado.

O cuidado em enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva e outra subjetiva. A primeira esta relacionada ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos; e a segunda, a questões que envolvem dentre tantas habilidades a sensibilidade, a criatividade, a intuição para cuidar de outro ser, a maneira de impor limites, o modo de falar e agir, a postura profissional, o comportamento ético (FIGUEIREDO; MACHADO e PORTO, 1995).

Cuidar é entrar em sintonia com a subjetividade do outro, é ir além da empatia e desenvolver a compaixão, pois o ser humano é o centro das atenções para a enfermagem e a “função precípua do enfermeiro é o cuidado em enfermagem, cujo objetivo centra-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na recuperação e reabilitação da saúde” (VALE e PAGLIUCA, 2011, p. 107).

O cuidado em enfermagem é uma tessitura de esforços de um indivíduo para outro; é um conjunto de conhecimentos voltados para a prática do cuidado ao outro. O cuidado visa proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor, bem como, na existência. O outro passa a ser, então, o lugar do cuidado e, portanto, fundamental no processo da arte do cuidar (WALDOW; LOPES e MEYER, 1995).

Um conceito do cuidado em enfermagem construído por Vale e Pagliuca (2011), vem referir-se a um

[...] fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um “saber-fazer” embasado na

ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado as necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (VALE e PAGLIUCA, 2011, p. 112).

O conceito construído por estes autores situa o Cuidado como algo que transcende às necessidades do indivíduo que o recebe, sendo capaz de alcançar a família, a sociedade, e a quem mais dele necessitar. É necessário considerar, também, a importância de se construírem relações interpessoais que sirvam de elos entre o ser cuidador e o ser cuidado.

Estudos realizados por enfermeiros, referentes à compreensão das relações interpessoais, importantes para realizar um melhor cuidado ao usuário, concluíram que essas relações são profícuas porque favorecem a criação de vínculos, de interação entre os profissionais de saúde e as pessoas que recebem seus cuidados, colocando-as em plena sintonia e harmonia (FORMOZO e OLIVEIRA, 2010).

Levando-se em consideração que no início do processo de cuidado, ambos, enfermeiro e usuário, são apenas dois estranhos, é necessário que a relação interpessoal seja estabelecida de maneira salutar, para que o usuário sinta-se à vontade e sinta confiança para compartilhar com o profissional enfermeiro suas angústias e aflições. É válido lembrar que ele precisa sentir-se acolhido e respeitado, para que a relação ocorra (HUMEREZ, 2012).

Pode-se dizer que as relações interpessoais são importantes para entender a maneira como o cuidado é prestado pelos profissionais nas suas práticas diárias, pois essas relações contemplam elementos como empatia, dinamismo, autonomia, sentimentos, crenças, valores, diferentes comportamentos e culturas, que são necessários para conviver com as diversidades de cada indivíduo (HIDALGO e ABARCA, 2000).

Para uma prática de cuidado humanizado, o autocuidado ou a capacidade do enfermeiro em se cuidar são necessários e se constituem em um requisito para a concretização desse cuidado. Assim, se o enfermeiro ou quem estiver oferecendo o cuidado

[...] se não for capaz de cuidar de si e ter consciência de si próprio, conhecendo seus sentimentos, emoções, habilidades, capacidades, limitações, espiritualidade, penso terá dificuldades para prestar ações de cuidado humanizado, em suas dimensões empírica, ética, estética, pessoal, cultural e espiritual (BECKER, 2004, p. 21).

É importante que o enfermeiro compreenda a necessidade do cuidado para consigo mesmo e, a partir desse entendimento, desenvolva um cuidado mais

apurado em relação ao outro, ao indivíduo que necessita de sua assistência. Também se deve levar em consideração a observação do cotidiano do usuário, das relações que são construídas por ele, e de sua interação com o mundo, pois o conhecimento sobre a maneira como o usuário vivencia o seu cotidiano é um grande aliado na prestação do cuidado para com ele.

Para Maffesoli (2008, p. 5) “a compreensão íntima dos objetos se realiza na relação com a vida cotidiana, cada um de nós é o que é porque conta uma história, verdadeira ou falsa”. Faz-se necessário que o enfermeiro consiga entender o dia a dia do usuário e os fatos por ele contados, para que se possa planejar, avaliar e concretizar as ações de cuidado.

Entender o que é cotidiano não é uma tarefa muito fácil, porque suas significações são muito abrangentes, vão além das questões do dia a dia, é um espaço de vida. Para Sousa (2008, p. 79) o cotidiano “é de complexo entendimento pelas inúmeras nuances que o compõe, ou seja, é no cotidiano que as pessoas se mostram e se escondem fazem o jogo das máscaras, para se protegerem das facetas que a vida nos desafia”.

É importante pensar no cotidiano, como algo que envolve o estilo de vida de cada indivíduo, no qual cada ser enfrenta e reage a sua maneira aos problemas do seu viver. Para Pereira (2007, p. 66) “é preciso, sobretudo, pensar a cotidianidade em relação ao imaginário social de cada povo: as riquezas estéticas traduzidas nos ritmos, nas imagens e nas falas”.

Compreendendo o universo de significações que o usuário atribui as coisas que estão ao seu redor e a maneira como eles enxergam o mundo, o enfermeiro poderá prestar melhores ações de cuidado para ele, pois para Nitschke (1999, p.) o cotidiano é entendido como:

“A maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, expressa por interações, crenças, valores, imagens, significados e símbolos, estando relacionados a cultura que estão inseridos, que vai construindo seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, delineando seu ciclo vital. Se expressa por interações experimentadas diariamente, que possibilitam ou não, o ser humano crescer e se desenvolver ao longo de sua vida”.

Portanto, é necessário que o enfermeiro conheça as percepções do usuário, suas expectativas, o meio familiar e social em que ele está inserido, para que possa prestar um cuidado mais holístico, além de tentar ajudá-lo no seu processo de crescimento.

5 SAÚDE MENTAL E AS REFORMAS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: Revisão Integrativa da Literatura

Desde a criação da Constituição Federal em 1988, o Brasil vem sendo palco de muitas transformações positivas no campo da saúde. As mudanças políticas ocorridas nas décadas de 70 e 80, serviram como ponto de partida para as mudanças no campo da saúde. Nesses anos, o modelo de saúde vigente no Brasil, era centrado na pessoa do profissional médico, era o modelo curativista, voltado para a administração de medicamentos e centrado na doença, o que deixava a desejar as medidas de prevenção (BRASIL, 2006).

O modelo médico assistencial teve algumas características que contribuíram para esse tipo de assistência, como: a extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana, a prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas, a criação de um complexo médico-industrial e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a instituições privadas lucrativas e não lucrativas (SILVA, 1983).

As mudanças políticas e econômicas que ocorreram em virtude da reforma sanitária, nos anos de 1970 e 1980 determinaram o fim do modelo curativista. As crises que o país sofria na época e o seu processo de redemocratização, determinaram novos rumos para as políticas públicas e fizeram surgir, no contexto da saúde sujeitos sociais – trabalhadores na área da saúde e usuários dos serviços de saúde – que apresentavam propostas de modelos alternativos de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre, então, no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, sendo definido como: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990).

Posteriormente, são reformulados os papéis governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde; adotam-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados a saúde, criando e ampliando as formas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, profissionais de saúde e usuários (GIOVANELLA, 2008).

Com a implantação do SUS, que tem como pilares a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social, os quais estão alinhados à Constituição Federal, garantem ao cidadão direito e acesso à saúde. Como afirma o Art. 196 da Constituição Brasileira de 1988:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como se pode perceber, estudar as políticas de saúde e a organização dos serviços de saúde, é uma tarefa muito complexa. Envolve um conjunto de variáveis, requer uma dinamicidade, é como montar um quebra - cabeça que caracteriza qualquer sociedade. Sendo que ela, a sociedade, é muito mutante, pois depende das conjunturas econômica, social, política e dos governos (CAMPOS, 2006).

Apesar das políticas de saúde pública em especial aquelas que são voltadas para a saúde mental, retratarem um papel importante tanto na sua aplicabilidade como na proposta de criações de serviços voltados para uma assistência completa e satisfatória para o usuário; o conhecimento científico produzido relativo a temática, especialmente no Brasil, ainda é escasso.

Considerando esse fato, bem como a importância de se produzir novas reflexões que auxiliem na luta de políticas de saúde pública em especial aquelas que são voltadas para a saúde mental, delimitou-se para este estudo a seguinte questão norteadora: Que mudanças políticas aconteceram no período de 1999 a 2013 no Brasil, no cenário da atenção a saúde mental brasileira? Para responder tal questão, este estudo teve como objetivo identificar, a partir de uma revisão integrativa da literatura, as mudanças políticas no cenário da atenção à saúde mental brasileira entre 1999 e 2013.

Esta revisão de literatura tem o objetivo de reunir e ampliar o conhecimento sobre a temática abordada, bem como, alcançar o objetivo proposto. Para tanto, foram acessados, através da internet, estudos e documentos publicados no site do Ministério da Saúde a respeito da Legislação Federal da Saúde.

Na pesquisa dos artigos relacionados ao tema utilizamos, como descritores, as palavras e termos: enfermagem psiquiátrica; constituição federal; e legislação em

saúde mental, isoladamente, e filtradas por Localização Brasil. O levantamento dos dados bibliográficos ocorreu no período de 10 de setembro a 05 de outubro de 2014.

Foram utilizados os seguintes critérios para a delimitação dos artigos: que contemplassem o assunto principal da pesquisa; que estivessem escritos no idioma português; que fossem artigos completos, publicados nos últimos 14 anos; e que fossem disponibilizados gratuitamente, por via eletrônica nos sites e bases de dados.

Nos resultados obtidos na base de dados Scielo foram identificados 87 registros com o termo Constituição Federal e 103 com o termo enfermagem psiquiátrica. Já na base de dados Lilacs, foram encontrados 628 registros com o termo Constituição Federal e 816 com o termo enfermagem psiquiátrica.

A análise e discussão no campo da legislação brasileira sobre saúde mental nos permitiu desenhar o cenário, no Brasil, a partir dos anos setenta, com o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo após as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001, 2010), a Declaração de Caracas (1992), as portarias ministeriais do SUS, as leis estaduais e municipais que culminaram com a Lei Federal nº 10.216, de 2001, quando passa a haver uma redução de leitos psiquiátricos e simultânea implantação de serviços substitutivos do tipo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (PITTA, 2014).

Nessa mesma década (70), surgiu também o primeiro Conselho Nacional de Saúde do Brasil, tanto sua origem quanto sua evolução, corresponde a diversos momentos históricos do nosso país, os quais foram marcados pelos desafios e pelas conquistas enfrentados pela sociedade brasileira no campo da política social (BRASIL, 2014).

Uma grande vitória da reforma psiquiátrica foi, sem dúvida, a promulgação da lei nº10. 216 de 2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em atenção psicossocial no país. Apesar de sua promulgação tardia, vem trazer direcionamento e assegurar os direitos das pessoas que sofrem de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

De acordo com esta lei, é responsabilidade do Estado tanto o desenvolvimento de políticas de atenção psicossocial quanto a assistência e a promoção de ações de saúde, com a participação da família e da sociedade. O modelo de assistência proposto é baseado numa rede diversificada de serviços na

comunidade, atuando de forma integrada, descentralizada e intersetorial (AMARANTE e OLIVEIRA, 2004).

Os autores supracitados afirmam que, desta forma, “consolida-se” o modelo baseado em serviços substitutivos aos manicômios, que são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Bem como as residências terapêuticas, centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e uma série de propostas que tem como objetivo transformar o olhar da comunidade sobre os usuários dos serviços de atenção psicossocial.

Além da Lei Federal nº 10.216, os usuários também foram assegurados pelas leis federais de nº. 9. 867 de 10/11/1999 que versa sobre “a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos”, e a nº. 10.708 de 31/07/2003 que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (BRASIL, 1999 e BRASIL, 2003).

Outra conquista importante, foi a participação da família no tratamento as pessoas com transtornos mentais. Isso está previsto nas legislações no campo da Saúde Mental brasileira, como a Portaria nº. 224 de 1992, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes assistenciais em Saúde Mental e estabelece normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Esta portaria foi atualizada posteriormente pela de nº. 336 de 2002, acrescentando novos parâmetros e ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária. Configurados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil e adolescência) e CAPS ad (álcool e outras drogas) (MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Esse cuidado que envolve o usuário e sua família, é descrito por Marcolan e Castro (2013) como um processo inovador, que promove o acolhimento, o vínculo, a relação intersubjetiva com os familiares, a participação concreta deles no projeto terapêutico individual, a utilização de espaços sociais da comunidade e a ampliação do poder de sociabilidade e de contratualidade desses sujeitos.

Esse cuidado em saúde mental tem entre suas prioridades a interação humana, como peça fundamental para o cuidado de si e do outro. Assim, o estabelecimento da relação, deve ser entendida como um momento e espaço que possibilita aos indivíduos envolvidos nesse cuidado, um reconhecimento mútuo em suas individualidades.

Essas legislações garantem a pessoa com transtorno mental, a seguridade de seus direitos, e o embasamento legal dessas pessoas permite que omissões ao acesso dos serviços de saúde possa ser combatido, tanto pelo usuário como pelo familiar, fazendo com que vigore o que de fato lhe pertence, considerando que essas pessoas são postas à margem da sociedade e que mesmo com toda a proteção legal, ainda assim, sofrem exclusões.

O estudo vem mostrar que as políticas de saúde pública voltadas para a saúde mental, ainda são incipientes, porém, já é um começo no que se refere aos direitos das pessoas que sofrem de transtorno mental.

Um ponto forte da legislação brasileira foi a promulgação da lei federal nº. 10.216 de 2001, que versa sobre os direitos dessas pessoas. Já um ponto limitador, seria a não aplicabilidade efetiva dessa lei, o que desfavorece essa clientela, já marginalizada pela sociedade e em alguns momentos pela não aplicabilidade legal.

Vale ressaltar o fato de a legislação vigente referente à saúde mental ser referenciada por datas de um período recente (Lei Federal 2001), somando 12 anos de vigência, pode representar um dos motivos de sua não adesão, em alguns casos, já que o próprio SUS tem sua história construída há 27 anos, desde 1988.

Espera-se, portanto, que o estudo possa fundamentar discussões futuras, com os achados referentes as políticas públicas, em especial as que se referem a Saúde Mental, com o intuito de que estratégias possam ser elaboradas e, com isso, melhorem a assistência às pessoas que sofrem de transtornos mentais, especialmente no Amazonas e seus municípios.

As políticas existem, mas sua implementação vem sendo realizada de maneira bem lenta e muito dependente da vontade e competência política e técnica dos Estados e municípios. A participação popular também há de ser levada em consideração nos casos mais exitosos de cuidados em saúde mental.

6 CONTEXTUALIZANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Serge Moscovici, ao construir a Teoria das Representações Sociais (TRS), teve como ponto de partida a teoria das representações coletivas de Émile Durkheim, sociólogo francês que teve toda a sua obra voltada para o mundo da sociologia, descritas no seu livro *O Suicídio*, publicado em 1897 (PATRIOTA, 2007). Durkheim (1970, p. 39) afirmava que as

[...] representações coletivas são exteriores com relação às individuais, é porque não derivam dos indivíduos considerados isoladamente, mas de sua cooperação, o que é bastante diferente. Naturalmente na elaboração do resultado comum, cada qual traz a sua quota-parte; mas os sentimentos privados apenas se tornam sociais pela sua combinação, sob a ação de forças *sui generis*, que a associação desenvolve; em consequência dessas combinações e das alterações mútuas que delas decorrem, eles se transformam em outra coisa.

O conceito da teoria proposta por Durkheim, esta tratava o coletivo de maneira a pensar que as pessoas desenvolviam comportamentos baseados naquilo que já haviam aprendido de algum jeito, convivendo em sociedade. O autor afirmava que o indivíduo não era capaz de construir algo sozinho, isoladamente, e que seu processo de construção era sempre baseado na coletividade, na totalidade da sociedade (ARAÚJO, 2008).

Durkheim foi o responsável pela distinção entre os estudos das representações individuais, que tem o indivíduo como unidade de estudo e a predominância da psicologia como ciência, e das representações coletivas, que por sua vez tem o predomínio da sociologia. Para ele a sociologia era inerente a psicologia, e acreditava que as representações coletivas não poderiam ser reduzidas a representações individuais (FARR, 2013).

E o próprio teórico justifica o motivo em fazer a distinção entre essas duas representações: “a razão principal de se distinguir entre os dois níveis era uma crença, da parte do próprio teórico, que as leis que explicavam os fenômenos coletivos eram diferentes do tipo de leis que explicavam os fenômenos em nível de indivíduo” (FARR, 2013, p. 30).

A teoria das representações coletivas, portanto, descreve que o indivíduo precisa estar em convívio constante com o grupo social, para que suas construções pessoais sejam feitas, e, assim, se mantenha em crescimento, junto à sociedade. Por outro lado a teoria das representações sociais enfatiza que o indivíduo não precisa necessariamente do convívio grupal para fazer tais construções; ele tanto pode como deve avaliar aquilo que de fato será válido para ele, para que, então seu desempenho dentro da sociedade seja salutar.

A teoria das representações sociais teve início em 1961, na Europa, tendo como seu fundador o psicólogo romeno Serge Moscovici, atuante na psicologia social. Foi o autor da obra *La psychanalyse, son image et son public*, cuja tradução para a língua portuguesa quer dizer A psicanálise, sua imagem e seu público. Essa

publicação foi considerada o marco inicial para os estudos das representações sociais (PATRIOTA, 2007).

A obra *Loucuras e representações sociais* de Denise Jodelet, resultante de sua pesquisa de doutoramento publicada em 1989, com tradução para o português em 2005, foi fundamental para consolidação da teoria das representações sociais, de Serge Moscovici. Por isso, a pesquisadora é tida como a principal colaboradora desse autor. Sua tese refletia o estudo da TRS no tratamento de pessoas com transtornos mentais e o que essas representações poderiam trazer de benefício para a terapêutica (JODELET, 2005).

Jodelet (Ibid) teve como campo de estudo uma comunidade no interior da França, onde trabalhou os costumes, os hábitos, as crenças e os comportamentos dos ditos “doentes mentais” em coabitação com os moradores do lugar.

Era preciso, portanto, entender as representações como um instrumento que visava investigar como eram formadas e como funcionavam as estratégias e as formas que eram utilizadas para classificar as pessoas ou os grupos e a vida cotidiana. Também era preciso saber que a TRS não se configurava como uma cópia fiel do mundo real, e nem como uma idealização da perfeição e, sim, como o resultado da relação entre o mundo e as coisas (SÊGA, 2000).

Outros colaboradores da teoria moscoviciano são: Grize - analisava a lógica natural em operação nas atividades discursivas; Doise - desenvolvia o estudo das relações entre o sistema operatório e o metasistema normativo; Sperber - ocupava-se do processo de difusão das representações; Flament - procurava identificar os elementos que compõem a estrutura dessa teoria; Abric - investigava a influência das representações sobre o comportamento; Kaes - analisava as relações entre psicanálise e representação social; e Hewstone - analisava as relações entre a representação social e a atribuição causal (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Muitos autores conceituam a sua maneira e a seu modo o que de fato para eles vinha a ser a TRS. Essa dificuldade de se chegar a um consenso ocorre em virtude da ligação existente não somente no campo da sociologia, filosofia, antropologia, mas também no da psicologia social e entre outras ciências (SILVA, 2010).

Apesar de o seu contexto ter um enfoque diferenciado para cada área, a TRS é o fruto da relação existente entre o homem e o mundo, configurando sua importância e peculiaridade de não se encaixar em uma única área, procurando

compreender o homem e a sociedade em sua pluralidade e complexidade (MOSCOVICI, 2007).

No olhar de Wagner (2013, p. 178) as representações sociais provocam um questionamento e uma resposta:

[...] o que pode, então, ser explicado por representação? A resposta é simples: enquanto relacionado a crenças, o comportamento manifesto é parte e conteúdo da própria representação social, é a consequência do comportamento no mundo social que se necessita explicar pelo complexo representação/ação. O comportamento e a ação estão lógica e necessariamente conectados a crenças representacionais, mas suas consequências não estão. A ação e as consequências são duas coisas diferentes.

Encontrar um conceito exato e fechado para as representações sociais não é algo fácil, tanto que são poucos os estudiosos que se atrevem a fazê-lo. E, um dos escolhidos por nós dentro do mundo acadêmico é o de Denise Jodelet (2002, p. 22) que diz: “representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

A ideia conceitual sobre TRS vem nos dizer que ela não é uma cópia fidedigna da realidade, do concreto e também não é uma cópia do ideal ou daquilo que demonstre algo a ser buscado como perfeição; mas que ela é fruto da construção da relação existente entre o ser humano no que concerne a sua individualidade e a sua relação com o meio, com o mundo. Ela é o reflexo representacional de alguma coisa ou de alguém (SÊGA, 2000).

Na realidade “representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, modificar-lhe o texto” (ESCUDEIRO e SILVA, 1997, p. 46). Os indivíduos necessitam de informações para poder compreender os fenômenos que acontecem ao seu redor e dos quais, em algum momento fazem parte.

Considera-se, também, que “a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade, que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico social, ela vai determinar o comportamento e suas práticas” (ABRIC, 2000, p. 28). A representação é vista por Abric como uma relação entre o indivíduo e o meio em que este vive, que o torna capaz de interagir e de produzir conhecimentos que venham somar no seu dia a dia.

No entendimento de Perrusi (1995), a “representação social pode ser considerada como um sistema de interpretação da realidade, organizando as relações do indivíduo com o mundo e orientando as suas condutas e comportamentos no meio social” (PERRUSI, 1995, p. 61). Já para Foucault (2007), “representar deve-se entender no sentido escrito: a linguagem representa o pensamento como o pensamento se apresenta a si mesmo” (FOUCAULT, 2007, p. 107).

Guareschi (2013, p. 170) relata que o responsável pelo desencadeamento do processo de formação de uma representação social é o fato de que “o propósito de todas as representações é o de transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar”. Com isso se vê que a finalidade de toda e qualquer representação é tornar o desconhecido em conhecido.

Levando em consideração que o desconhecido, ao mesmo tempo em que atrai, também é responsável por ações que nos perturbam e nos causam tensão, afeta tanto o indivíduo, quanto o seu grupo, mexendo com o nosso cognitivo a respeito das coisas e das pessoas, semeando em nós a dúvida. Por conta disso essa tensão é sempre estabelecida em nossos universos consensuais. Por esta razão, faz-se necessário transformar o não familiar em familiar (MOSCOVICI, 2004).

Na perspectiva de Leme (1995), a função da TRS

[...] é tornar familiar o não familiar numa dinâmica em que objetivos e eventos são reconhecidos, compreendidos com base em encontros anteriores, em modelos. No caso, a memória predomina sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo, perturbador do universo exterior para o interior, coloca-o em uma categoria e contexto conhecidos. Nesse universo consensual o veredicto precede o julgamento (LEME, 1995, p. 48).

É importante salientar o raciocínio de Leme (Ibid) para quem o veredicto vem antes do julgamento, ou seja, a sentença é determinada antes de se chegar ao fim. Isso ocorre porque, em parte, as representações já estão construídas, embasadas na memória de uma prática pré-existente, na qual o indivíduo faz suas escolhas tendo consciência delas; não se trata, portanto, de uma decisão totalmente sem critérios.

Nessas escolhas, de separar o bom do ruim, o normal do anormal, de tal forma a classificar de maneira positiva ou negativa, o não familiar de certa forma causa “medo”, e essa construção de familiaridade é necessária para que esse entrave seja superado (LEME, 1995).

Como parte integrante desse universo consensual, parte-se do pressuposto de que existe a forma de conhecer e a forma de se comunicar, configurando formas móveis, distintas, que se complementam. Estas são chamadas por Moscovici de consensual e científica, cada uma sendo responsável pela geração do seu espaço, do seu universo, não sendo diferenciadas por grau de hierarquização ou por isolamento, mas, sim, por terem propósitos diferentes. Já Arruda (2002, p.130) define essas formas como sendo:

Universo consensual – [...] Aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana. As representações sociais constroem-se mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques. As sociedades são representadas por grupos de iguais, todos podem falar com a mesma competência. A representação social é o senso comum, acessível a todos.

Universo reificado (ou científico) – [...] Se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. A sociedade é de especialistas onde há divisão de áreas de competência. Aqui é a ciência que retrata a realidade independente de nossa consciência, estilo e estrutura fria e abstrata.

A influência das representações sobre o comportamento sempre foi alvo de investigação por alguns estudiosos, dentre os quais Abric (2000), que destacou quatro funções:

a) Função de saber: permite a compreensão por parte do indivíduo e de seu grupo social, facilita o acesso aos saberes práticos do senso comum dentro das suas possibilidades e do seu grau de conhecimento;

b) Função identitária: define a identidade individual e grupal, de maneira a situar o indivíduo tanto dentro da sociedade, como no seu meio social particular, de forma que estejam dentro das normas e valores estabelecidos para o bom convívio social;

c) Função de orientação: vem servir de guia, vem nortear os comportamentos e as práticas, de maneira a determinar o que pode ou não ser feito dentro de um contexto social;

d) Função justificadora: visa justificar as tomadas de posição e os comportamentos. Tem o intuito de preservar e justificar a diferenciação social tanto individual como grupal.

Moscovici (2004) resume as funções da TRS em duas:

a) Convencionalizar: elas fazem ajustes entre si, acertos, combinações que permitem ao indivíduo e/ou a seu grupo localizar-se, mesmo que eles possuam comportamentos diferentes, e que não se enquadrem em modelos impostos pela sociedade. Ainda assim a pessoa é conduzida a escolher determinada categoria, assumir uma postura, ou, caso contrário, corre o risco de não ser compreendida e de ser “excluída” do convívio social, até porque a organização dos pensamentos de cada indivíduo está de acordo com o sistema ao qual ele já está condicionado, tanto pelas suas representações sociais quanto pela sua própria cultura;

b) Prescrever objetos, pessoas ou acontecimentos: normas que já estão vigentes na sociedade, mesmo antes que comecemos a usá-las. É a combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar, e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado, nos “privando” em certos momentos de conclusões e crenças próprias, tendo em vista que já está pensado e decretado o que se deve fazer e seguir.

A ancoragem e a objetivação são os processos fundamentais que constituem as representações sociais e que são responsáveis por sua gênese. Esses processos são os meios utilizados para tornar o desconhecido em conhecido, fazendo com que essas representações exerçam sua real função. Sendo assim, Moscovici (2007, p. 60) conceitua a ancoragem como o processo de comparar “ideias estranhas, reduzi-las a categorias e imagens comuns e colocá-las em um contexto familiar”.

Ancorar nos remete à ideia de classificar alguma coisa ou alguém, de categorizar para poder encontrar em nossa memória uma relação positiva ou negativa, como se tivéssemos que estabelecer vínculos com o desconhecido tornando-o conhecido e, portanto, aceitável ao nosso convívio (MOSCOVICI, 2007).

Já a objetivação, na perspectiva de Moscovici (2007), “é mais atuante do que a ancoragem” e “une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade”. Ainda diz que “objetivar é descobrir a qualidade iônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem”. (MOSCOVICI, 2007, p. 71).

Destaca também que a objetivação

[...] faz com que se torne real um esquema conceptual, com que se dê a uma imagem uma contrapartida material, resultado que tem, em primeiro lugar, flexibilidade cognitiva: o estoque de indícios e de significantes que uma pessoa recebe, emite e movimenta no ciclo das infra comunicações pode tornar-se superabundante (MOSCOVICI, 1978, p. 110).

Portanto,

[...] objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo (MOSCOVICI, 1978, p. 110).

A objetivação é, portanto, o processo considerado por Moscovici (2007) como o mais importante dentro do contexto da gênese da TRS, devido ao fato de possibilitar a elaboração de conceitos que possam ser aplicados na realidade, estreitando as diferenças entre o não familiar e o familiar, tornando-o mais concreto e permitindo que deixe o mundo do abstrato, do irreal. A objetivação permite fazer a transformação de algo que está na mente em algo do mundo real.

A atividade representativa, por sua vez, constitui-se na construção de todo o processo de formação de conceitos que o indivíduo carrega consigo, e que é enriquecido ao longo de sua trajetória de vida, já que as representações sociais não são simplesmente um reflexo da realidade e sim a relação existente entre o indivíduo e o seu meio social (ABRIC, 1998).

No entendimento de Moscovici (2004), a Teoria das Representações Sociais funcionam como:

[...] um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: 1) Estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientar-se em seu mundo material e social; 2) Possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e de sua história individual e social (MOSCOVICI, 2004, p. 21).

7 CAMINHO METODOLÓGICO

Para subsidiar a coleta de dados, optou-se pela abordagem qualitativa, visto que esta se volta para questões de cunho social, cultural, e, sobretudo, para as relações do sujeito com a sociedade.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa visa buscar o significado da ação humana e a história construída por ela, por meio de ações que possibilitem a elaboração da realidade (MINAYO, 2006).

A abordagem qualitativa conforme Turato (2003) é caracterizada como aquela que busca entender como as construções humanas significativas ocorrem ou como

se manifestam. Além disso o enfoque maior não é para o resultado final em termos de números, e sim para entender o ser humano nas suas relações.

Tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta (CHIZZOTTI, 1991).

Como método de estudo, foi escolhido o estudo de caso, tendo em vista que este permite propor questões explanatórias como o “como” ou o “por quê”. Tem um enfoque voltado para a vida do cotidiano, apresenta ligações com disciplinas voltadas para o contexto das ciências sociais, como a psicologia, e para pesquisas nos mais diversos campos profissionais, como a saúde pública.

O estudo de caso tornou-se o mais indicado, pois este método “permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, como os ciclos individuais da vida” (YIN, 2010, p. 24). Desse modo, torna-se o mais apropriado para as pesquisas cujo caráter investigativo é uma realidade que contempla um evento contemporâneo, algo que precisa ser traçado ao longo do tempo.

O estudo de caso possibilita ao pesquisador entender os fenômenos sociais complexos da vida real em profundidade e os recursos para lidar com uma ampla variedade de evidências. Nesse sentido, passa a ser visto não apenas como um subitem da pesquisa qualitativa, mas como um método capaz de contribuir para o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais e organizacionais (YIN, 2010).

Como campo de pesquisa para esse estudo foi escolhido o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Maria Ferreira de Moura, localizado no município de Coari, interior do estado do Amazonas, que pode ser observado na Figura 1. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município tem uma população de 81.325 habitantes, com área de 57.921 Km², e distante em linha reta, 363 km da capital Manaus; por via fluvial, que é o principal acesso, 463 km (IBGE, 2014a).



FIGURA 1 – Localização da cidade de Coari no estado do Amazonas

FONTE: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/mapa-do-amazonas/mapa-4.php>

O povoado foi elevado à categoria de cidade em 1932. O nome Coari tem origem indígena. Segundo o cônego Ulysses Pennafort, “Coaya Cory” e “Huayry-yu” significam respectivamente, “rio do ouro” e “rio dos deuses”. A cidade tem raízes indígenas, tendo sua história ligada aos índios Catuxy, Jurimauas, Passés, Irijus, Jumas, Purus, Solimões, Uaiupis, Uamanis e Uaupés (IBGE, 2014b).

Na área territorial do município encontra-se a plataforma da Petrobrás Urucu que é responsável pela extração de petróleo e gás natural. De Urucu são retirados diariamente cerca de 11 milhões de metros cúbicos de gás natural e 54 mil barris de óleo. O escoamento dessa produção é controlado pelas salas de controle do polo Arara e do Terminal Solimões, que ficam a 20 minutos de distância da cidade de Coari por via fluvial (FATOS e dados, 2011).

A atenção a saúde da população Coariense na Atenção Primária é composta por dez unidades básicas de saúde, uma em cada bairro da cidade, e uma unidade que se destina ao atendimento de pessoas residentes na zona rural. Na atenção terciária uma unidade hospitalar mista, com atendimentos de urgência e emergência,

maternidade e internações. Na atenção especializada uma policlínica, uma unidade do Hospital Tropical que trata de doenças infecto-contagiosas e DST's dentre elas o HIV, além das doenças endêmicas na Amazônia e um serviço de emergência móvel municipal.

Dentre estes, o Centro de Atenção Psicossocial, objeto deste estudo, foi fundado em 3 de setembro de 2010 recebendo a denominação de Maria Ferreira de Moura, uma homenagem prestada à mãe do secretário de saúde que, naquela ocasião, era o dentista Miguel de Moura Ribeiro (informação verbal) ¹.

O Centro de Atenção Psicossocial, que é um serviço especializado, oferece atendimentos de saúde mental e é classificado como tipo 1, para atendimento diário de adultos. Esse tipo de CAPS é o indicado para cidades com um contingente populacional de até 70.000 habitantes (BRASIL, 2004).

Um dos objetivos do CAPS é o atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, pelo exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Além disso, presta serviço de atendimento de saúde mental, criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

A população do estudo foram os usuários do CAPS. Estes, totalizavam 3.050 usuários cadastrados até setembro de 2014 com uma média de atendimento diário de trinta e dois usuários.

Para a participação dos sujeitos na pesquisa foram definidos como critérios de elegibilidade: aqueles que aceitassem participar da pesquisa com entrevista individual gravada com aparelho gravador de voz digital, que fossem moradores da cidade em perímetro urbano, que estivessem na faixa etária igual ou acima de dezoito anos, por esta ser considerada maioridade, e ter no mínimo três consultas tanto no primeiro ano de funcionamento do CAPS como em 2014.

Como critérios de inelegibilidade foram adotados: aqueles usuários que não tinham pelo menos três frequências durante o ano de criação do CAPS e no ano de 2014, os que estavam fazendo o tratamento a menos de quatro anos, pessoas com transtornos mentais graves e persistentes pela possibilidade de não responder de forma coerente as formulações da entrevistadora; pessoas com prontuários

¹ Informação fornecida por funcionária do CAPS em entrevista cedida em 3 janeiro de 2014.

duplicados caso o usuário tivesse consultado mais de uma vez no mês e quando uma das três consultas do usuário não fosse consulta médica no CAPS como por exemplo: visita domiciliar, visita hospitalar, situação em que um familiar foi na consulta no lugar do usuário; e renovação de receita.

De posse do livro de registro no qual estão cadastrados todos os usuários do CAPS, foi iniciado o processo de seleção dos sujeitos da pesquisa. Na avaliação dos prontuários, foram selecionados aqueles referentes ao período de 08 de setembro de 2010 até 08 de setembro de 2014, totalizando 3.050 prontuários. Tais prontuários foram avaliados segundo os critérios de elegibilidade e inelegibilidade, o que resultou no quantitativo de sessenta prontuários e destes foram sorteados os trinta entrevistados. A opção pelo sorteio ocorreu para que todos tivessem a mesma chance de participar e, encontra eco no pensamento de Rosa e Arnoldi (2006, p. 53) quando afirmam: “[...] não é a quantidade de pessoas que irão prestar informações que tem importância, mas, sim, o significado que os sujeitos têm, em razão do que se procura para a pesquisa”.

Nesta perspectiva, não se tem a intenção de reduzir ou condensar os achados em simples resumos ou estatísticas e sim “abordar o mundo ‘lá fora’ e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais ‘de dentro’ de diversas maneiras” (GIBBS, 2009, p. 8).

Os procedimentos da coleta de dados obedeceram a seguinte sequência: O contato inicial foi feito com a Secretaria Municipal de Saúde de Coari (SEMSA), por meio do Ofício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF/UFAM (ANEXO B) a fim de apresentar a mestranda e o projeto. Mediante a autorização dessa instância por meio do Termo de Anuência (ANEXO A), foi encaminhada a proposta ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Manaus EEM/UFAM e após a aprovação deste comitê com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) de número 36934714.3.0000.5020, foi apresentado a proposta ao CAPS 1 visando a entrada em campo e o acesso à população a ser investigada.

Após a avaliação dos critérios de elegibilidade e inelegibilidade definiu-se a amostra, composta de trinta pessoas, entre homens e mulheres. Desses, vinte e dois eram do sexo feminino com idades entre 26 a 72 anos. E oito entrevistados eram do sexo masculino com idades entre 32 a 56 anos.

Tabela 1 – Distribuição das características dos usuários do CAPS, participantes do estudo. Coari – 2015.

SEXO	IDADE	RELIGIÃO
MULHERES	20 a 29 anos = 2	Dos 30 participantes, 17 se declararam evangélicos, 12 se declararam católicos e 1 participante declarou não ter religião específica.
	30 a 39 anos = 8	
	40 a 49 anos = 6	
	50 a 59 anos = 3	
	60 a 69 anos = 2	
	70 a 72 anos = 1	
HOMENS	30 a 39 anos = 2	
	40 a 49 anos = 3	
	50 a 59 anos = 3	
TOTAL	30 participantes	

FONTE: Criação da própria autora

Como forma de preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, estes foram identificados com a letra E (Entrevistado) seguidos de números arábicos de um a trinta.

Com a aceitação dos usuários de participarem da pesquisa, foram marcados dia, local e horário da entrevista de acordo com a disponibilidade do pesquisado. Previu-se um tempo médio de trinta a quarenta minutos para cada entrevista. No momento da entrevista, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), visando esclarecer sua participação na pesquisa e tirar possíveis dúvidas.

Como técnica de coleta de dados, foi utilizada a entrevista, que visa estabelecer uma comunicação bilateral e permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre os participantes (RICHARDSON, 2007).

A entrevista também é considerada uma ferramenta imprescindível de trabalho, pois apresenta-se como uma

[...] relação didática, que cria uma forma de sociabilidade específica, limitada no tempo, sem continuidade, em que, inicialmente, os parceiros da relação se defrontam como estranhos, pautados por uma alteridade que aparentemente não admite o encontro e que deve ser superada para que a matéria prima do conhecimento possa ser produzida durante esse encontro que transforma estranhos em parceiros de uma troca (ROMANELLI, 1998, p. 125-126).

O ato de entrevistar, não pode ser encarado apenas como uma mera troca de informações, ou de favores, entre entrevistador e entrevistado, mas, sim, como um ato que perpassa essa troca e que se configura na percepção de sentimentos, atitudes, valores. Assim, o mais importante, não é a quantidade de perguntas que o entrevistado deverá responder, e, sim, com que qualidade ele as responderá.

Como parte integrante do processo da entrevista, as etapas de construção do roteiro, a execução da entrevista e o registro literal dos dados, assim como a transcrição, a leitura das transcrições e a sistematização dos dados, necessitam de sequenciamento no momento da sua elaboração e execução, para que possam subsidiar satisfatoriamente o processo.

Considerando que a pesquisa buscava analisar a representação social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial acerca do cuidado em enfermagem e saúde, optou-se por utilizar como instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) um roteiro de entrevista semiestruturado, que possibilitou identificar e captar os elementos: campo de significações, saberes, informações, opiniões, valores, crenças e atitudes que compõe uma representação social. Lembrando que as representações são construídas na tentativa de atender as necessidades e interesses de um determinado grupo (SILVA e FERREIRA, 2012).

Concomitante à coleta de dados, ocorreu a transcrição das entrevistas. Conforme alerta Gibbs (2009), elas demandam muito tempo e esforço, sendo um processo interpretativo, proporcionando familiaridade com as falas e favorecendo mais adiante a análise dos dados. Sendo assim, por requererem tamanha dedicação, viu-se a necessidade de não acumulá-las ao final da coleta.

Para análise dos conteúdos das entrevistas, seguiu-se a metodologia descrita por Laurence Bardin (2011), que prevê três etapas: pré - análise, análise do material e tratamento dos resultados.

A análise de conteúdo é conceituada por Bardin (2011, p. 15) como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”. Bardin ainda afirma que:

Na análise quantitativa, o que serve de informação é a freqüência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a presença ou ausência de uma característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomada em consideração (BARDIN, 2011, p. 26).

Essas diferenças entre os tipos de análises exemplificadas por Bardin, evidenciam a importância e as particularidades de cada uma, o que permite imprimir a aplicabilidade de cada análise em seu contexto.

Logo após as transcrições das entrevistas, ocorreu a pré-análise, através de sucessivas releituras do material coletado, o que favoreceu a familiarização da estrutura da narrativa, e as impressões que esses dados tinham a revelar, viabilizando a operacionalização e a sistematização das ideias.

No segundo momento ocorreu a exploração do material, que consistiu na leitura exaustiva dos dados na busca de ideias centrais, agrupando-as em partes semelhantes posteriormente. Esta fase foi considerada longa e cansativa, por demandar um maior esforço para categorizar e quantificar os achados visualizados pelas transcrições.

A última etapa foi o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos, consistindo na sua essência no tratamento de todo material da pesquisa por meio do processo de codificação. Deste modo emergiram três categorias: Percurso terapêutico, Estrutura do serviço e Cuidado em Enfermagem e Saúde e suas subcategorias correspondentes, que serão abordadas mais adiante.

Tanto a coleta de dados, como sua análise, tiveram como normatização as diretrizes da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Esta dissertação teve como apoio financeiro a concessão de uma bolsa na modalidade *stricto sensu* para estudantes de mestrado, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que teve a duração de vinte e quatro meses.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se a representação social dos usuários do CAPS sobre o cotidiano do cuidado em enfermagem e saúde ao longo do seu tempo de existência. Essa representação está demonstrada nas categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas realizadas com os usuários do CAPS.

Para fins didáticos, e visando facilitar e organizar a análise do conteúdo das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa, optou-se por dividir este cuidado em enfermagem e saúde, buscando ancorá-lo nos objetivos que norteiam a pesquisa.

Assim, a 1ª categoria de análise denominou-se Percurso terapêutico, que está relacionada ao objetivo de Descrever o percurso terapêutico do usuário até chegar no CAPS. Esta categoria se subdividiu em três subcategorias que são apresentadas da seguinte forma: item 8.1.1 Os andarilhos invisíveis dos serviços de saúde mental, item 8.1.2 Exames versus incertezas e no item 8.1.3 A fragmentação entre corpo e mente.

A 2ª categoria, denominada Estrutura do serviço, buscou responder ao objetivo de Identificar a estrutura do serviço ao longo do tempo de existência do CAPS e está subdividida em três subcategorias, sendo: item 8.2.1 apresentada A estrutura física, 8.2.2 A equipe técnica profissional e 8.2.3 O CAPS como um lugar de possibilidades e (re) descobertas.

Na 3ª e última categoria, descreve-se a representação social do usuário do CAPS sobre o cotidiano do cuidado, que está relacionada ao objetivo de Analisar os elementos representacionais sobre o cuidado em enfermagem e saúde do usuário. Esta categoria se subdividiu em duas subcategorias, sendo apresentadas da seguinte forma: item 8.3.1 A invisibilidade da enfermagem no CAPS; e item 8.3.2 Uma visão tecnicista do profissional enfermeiro.

Neste contexto, as categorias e subcategorias de análise desenvolvidas nesta pesquisa, seguem apresentadas no esquema gráfico da Figura 2 a seguir.

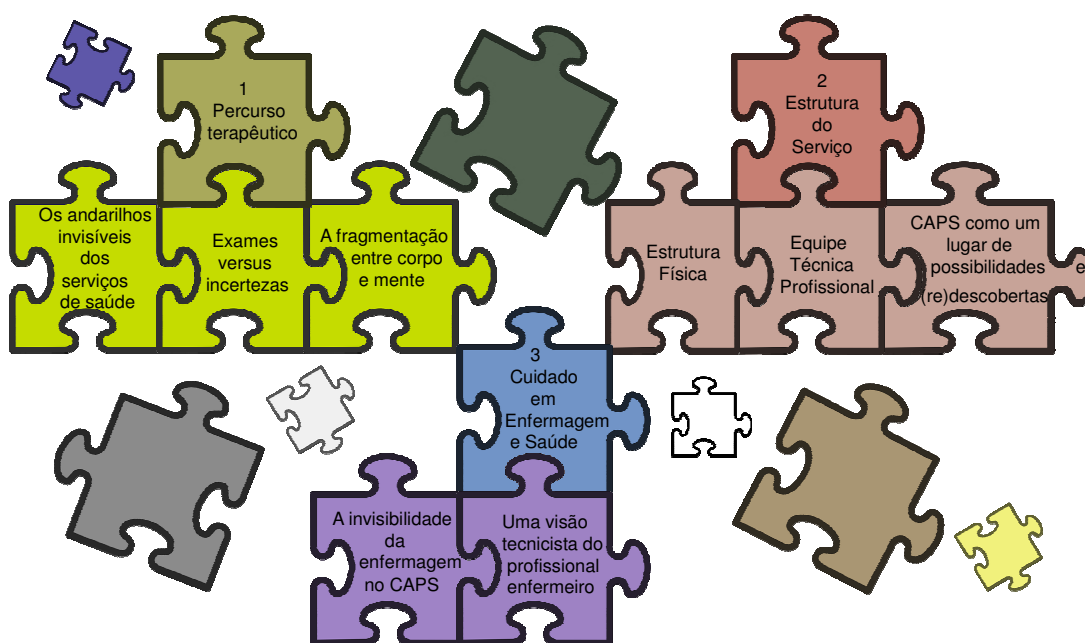


FIGURA 2 – Esquema gráfico das categorias de análise

FONTE: Pesquisa de campo, 2015 (LIMA, L. B.; BECKER, S. G.)

8.1 Percurso terapêutico

A categoria denominada Percurso Terapêutico também pode ser entendida como itinerário terapêutico, pois acredita-se que a ideia extraída do termo itinerário dá movimento ao conceito, pois tenta mostrar o caminho realizado pelo usuário até encontrar o CAPS e começar o seu tratamento no serviço especializado.

Com esse intuito, foram desenvolvidas e analisadas as seguintes subcategorias: Os andarilhos invisíveis dos serviços de saúde mental, Exames versus incertezas e A dicotomia entre corpo e mente.

8.1.1 Os andarilhos invisíveis dos serviços de saúde mental

Nesta subcategoria é apresentado o percurso terapêutico do usuário até chegar no CAPS. Tal percurso fica evidenciado nos relatos dos usuários:

[...] eu ia no posto, no hospital, em tudo, mas não dava nada, até que eu fui pro Tropical, aí que fui encaminhado pro CAPS [...] (E 30).

Eu fazia tratamento no posto, aí me encaminharam pro hospital, de lá disseram que eu tinha que procurar o CAPS, quando cheguei no CAPS a moça disse que eu tinha que pegar encaminhamento no posto, voltei no posto e fui encaminhada pro CAPS [...] (E 2).

Pelos relatos é possível perceber que há por parte dos usuários e dos profissionais de saúde, a falta de entendimento em relação ao local especializado ao tratamento. Isso contribui para os usuários tornarem-se andarilhos, pois ora procuram por atendimento no posto de saúde, ora no hospital geral da cidade, em outro momento na unidade do Hospital Tropical localizada em Coari, que trata de doenças infecto-contagiosas dentre elas as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e as doenças endêmicas.

Para Cabral (2011) o conhecimento sobre os percursos terapêuticos realizados pelos usuários em busca de atenção para a saúde, pode contribuir para a compreensão sobre o caminho percorrido por ele, ajudando-o a entender o comportamento em relação ao cuidado e a utilização dos serviços de saúde pelo usuário.

O percurso terapêutico inclui uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos, com interpretações diferentes sobre a identificação da

doença e a escolha da terapia adequada. Merino e Marcon (2007) destacam que o processo de escolha pelo caminho a ser seguido na busca da solução do problema existente segue um percurso terapêutico. As trajetórias de cada indivíduo neste percurso são viabilizadas em um campo de possibilidades sócio-culturais que permitem a elaboração e implementação de projetos de tratamentos.

Faz-se necessário compreender como o usuário decide ou escolhe pelo percurso terapêutico a ser realizado, pois as atividades de cuidado desenvolvidas em relação a sua saúde, estão relacionadas ao meio social do qual os usuários fazem parte, seja esse meio familiar ou profissionais da saúde ou ainda a própria sociedade. As pessoas que compõem o meio social ajudam os usuários a decidir qual cuidado e tratamento irão realizar (SILVA, SOUZA e MEIRELES, 2004).

O percurso terapêutico que o usuário faz, se caracteriza por movimentos desencadeados pelo mesmo em busca da preservação ou recuperação da sua saúde. A fala do usuário revela esse movimento:

Primeiro eu fazia tratamento no Eduardo Ribeiro, aí fui na secretaria de saúde pedir uma passagem pra Manaus, e o moço de lá me falou do CAPS e aí eu fui lá, e hoje eu tô fazendo tratamento no CAPS [...] (E 10).

Antes de conhecer o tratamento realizado no CAPS, o usuário relata que precisava ir até a capital Manaus, para se consultar no serviço especializado, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), única instituição hospitalar de referência no estado para atendimento de emergências psiquiátricas e internações em curto prazo.

O Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER) *apud* Becker (2012) foi criado em 1982 por decreto governamental, para o atendimento ambulatorial de urgência/emergência e de internação a curto prazo das pessoas com transtornos mentais tanto do Estado do Amazonas, quanto de estados vizinhos. Por ser a única instituição do estado a oferecer serviços voltados ao atendimento psiquiátrico, os usuários de Coari se deslocavam para a capital Manaus em busca desses serviços.

Em Manaus o primeiro CAPS a ser inaugurado foi o Centro de Atenção Psicossocial Silvério Tundis no bairro Santa Etelvina, em 2006 pelo então governador Eduardo Braga, pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (COLOMBAROLLI et al., 2010). A lei da reforma psiquiátrica, a 10.216 de 2001, já assegurava os direitos das pessoas com transtornos mentais. Porém, somente cinco anos depois de sua criação, o Estado do Amazonas passou a ter o primeiro CAPS,

que se apresentou como mais uma possibilidade de percurso terapêutico para os usuários de Coari.

A pessoa com transtorno mental ao realizar o percurso terapêutico, procurando pelos serviços de saúde, busca encontrar soluções para suas queixas, que, em geral não são identificadas como sintomas de transtornos mentais, como fica sinalizado nos relatos a seguir:

Eu comecei a passar mal com tontura e nervoso, aí eu procurei o hospital e de lá me encaminharam pro CAPS [...] (E 7).

[...] eu sentia medo, falta de sono, passei três noites sem dormir, foi quando o médico do hospital me encaminhou para o CAPS [...] (E 21).

De acordo com os relatos o hospital é o primeiro percurso a ser feito na busca para a solução dos sintomas apresentados. Só depois desse primeiro contato com esse serviço de saúde, os usuários foram encaminhados ao serviço especializado.

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Embora a lei garanta o direito a saúde para todos, no percurso terapêutico dos usuários observa-se que a implementação dessa rede ainda carece de definições sobre que tipos de atendimentos deverão ser feitos no posto de saúde, no hospital e no CAPS.

Ao realizar o percurso terapêutico observa-se que os usuários antes de chegar ao CAPS, desconhecem a natureza dos problemas que os afligem e o local adequado para tratá-los. Isso fica evidenciado no seguinte relato:

Procurei macumbeiro, macumbeira, tudo eu procurei e disseram que era um negócio que tava me perseguindo [...] (E 28).

Depreende-se do relato desse usuário que o caminho realizado no seu percurso terapêutico não limitou-se aos serviços de saúde formais como posto de saúde ou hospital. Quando a rede de serviços não consegue oferecer um atendimento que satisfaça o usuário, ele busca outros métodos ainda que estes abordem seus problemas de forma superficial.

É importante destacar, dentro do contexto do percurso terapêutico de usuários com transtornos mentais, a influência dos meios de comunicação de massa

como a televisão, as novelas e os programas que informam o usuário. Um exemplo é a novela Caminho das Índias, de autoria de Glória Perez, exibida pela Rede Globo de Telecomunicações em 2009, que abordava, dentre suas tramas, a esquizofrenia, transtorno mental grave, vivido pelo ator protagonista Bruno Gagliasso e o perfil psicopata encenado pela atriz Letícia Sabatella (WIKIPÉDIA, 2009). Além disto, as diferenças culturais evidenciam variados padrões de comportamento que não são, necessariamente, uma questão de saúde, mas de cultura. Quanto mais a mente se abre para conhecer, mais recursos ela tem para lidar com as adversidades do viver.

O percurso terapêutico realizado pelo usuário é uma tentativa de encontrar a solução para os seus problemas de saúde no intuito de resgatá-la ou mantê-la. No caso da saúde mental, esse percurso geralmente é invertido, pois o usuário procura em sua grande maioria o serviço terciário, o hospital, para somente depois procurar por atendimento na rede básica, postos de saúde (LANCETTI e AMARANTE, 2006). Tal constatação evidencia que o usuário faz diversos percursos terapêuticos, até encontrar o que, de fato, lhe trará a possibilidade de melhor atendimento à sua demanda.

Esse cenário pode apontar uma ineficácia da rede básica para lidar com os aspectos que envolvem os transtornos mentais e emocionais.

8.1.2 Exames versus incertezas

Esta subcategoria refere-se a dificuldade que o usuário dos serviços de saúde enfrenta em seu percurso terapêutico, para ter um diagnóstico que detecte seu problema. Os discursos a seguir evidenciam tal dificuldade:

Fiz todo tipo de exame e não dava nada, eu fazia exame e não dava nada [...] (E 30).

Fui no hospital e eles mandaram eu fazer exame de gravidez, essas coisas [...] (E 22).

Percebe-se nos discursos dos entrevistados que ao procurarem ajuda nos serviços de saúde, não encontram respostas para suas queixas. Ao mesmo tempo, as orientações que recebem pouco contribuem para a definição do percurso terapêutico, deixando o usuário na incerteza do caminho a ser percorrido na busca do seu tratamento.

Os exames laboratoriais e de imagem, por terem a possibilidade de darem um diagnóstico preciso às queixas dos usuários, em geral criam uma expectativa, tanto

por parte dos profissionais da saúde, como por parte dos usuários. Isso é evidenciado pela seguinte fala:

[...] eu fui no hospital pra ver se era algum problema do coração, fiz exame e não deu nada, também fiz exame pra outros tipos de doença, do sangue, e também não deu nada [...] (E 20).

Observa-se nesta fala que ocorre uma investigação em várias áreas da saúde, porém, quando os exames não conseguem conferir um diagnóstico, os usuários são encaminhados ao serviço de saúde mental. Isso pode encobrir uma inabilidade dos profissionais de saúde, em fazer o exame do estado mental dos usuários.

O diagnóstico médico precisa ser usado como um aliado na terapêutica do usuário, para que ele tenha diversas possibilidades de tratamento. Esse diagnóstico não deve servir como rótulo para a pessoa, mas funcionar como um momento de análise e reflexão em torno da situação de vida e do contexto sócio-cultural do usuário que precisa ser cuidado (SEVERO e DIMENSTEIN, 2009).

Para ajudar nesse diagnóstico temos o exame psíquico ou o exame do estado mental, que segundo Carvalho (2012, p. 45) é uma “fotografia de como o paciente se apresenta naquele momento ao profissional, com a descrição das funções psíquicas”.

A avaliação das condições emocionais e mentais do usuário são de extrema importância, pois possibilita ao profissional que o acompanha, otimizar uma assistência mais integral, dentro do tripé da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Permitindo traçar intervenções adequadas para o usuário (HUMEREZ e CAVALCANTE, 2002).

Torna-se necessário utilizar além dos exames laboratoriais e de imagem outras ferramentas que possam contribuir para um diagnóstico holístico do usuário, para que ele não fique restrito por muito tempo a um mesmo tipo de terapêutica sem resultados evidentes. Vejamos como isso é sinalizado no seguinte relato:

[...] eu passei 28 anos só tomando remédio controlado, eu só tomava remédio controlado e nada mais, até encontrar o CAPS [...] (E 15).

Percebe-se pelo relato do usuário que o único tratamento que ele fazia era o medicamentoso. Essa situação torna evidente a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde, para que consigam realizar diagnósticos mais assertivos e que propiciem mais agilidade no início da terapêutica adequada. Outras

possibilidades de terapêutica o usuário não usufruía, até o momento em que o CAPS chegou em Coari.

Como ferramentas terapêuticas, alguns CAPS encontram na criação de associações de usuários, uma maneira salutar de cuidar do indivíduo, pois nesse locus acontece a discussão e reformulação do plano de cuidado, o que propicia ao usuário um melhor entendimento em relação ao transtorno mental (RODRIGUES, BROGNOLI e SPRICIGO, 2006).

O que poderia ajudar a diminuir as incertezas dos profissionais de saúde no diagnóstico do transtorno mental, seria a mudança de paradigma em relação a doença, tendo como foco a saúde, dessa forma desenvolveriam mais sensibilidade em perceber as necessidades reais do indivíduo e a identificação dos verdadeiros problemas, não ficando muito atrelados a exames laboratoriais que não identifiquem a patologia investigada pelo profissional (CAMPOS *et al.*, 2014).

Um ponto que não deve ser esquecido é que problemas físicos, emocionais e mentais podem existir simultaneamente. Por isso faz-se necessário uma anamnese detalhada e correlacionada, para que possa auxiliar o profissional a elaborar um plano de ação terapêutica que esteja adequado ao usuário. Para que as incertezas possam diminuir e para que as ferramentas utilizadas pelos profissionais possam ajudar o usuário na recuperação da sua saúde.

8.1.3 A fragmentação entre corpo e mente

Esta subcategoria se caracteriza pela forma como o usuário se sente e como os profissionais enxergam a doença. Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

Eu só sentia aquela agonia no meu juízo, fazendo um mingau na minha cabeça, era só o que eu sentia, eu não sentia dor no meu corpo, só a agonia dentro da minha cabeça [...] (E 25).

Esse problema que eu tenho, essa doença, a gente não pode ser alegre [...] (E 8).

Depreende-se da fala do usuário E 25 a descrição de sintomas por ele manifestados, no qual relata suas queixas e explica que sua dor não é no corpo e sim na cabeça.

Já na outra fala (E 8), observa-se que o usuário acredita que a doença que ele tem, o impede de ser feliz. Percebe-se por parte do indivíduo uma possível correlação entre doença e felicidade, como se pelo fato dele estar doente, não

merecesse uma vida saudável. Aqui percebe-se a necessidade de investigação sobre a representação do louco e da loucura para melhor compreender o cuidado investigado no percurso terapêutico. Entretanto, tal abordagem fugiria aos objetivos propostos neste estudo.

Um ponto a ser levado em consideração para tentar explicar a fragmentação entre corpo e mente, é retratado pela própria história quando, desde a antiguidade, na Grécia antiga, questionamentos em relação ao tema saúde-doença e mente-corpo já eram feitos. As enfermidades eram consideradas um castigo e o corpo era o lócus desse castigo (CASTRO, ANDRADRE e MULLER, 2006).

Infelizmente, ainda há uma fragmentação na concepção do cuidado prestado a pessoa com transtorno mental, no que se refere ao corpo e a mente. Esta dicotomia tem seu enraizamento ligado a maneira como os profissionais de saúde entendem o cuidado prestado aos usuários e as suas dificuldades na prestação dessa assistência, como a precariedade de práticas de saúde mental nos serviços e a falta de capacitação na referida área (REDE HUMANIZA SUS, 2011).

Algumas vezes é possível perceber uma cisão entre o corpo e a cabeça (mente), como se ela não fizesse parte do corpo e vice versa, como se ambos precisassem ser vistos separados. Como fica evidenciado no seguinte relato:

O médico falou que o meu problema não era problema de médico de saúde, era de médico de cabeça [...] (E 20).

Observa-se pelo relato do usuário que o profissional de saúde faz a separação entre médico de saúde e médico de cabeça, como se a saúde não integrasse o corpo e mente.

É, portanto, importante destacar que a integralidade é um princípio para a constituição da rede de atenção psicossocial. Portanto, considera-se que a separação do cuidado entre corpo e mente é um sério problema para a melhoria dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O ser humano precisa ser olhado na sua totalidade. “É inconcebível querer abordar ou resolver as questões decorrentes do sofrimento humano sem colocá-las em todos os níveis, inclusive nos seus contextos sócio-culturais” (BRASIL, 1996, p. 23).

O profissional de saúde que desempenha suas atividades no hospital, acaba passando a maior parte do tempo aprendendo a lidar com as doenças do que com os doentes, essa dicotomia afirma a ideia de Amarante (2013, p. 96), quando afirma

que “Não aprendemos a lidar com as pessoas, com as famílias, com as comunidades. Enfim, não aprendemos a lidar com a saúde”.

O comportamento biomédico que na maioria das vezes é constituído e centrado na doença, talvez possa ser considerado como um fator que faça com que os profissionais realizem essa fragmentação entre o corpo e a mente, entre doença e usuário, visto que, no ambiente hospitalar, os profissionais desempenham mais comumente a função curativa do que preventiva, tratam de doenças.

Percebe-se uma resistência em aceitar que não é somente o corpo que adocece, mas que também a mente pode adoecer. Essa cisão entre corpo e mente, é evidenciada pelos relatos:

[...] assim como a gente adocece do estômago, eu achava que a gente não podia adoecer da cabeça [...] (E 19).

[...] eu achava que era um estresse e procurava tudo que era médico, menos psiquiatra, eu achava que psiquiatra não era o meu caso [...] (E 29).

Pelos relatos dos usuários, observa-se que adoecer da cabeça parece ser uma realidade distante. A fragmentação entre o corpo e a mente é feita pelo próprio usuário, a representação do cuidado se confunde com a representação da doença. Se o usuário não tem clareza do adoecimento da mente, ele dificilmente irá procurar por atendimento profissional especializado.

O processo de divisão corpo e mente que o usuário faz tem como base a visão fragmentada do próprio homem e do próprio processo. Infelizmente, dessa maneira vem-se constituindo o paradigma da psiquiatria, em que a definição de doença mental ou doença da cabeça tem sua gênese em um sujeito que acredita que seu problema não está relacionado à área da psiquiatria (RODRIGUES e FIGUEIREDO, 2003).

Na tentativa de romper com esse processo de fragmentação do indivíduo, que reflete no cuidado, e escapar dos limites dessa racionalidade, faz-se necessário a preocupação com a recuperação da noção de integralidade e da constante (re) adaptação do sujeito, através de um enfoque holístico em relação a prestação de cuidado a esse usuário que busca pelo serviço de saúde mental (Ibid, 2003).

8.2 Estrutura do serviço

O usuário que procura o CAPS, espera encontrar uma estrutura física a contento, uma equipe técnica profissional qualificada e um CAPS que possa ser um lugar de possibilidades para o seu tratamento.

Sobre a estrutura do CAPS de Coari, emergiram as seguintes subcategorias: Estrutura física, Equipe técnica profissional e CAPS como um lugar de possibilidades e (re) descobertas.

8.2.1 Estrutura física

Nesta subcategoria é apresentada a visão dos usuários do CAPS ao longo dos 5 anos de existência, relacionadas as condições estruturais do serviço como evidenciado nas falas:

Antes era mais apertadinho, agora ta mais amplo, antes os pacientes ficavam no corredor e lá fora era muito quente, agora já tem um lugar pra gente ficar [...] (E 15).

Antes a gente ficava lá fora no quenturão, agora ta mais espaçoso, abriram um espaço pra gente cheio de cadeira, uma TV, um arzinho central [...] (E 30).

Eu acho que é muito pequeno o tamanho, o espaço, o consultório de lá é muito pequeno, pra muito atendimento [...] (E 7).

Há o reconhecimento, por parte dos usuários, da evolução do serviço de infra estrutura, pois inicialmente era mais limitado em termos de espaço e conforto. Atualmente a estrutura física dispõe de um espaço mais amplo e com mais condições para que o usuário possa aguardar pelo seu atendimento.

Ainda no que se refere a visão dos usuários a respeito da infra estrutura, tem-se o seguinte relato:

Não está mais legal como era antes, até porque eu acho que isso depende um pouco da prefeitura, teria que ter mais apoio da prefeitura, do município [...] (E 9).

Apreende-se pelo relato do usuário que houve uma queda na qualidade dos serviços prestados, bem como a falta de apoio por parte do poder público. Essa falta de apoio precariza a assistência prestada ao usuário do CAPS. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que cabe ao

município oferecer condições satisfatórias para que serviços de qualidade sejam prestados a população.

Tem-se observado no modelo administrativo do município a opção por alugar espaços para a implementação de serviços. Isso limita as possibilidades de mudanças na estrutura física dos espaços do CAPS. Gera ainda uma incerteza em relação a permanência do serviço no local, pois dependendo da gestão municipal, cortes no orçamento podem ser feitos e o serviço pode vir ser impactado negativamente.

A construção de uma sede própria para o CAPS iria possibilitar um atendimento com mais qualidade, pois os profissionais de saúde e os usuários não teriam o receio de que suas atividades e prestação de serviços pudessem acabar. Discutir a aquisição de um local próprio para o CAPS em termos de gestão municipal, é um processo complexo em especial quando se trata de um serviço de saúde mental, que é visto por alguns gestores como “um novo serviço” (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Os gestores devem possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o ao usuário direito a um tratamento com qualidade, a organização de uma rede de atenção integral a saúde, através de ferramentas que integram as várias dimensões familiar, social, cultural da vida do usuário. Isto tornará o CAPS um serviço estratégico capaz de articular melhores práticas de cuidado com outros serviços da rede (HECK *et al.*, 2008).

No que se refere à alimentação, de acordo com a percepção dos usuários, no início havia maior diversidade e fartura. Atualmente, limita-se a um “mingauzinho”, como fica evidenciado pelo relato a seguir:

[...] eles davam alimentação, agora que parou mais um pouco, mais era café, lanche, desde a uva tinha lá, maçã, mamão, tinha tudo, agora eles só dão um mingauzinho [...] (E 06).

Para o usuário que é atendido no CAPS, a questão alimentícia possui características marcadas pela própria terapêutica de escolha para o tratamento dos usuários, pois muitos medicamentos psiquiátricos acarretam o aumento do apetite.

Muitos usuários que perdem peso durante o tratamento ao qual são submetidos por conta do transtorno mental, logo recuperam ou ganham peso após o tratamento com antidepressivos, pois acredita-se que esses fármacos acionam o centro da fome no hipotálamo, aumentando o apetite, quando comparados a

população em geral que é tratada com outros tipos de medicamentos (COSTA, CALETTI e GOMEZ, 2011).

Dentro do contexto da estrutura física, o refeitório do CAPS deverá ter a capacidade de oferecer refeições para seus usuários conforme contempla o projeto terapêutico singular (PTS) de cada um. O CAPS de Coari não possui refeitório, a alimentação dos usuários é servida no mesmo espaço em que ocorre a distribuição das fichas e a espera pelo atendimento, a divisão desses espaços facilitaria a distribuição da alimentação para os usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Brasil (2013) destaca que o refeitório, é um ambiente destinado as refeições, devendo permanecer aberto durante todo o dia de funcionamento do CAPS, propiciando um ambiente sociável e com momentos de troca.

8.2.2 Equipe técnica profissional

Esta subcategoria refere-se à estrutura técnica profissional, cujas limitações ficam evidentes nos relatos a seguir:

Quando inaugurou nós tínhamos uma estrutura boa, dois enfermeiros, dois psicólogos, dois médicos, agora diminuiu, nós não temos mais enfermeiro, temos uma psicóloga que está saindo do CAPS e um médico [...] (E 23).

Naquele tempo eram muitos profissionais, agora acabou tudo, não sei pra onde levaram [...] (E 4).

Apreende-se dos relatos dos usuários que no início das atividades do CAPS, na sua inauguração, existia um quantitativo satisfatório de profissionais. E depois da implantação e implementação do serviço, o número de profissionais diminuiu, precarizando o atendimento.

A defasagem no quadro de profissionais do CAPS compromete o tratamento dos usuários, pois este tratamento requer profissionais com conhecimento teórico-científico dentre outras habilidades; para que sejam capazes de realizar atividades com suportes terapêuticos como as visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atividades físicas e esportivas, dentre outras. Atendimentos, estes, fundamentais prestados a pessoa com transtorno mental (KANTORSKI *et al.*, 2011).

Constatou-se a ausência do enfermeiro no serviço do CAPS Maria Ferreira de Moura, fato que contraria o que rege a legislação dos profissionais de enfermagem, pois a Resolução COFEN nº 302/2005, no Art. 2º, informa que “Todo

estabelecimento onde existem atividades de Enfermagem, deve obrigatoriamente apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, cuja anotação deverá ser requerida pelo profissional Enfermeiro” (RESOLUÇÃO COFEN nº. 302, 2005).

Tomando como base a legislação do COFEN, tem-se a necessidade do enfermeiro no CAPS não apenas para realizar suas competências profissionais, enquanto terapêutica prestada, mas também por haver uma necessidade do próprio serviço, além de ser uma demanda legal.

Outro amparo legal que é atribuído a enfermagem, é realizado pelos Conselhos Regionais, disposto na Lei Federal nº 5.905, de 12 de julho de 1973, no Art. 15 que é “Disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal”. Evitando dessa forma, que o exercício profissional seja feito por profissionais não habilitados na área e que possam vir a comprometer o processo da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1973).

É importante ressaltar que a terceirização do trabalho do enfermeiro, tanto de forma privativa como membro integrante da equipe de saúde não é o mais recomendado. Cada profissão tem o seu código de ética, no que se refere a direitos, responsabilidades, deveres e proibições, devendo, portanto, serem respeitados conforme o código de ética (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Além dos serviços prestados pela enfermagem, em se tratando da equipe técnica profissional do CAPS, destaca-se as oficinas terapêuticas. Essa atividade era vista de forma positiva e proporcionava um bem estar aos usuários, como é possível perceber nos relatos a seguir:

As oficinas me ajudavam bastante porque eu chegava em casa bem mais leve, tranqüila, disposta, pra mim era ótimo [...] (E 3).

Tinha oficina de pintura, manicure, horta, plantação, emborrachado; tinha muita coisa [...] (E 19).

[...] aí eu só vivia pensando em morte e morrer, mas quando eu tava lá no meio deles, não. Lá eu tava conversando, eles tavam conversando comigo. E eu tava fazendo um trabalho. Eu tava dedicando a minha mente, escrevendo, pintando. Não tava com a mente à toa [...] (E 20).

Apreende-se dos relatos dos usuários que as oficinas terapêuticas eram um elemento positivo do tratamento, não só pelo fato de ocupar a mente, mas também pela integração social que possibilitavam. A participação do usuário nas oficinas, lhe

proporcionava bem estar, e afastava pensamentos negativos que surgiam em determinados momentos.

As oficinas terapêuticas são importantes porque estão ligadas a reabilitação psicossocial do usuário. São destinadas a tentar fazer o resgate da pessoa com transtorno mental, por meio de ações que passam pela reinserção do indivíduo a sociedade até o desenvolvimento de atividades artísticas, artesanais, dentre outras (CEDRAZ e DIMENSTEIN, 2005).

A partir da reforma psiquiátrica, as oficinas terapêuticas tornaram-se dispositivos obrigatórios para a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e outros serviços em saúde mental, pois possuem funções que variam para cada usuário, ou seja, dependerá de como o usuário irá se relacionar com o material oferecido pela oficina, podendo se comunicar pela escrita, pela arte, pela pintura, entre outros (SILVA e ALENCAR, 2009).

Dentro desse contexto da equipe técnica profissional, faz-se necessário uma equipe multiprofissional, para que possam desenvolver um espaço de construção coletiva, aberto ao debate, em prol da melhoria do cuidado prestado ao usuário que procura o serviço (SANTOS e ROMAGNOLI, 2012).

8.2.3 CAPS um lugar de possibilidades e (re) descobertas

Esta subcategoria se caracteriza, pela forma como o usuário vê o CAPS: um lugar que é a solução dos seus problemas. Essa visão é evidenciada pelas seguintes falas:

Eu não vou esquecer do CAPS, até porque foi onde eu encontrei a solução pra minha vida, o CAPS foi uma benção na minha vida [...] (E 24).

Na verdade se não tivesse o CAPS eu não sei o que teria acontecido comigo, porque foi aqui que eu encontrei a solução para essa doença [...] (E 9).

Observa-se nas falas dos usuários sentimentos de gratidão, respeito e acolhida. Os usuários sentem-se amparados pelo CAPS e pelo serviço que lhes oferecem. São gratos por terem encontrado um lugar com profissionais compreensivos aos seus problemas e que os auxiliam na minimização de seu sofrimento.

Outra visão que o usuário tem do CAPS, faz parte do imaginário construído pela sociedade em relação a loucura. Para Amarante (*et al.* 2012) o semblante

construído para a loucura, até mesmo pelos próprios usuários, ainda é caracterizado como uma noção de periculosidade, improdutividade, irracionalidade e incapacidade aos olhos da sociedade, traduzido pelo medo de ficar louco. Essa preocupação fica evidenciada na fala seguinte:

Eu fiquei com medo do que eu poderia encontrar lá no CAPS, medo de ser só para pessoas loucas, de ter pessoas loucas lá, medo de eu estar ficando louca [...] (E 7).

O estigma construído ao longo do tempo em relação a loucura, ao louco; a impressão de violência ou violento que lhe é atribuída, além do medo, do preconceito e da discriminação, contribuem para a complexidade desse imaginário social em relação as pessoas que sofrem de transtorno mental.

Faz-se necessário desconstruir o estigma em relação a pessoa que sofre de transtorno mental. Essa desconstrução é vivida pelos próprios usuários, quando após algum tempo de tratamento percebem o quanto o serviço os ajudou na sua recuperação e passam a olhar o CAPS como um lugar de possibilidades e (re) descobertas, o que fica evidenciado pelo relato:

A gente pensa que lá é só pra tratar aquelas coisas de perturbado, mas aí a gente vê que não é só para aquilo, é pro álcool, pra droga, pra depressão e várias outras coisas [...] (E 11).

O serviço oferecido aos usuários pelo CAPS, consiste em um conjunto de estratégias que se caracterizam por atendimentos como: consultas com médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e outros. Esse olhar multidisciplinar deveria permitir uma visão holística em relação a terapêutica do usuário.

As atividades terapêuticas fazem parte da assistência ao usuário do CAPS, tendo em vista que essas atividades fazem do CAPS um lugar de possibilidades e (re) descobertas. As referidas atividades são garantidas por lei e assegurada pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 que inclui: atendimentos individual, em grupo e familiar; atividades comunitárias, visitas domiciliares e reuniões de organização de serviço do CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), o que fica evidenciado pela fala abaixo transcrita:

Eles visitam as pessoas em casa, pra saber como a pessoa tá, isso é muito importante porque trás esperança [...] (E 28).

Uma maneira criativa encontrada pelo CAPS foi a inclusão pelo trabalho e geração de renda por meio das oficinas, que ofereciam muitos benefícios para os usuários como fica evidenciado pelo relato:

[...] o aprendizado aqui foi diferente, aprendi muita coisa, bordar, pintar, que eu não sabia. Aprendi também como lidar com o ser humano [...] (E 23).

Observa-se, nesta fala, a importância do aprendizado de um ofício artesanal, que proporcionava um bem estar mental e, ao mesmo tempo, possibilitava uma geração de renda, contribuindo para recuperar a cidadania, a autonomia e a emancipação social.

A Lei Federal nº 9.867, de 11 de novembro de 1999, dispõe sobre “a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos”. Integração que é realizada por meio do trabalho, com a finalidade de inserção dessas pessoas no mercado econômico e na sociedade (BRASIL, 1999).

Em certa medida, o CAPS representa para os usuários um lugar de possibilidades, por ser um espaço que acolhe, ensina, escuta. Onde é possível desenvolver habilidades, aprender um ofício, trocar experiências, dialogar com o outro e nessa troca se fortalecer e encontrar caminhos para a reconstrução de suas vidas (DIONÍSIO e YASUI, 2012).

8.3 Cuidado em Enfermagem e Saúde

A categoria denominada de Cuidado em Enfermagem e Saúde, está relacionada a representação social dos usuários do CAPS em relação ao cotidiano do cuidado. A maneira como eles percebem esse cuidado e a visão construída a respeito do profissional enfermeiro.

Nesse contexto, foram desenvolvidas e analisadas as seguintes subcategorias: A dificuldade em perceber o papel da enfermagem no CAPS e Uma visão tecnicista do profissional enfermeiro.

8.3.1 A invisibilidade da enfermagem no CAPS

Nesta subcategoria é apresentada a dificuldade do usuário em perceber o papel/cuidado da enfermagem no CAPS, como evidencia-se pelos seguintes relatos:

Eu sei o trabalho da enfermagem no hospital, os cuidados imediatos que o enfermeiro desenvolve com o paciente, na unidade básica também, mas aqui no CAPS eu não tô conseguindo ver [...] (E 17).

[...] não lembro se tinha enfermeiro, porque a gente não tinha uma pessoa que dissesse pra gente esse aqui é o enfermeiro [...] (E 21).

Estes relatos dos usuários revelam uma dificuldade em saber dizer ao certo qual o papel que a enfermagem desempenha no CAPS. Porém, conseguem perceber o trabalho quando o lócus passa a ser o hospital e a unidade básica de saúde.

Essa invisibilidade do cuidado de enfermagem no CAPS pode estar relacionada ao fato da imagem do profissional enfermeiro estar ainda muito vinculada a prática hospitalocêntrica e com isso os usuários não conseguem perceber este profissional fora do hospital ou da Unidade Básica. Contudo, o enfermeiro é um dos responsáveis pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, devendo assumir o protagonismo de suas ações (LOPES, GARCIA e TOLEDO, 2014).

O fato do cuidado não ser percebido como um processo pelo usuário do CAPS tem suas bases históricas. O fazer profissional da enfermagem esteve centrado por muitos anos nos aspectos normativos e técnicos, o que dificulta a percepção do usuário quando esse contexto é desconstruído (MULATO, 2010). Talvez seja necessário um maior tempo de existência do serviço para se constituir uma representação social do cuidado de enfermagem.

Neste cenário parece haver uma sombra de representação do que é o enfermeiro e a enfermagem sobre o cuidado que este profissional exerce no CAPS. Atualmente, na atenção especializada, exige-se uma capacitação do enfermeiro em nível de especialização *lato sensu* em que o ensino vem apresentando dificuldades em adequar o conteúdo teórico-prático as mudanças desejáveis à realidade assistencial (SOARES, SILVEIRA e REINALDO, 2010). Essa dificuldade encontra diferentes níveis de profundidade a depender da região do Brasil.

Para a qualificação da enfermagem existem, no Brasil, os cursos de especialização nos níveis *lato* e *stricto sensu*, além do curso de saúde mental. Contudo, a região Norte ainda carece dessas formações (PINHEIRO, 1994).

Outros fatores que podem colaborar para a invisibilidade do cuidado de enfermagem, foram algumas medidas implementadas pela gestão do CAPS no início de suas atividades em 2010. Algumas dessas medidas foram a não obrigatoriedade do uso do jaleco pelo enfermeiro, não obrigatoriedade de usarem roupas de cor branca, não estar identificado na roupa o nome da sua profissão, por exemplo enfermeiro “x” e sim pelos seus próprios nomes, ou ainda serem chamados por outro termo: terapeuta de referência. Essa conduta vem de encontro a simbologia de proteção profissional que com o passar do tempo vem sendo compreendida como repelente do usuário.

Todas essas medidas tinham a finalidade de minimizar o distanciamento entre os usuários e os profissionais de saúde, quebrar o paradigma da barreira e construir a ideia de igualdade perante aos outros.

Porém, as medidas implementadas pela gestão do CAPS, infelizmente contribuíram para reforçar a dificuldade em perceber o papel da enfermagem no referido serviço, como fica evidenciado pelas seguintes falas:

Eu não vejo muito lá esse negócio de enfermagem no CAPS
[...] (E 8).

[...] eu não sei se tinha enfermeiro, mas eu acho que não tinha
não [...] (E 30).

Fica clara, nas falas dos usuários, a dificuldade em perceber o profissional enfermeiro dentro do CAPS, como também, evidenciam-se dúvidas se realmente acontecem atividades de enfermagem no serviço.

O enfermeiro que atua no CAPS Maria Ferreira de Moura, assim como os demais membros da equipe, são vistos como terapeutas de referência, sendo responsáveis por contribuírem para a elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, pela criação e planejamento das oficinas terapêuticas, pelo acolhimento do usuário, dentre outras funções. Talvez a dificuldade do usuário em perceber o papel da enfermagem seja pelo fato de o enfermeiro não desenvolver atividades que remetam à sua prática hospitalar (LOPES, GARCIA e TOLEDO, 2014).

A pesquisa de campo constatou a presença de dois profissionais enfermeiros na ocasião da inauguração do CAPS, tendo estes permanecido pelo período de um ano. Depois saíram os dois e retornaram por mais aproximadamente um ano. Na

ocasião da coleta dos dados desta pesquisa, no início de 2015, não havia nenhum enfermeiro.

Outra prática do enfermeiro nos serviços substitutivos, a qual pode justificar a dificuldade em perceber o papel da enfermagem e deste profissional, mas que se constituiu juntamente com a psiquiatria clássica (manicomial), é a que se refere às atividades burocráticas - laudos, receitas, atestados, encaminhamentos, agendamentos de consultas. A enfermagem teve papel importante no conhecimento e na organização interna do espaço asilar/hospitalar e sua ação nesse contexto se concretizou prevalentemente no campo administrativo, de forma burocrática e baseada no modelo biológico (SILVA e FONSECA, 2005).

De certa forma, o trabalho exercido pelo enfermeiro dentro do universo do CAPS, ainda está atrelado às práticas hospitalocêntricas. Não que elas não sejam importantes, mas faz-se necessária a (re) construção do olhar sobre o serviço, ampliando a compreensão sobre os fatores individuais e coletivos e suas inter-relações com as questões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas e biológicas, visando à possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos usuários em transtorno mental e a de seus familiares (KANTORSK et al., 2010).

O ensino da Enfermagem no Amazonas, foi investigado e descrito nos estudos de mestrado e posteriormente doutorado da Professora Valdelize Elvas Pinheiro em 1994. Nasce com a Fundação da hoje conhecida como Escola de Enfermagem de Manaus em 1951, tendo sido reconhecida em 1953 pelo Ministério da Educação. Para atuar nesta Instituição a época as enfermeiras que tinham formação para exercer a profissão, eram chamadas “Enfermeiras Padrão” ou “Enfermeiras Ana Nery”. Nesta época ainda carecia definições sobre as competências do Enfermeiro e os limites de atuação com os demais integrantes da equipe de Enfermagem: atendentes, auxiliares e técnicos.

A regulamentação do exercício da profissão só nasceu em 1986 com a lei 7.498/86, com a posterior criação do Código de Ética. Assim, se precisamos de tempo para criar uma representação social, maior tempo demandará este processo no contexto do Amazonas, onde o ensino da Enfermagem em nível de tradição só passou a integrar a Universidade Federal do Amazonas em 1997 (LOPES NETO, 2010).

Essa transição tardia provocou uma precarização do ensino da Enfermagem, uma vez que houve uma redução no quadro docente por aposentadorias e

sucessivas substituições por professores temporários não qualificados (PINHEIRO, 1994).

Alia-se a isto o atraso também na implementação dos dispositivos substitutivos do manicômio em Manaus, que até 2005 foi o principal e, por vezes, o único campo de estágio de ensino de saúde mental.

Em 2015, nove anos depois da implementação do 1º CAPS em Manaus, a capital conta com quatro CAPS, sendo um CAPS II, um CAPS III, um CAPS AD e um CAPS I. No Estado como um todo, existem vinte e quatro CAPS para uma população de aproximadamente três milhões de habitantes.

Por isso, há de se ter a paciência histórica para modificarmos esta representação.

Ainda que a Representação dos usuários sobre a rede não aponte um caminho linear para a rede de atenção psicossocial, o município atende parcialmente a portaria 3.088 de 2011, que institui a RAPS no âmbito do SUS. Quanto aos componentes desta rede, na atenção primária existem como pontos de atenção onze (uma em cada bairro da cidade e uma para atender a população que reside na zona rural) unidades básicas de saúde (UBS) para atender a população.

Na atenção psicossocial especializada, tem-se como ponto de atenção o CAPS, objeto deste estudo e uma policlínica com especialidades médicas como neurologista, oftalmologista, dermatologista, dentre outros.

Para o componente de urgência e emergência, tem-se o serviço de emergência móvel municipal, Unidade Hospitalar Mista* e uma unidade do Tropical em Coari.

Como serviços intersetoriais temos os Alcoólicos Anônimos, Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Ainda que o município não disponha de residências terapêuticas, e enfermarias especializadas, é possível identificar todos os componentes que compõe a RAPS com seus pontos de atenção.

Assim sendo, a cidade possui grande potencial para organizar a rede, faltando apenas fazer a ligação em rede dos serviços, capacitar os profissionais para

* Devido a especificidade regional, todos os municípios do interior do Estado do Amazonas (61) possuem uma Unidade Hospitalar Mista, ou seja, que agrega atendimentos em urgência e emergência, maternidade e setor de internação.

o desenvolvimento de ações cooperativas e implementar a referência e contra referência, para dar fluxo a esta rede que já existe, mas não está instituída enquanto processo de trabalho.

8.3.2 Uma visão tecnicista do profissional enfermeiro

Esta subcategoria se caracteriza, pela forma como o usuário vê o enfermeiro, um profissional que realiza atividades técnicas. Essa visão é evidenciada pelas seguintes falas:

Eu acho que ele era enfermeiro porque ele tirava a pressão, aplicava injeção, também pesava na balança [...] (E 6).

Eu imagino o enfermeiro cuidando de ferimento, de pessoas internadas, fazendo medicação, mas, fora isso eu não tenho outra visão [...] (E 12).

Eu acho que enfermeiro é aquele que dá o remédio, faz o curativo, troca a roupa do paciente e zela por ele [...] (E 24).

[...] é quando você tá internado no hospital e o médico passa a injeção e a enfermeira vai lá e aplica [...] (E 18).

Percebe-se pelas falas dos entrevistados, que o profissional enfermeiro é visto exercendo atividades tecnicistas e a representação do cuidado está atrelada a funções realizadas no hospital ou nas unidades básicas de saúde ou ainda em qualquer outro tipo de serviço de saúde que remeta a funções assistenciais hospitalocêntricas.

O trabalho realizado pelo enfermeiro no CAPS é interdisciplinar, pois os membros da equipe que compõe este serviço, socializam os seus papéis e funções, com a finalidade de proporcionar a redução da organização hierarquizada em prol do trabalho coletivo e igualitário. Dessa forma, o trabalho que o enfermeiro exerce no CAPS, acaba por ser diferente daquele desenvolvido dentro do contexto hospitalar, fazendo com que o usuário não tenha outra visão deste profissional (SADIGURSKY, 2002).

A visão tecnicista que o usuário tem em relação ao enfermeiro, também pode ser justificada pelo fato dele não se reconhecer como profissional apto para atuar

prestando atendimento as pessoas com transtornos mentais, reduzindo a sua própria atuação profissional ao atendimento das necessidades clínicas do usuário (ROCHA, 2005).

A dificuldade de tentar realizar a união, integração e articulação da equipe de saúde no serviço do CAPS, pode ocorrer pelo fato de cada profissional se manter em sua especificidade, isolado na realização ou no cumprimento de tarefas. E como consequência, essa dificuldade sentida pelo enfermeiro, acaba refletindo no seu trabalho (ABUHAB *et al.*, 2005).

O enfermeiro exerce inúmeras funções no que compete a enfermagem e ao usuário, e não apenas os cuidados técnicos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que representa uma necessidade dos serviços de saúde e da própria Enfermagem, e está regulamentada pela Resolução COFEN nº 358/2009, representa uma dessas funções. Em seu Art. 2, expõe sobre o Processo de Enfermagem, o qual ocorre em cinco etapas, descritos em: 1) Coleta de dados ou histórico de enfermagem, 2) Diagnóstico de enfermagem, 3) Planejamento de enfermagem, 4) Implementação e 5) Avaliação de enfermagem (RESOLUÇÃO COFEN nº 358, 2009).

A SAE, portanto, é um processo realizado pelo enfermeiro, e entra em consonância com seu papel profissional, devendo assim ser cumprido dentro dos serviços de saúde que realizem as atividades de enfermagem. Embora a SAE, esteja para dar ao trabalho do enfermeiro uma visão sistematizada do cuidado que este realiza em relação ao usuário, este ainda não tem demonstrado impacto sobre o cuidado desenvolvido pela enfermagem no cotidiano do cuidado no CAPS.

Embora o enfermeiro seja visto de maneira tecnicista pelo usuário, a legislação brasileira, na Lei Federal nº 7.489, de 25 de junho de 1986, decreta que a Enfermagem deverá ser exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitando os devidos graus de certificação, fazendo referência as atividades que estes profissionais devem fazer (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

O Art. 11 da referida Lei, expõe todas as atividades de enfermagem que devem ser exercidas pelo Enfermeiro e classifica o que lhe compete de forma privativa como descrito a seguir:

Funções privativas do Enfermeiro: 1) Direção do órgão de enfermagem; 2) Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas;

3) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; 4) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; 5) Consulta de enfermagem; 6) Prescrição da assistência em enfermagem; 7) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e 8) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Essas funções estabelecidas pela legislação servem para assegurar as atividades dos enfermeiros e dar visibilidade ao seu papel dentro dos serviços de saúde, tanto público quanto privado. Ainda assim, perguntamos o que falta para o enfermeiro delimitar seu papel no cotidiano do cuidado no CAPS?

No entanto, apesar de vários relatos caracterizando o profissional enfermeiro dentro de um contexto mecanicista, com práticas marcadas pela presença hospitalocêntrica, foi possível perceber um relato que evidencia o contrário:

Tem gente que acha que o enfermeiro só serve pra aplicar injeção, fazer curativo, dar remédio. Mas, eu acho que ele vai muito além disso [...], é ele que comanda o serviço no CAPS [...] (E 15).

De certa forma, o profissional enfermeiro consegue mostrar seu trabalho dentro do serviço ao qual está inserido, mesmo sendo no CAPS, um serviço substitutivo, com características e propostas diferentes de tratamento se comparadas as práticas hospitalares tradicionais. Sendo assim, o relato do usuário E 15, reforça o fazer enfermeiro, e a importância deste profissional dentro do serviço.

A Representação Social do cotidiano do cuidado de Enfermagem também se evidenciou contrária por um sujeito no universo de trinta entrevistas, onde os elementos relacionados a este cuidado vão para além de aplicar injeção, fazer curativo e dar remédio, ficando claro que reconhece a característica de comando ou de gestão do serviço.

Contudo, observa-se que a representação do cuidado de enfermagem esbarra na dificuldade que o usuário tem de perceber esse profissional na equipe e definir que cuidados esse desenvolve. Sem isso também é invisível o impacto do trabalho da enfermagem no CAPS.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar analisar a representação social do usuário de um CAPS no interior do Amazonas, sobre o cotidiano do cuidado em enfermagem e saúde, diferentes olhares acerca desse cuidado foram encontrados, o que nos proporcionou a (re) construção de caminhos que pudessem ajudar a entender o cuidado no cotidiano onde ele acontece.

A escuta dos entrevistados ao longo da pesquisa, nos permitiu caracterizar os caminhos de cuidado sob a ótica dos usuários, como: O percurso terapêutico, Estrutura do serviço e Cuidado em enfermagem e saúde.

Dos resultados da pesquisa na primeira categoria denominada, **o percurso terapêutico**, nos levam a concluir que os serviços que compõe a rede de atenção psicossocial – RAPS, apesar de existirem no município, não estão, seguramente entrelaçados em rede. A ESF constitui-se o centro da rede onde a inserção social e a reabilitação como cidadão, da pessoa com transtorno mental, enquanto cidadão deveria ser o objetivo a ser perseguido. No entanto a falta de amarra na rede, bem como a capacitação profissional ainda são empecilhos que marcam esse percurso, pois a representação do cuidado se confunde e interdepende da representação da doença, que por muitas vezes, ainda é cercada de estigmas.

É válido destacar a necessidade de cursos e capacitações para os profissionais que atuam na área da saúde mental, para que não ocorra a fragmentação do cuidado destinado ao usuário; além de enfatizar que os serviços de saúde precisam dialogar entre si e isso pode ser feito através de encontros sistemáticos, para que as dificuldades possam ser elencadas e discutidas entre os profissionais dos serviços e os especialistas do CAPS, concretizando a já prevista referência e contra referência no cotidiano do cuidado em enfermagem e saúde.

Na segunda categoria denominada **estrutura do serviço**, questões relacionadas a administração do município estão ligadas a estrutura física, técnica profissional do CAPS, pois o apoio que o governo destina a manutenção do serviço, ainda é insuficiente, o que precariza o atendimento aos usuários que o procuram.

É importante a priorização das esferas do poder público municipal, no que se refere a saúde mental. Questões como uma sede própria para o CAPS, podem significar o fortalecimento da ideia de referencia, de segurança e de um lugar acolhedor. A infra estrutura física e de recursos humanos suficientes para atender a demanda e proporcionar um atendimento de qualidade a pessoa com transtorno

mental é de fundamental importância. Com essas possibilidades de melhora no serviço, conseqüentemente os usuários, os profissionais, e a população em geral serão beneficiados.

Na terceira categoria denominada **cuidado em enfermagem**, concluímos que a dificuldade em perceber o papel da enfermagem no CAPS e a visão tecnicista que o usuário tem em relação ao enfermeiro, é decorrente da prática hospitalocêntrica marcante aos olhos desses usuários, impedindo-os de perceber que o enfermeiro além dessas práticas, também tem a função de acolhimento, de planejamento e execução do projeto terapêutico singular onde desenvolve a relação terapêutica individual, em grupo, social e de educação, visando a independência, a autonomia e a cidadania do ser usuário de saúde mental.

Além disto, o projeto de implantação do CAPS precisa estar acessível no serviço a qualquer pessoa, pois nesse documento encontra-se as normas e rotinas do serviço. Isto facilitaria a divulgação do trabalho que é realizado no Centro, tanto pelos profissionais que lá atuam como pelos próprios usuários que usufruem do serviço. Além de proporcionar o controle social pelo usuário do serviço.

Outra consideração diz respeito a formação do enfermeiro tanto generalista quanto especialista para atuação no campo da saúde mental, preparando-os para agir não somente em sua área de atuação específica, mas, também, fundamentá-los com conhecimentos provenientes do campo de práticas coletivas, oferecendo-lhes instrumentos que possibilitem a superação de uma praxis que tem se espelhado em um cuidado dicotomizado entre corpo, mente e saúde.

Acreditamos que a pesquisa possibilitou a compreensão de alguns aspectos que compõe a representação social do usuário em relação ao cuidado em enfermagem e saúde. A importância disto, acreditamos estar no entendimento do contexto do usuário e de suas demandas.

10 RECOMENDAÇÕES

Como futuras possibilidades, sugere-se:

- Buscar o diálogo para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e os Serviços Residenciais, a partir dos componentes e os pontos de atenção da rede de saúde existente no município;
- Campanhas publicitárias que demonstrem que os desequilíbrios psíquicos são inerentes ao viver, em como tal, possíveis de ser acolhidos na atenção básica;
- Criar um programa de educação permanente para os profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Criar um projeto institucional do CAPS que contemple o processo de trabalho da equipe, de acesso público, onde conste as normas e rotinas do serviço. Viabilizando assim o controle social. Quando um serviço permite que a população o “fiscalize”, estimula e aciona a força do social, sendo essa fundamental para a melhoria do serviço;
- Educação continuada para os trabalhadores de toda a rede de saúde, de modo que o início das desarmonias possam ser identificadas e trabalhadas desde a prevenção pela atenção básica, evitando o agravamento, cronificação e custos de toda ordem, tanto para o usuário como para o serviço público de saúde;
- Efetivar a referência e contra referência como prática de cuidado cotidiano;
- Implantar junto a Secretaria de Saúde ações de cuidado com o cuidador, que viabilize melhor qualidade de vida no trabalho;

- Trabalhos em escolas para educar os futuros cidadãos sobre a necessidade de equilibrar o viver entre atividades de esporte, lazer e trabalho. Educação das emoções desde a relação com figuras de autoridade, relações amorosas que geralmente iniciam na escola e geram muitas desordens na vida;
- Criar referenciais teóricos que subsidiem o ensino e a formação dos futuros profissionais de enfermagem, a partir de experiências exitosas na atenção a saúde mental. Além do estímulo que a academia deve dar para que modos inovadores sejam desenvolvidos e implementados nesta área.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, D.; SANTOS, A. B. A. P.; MESSENERG, C. B.; FONSECA, R. M. G. S.; ARANHA e SILVA, A. L. O Trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev Gaúch Enferm.** v. 26, n. 3, p. 369-80, 2005.

ABRIC, J. C. "A abordagem estrutural das representações sociais". In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

_____. "A abordagem estrutural das representações sociais". In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 1998.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v. 1, n. 1, p. 18-43, jan./jun. 2008.

AMARANTE, P. (Coord). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

_____; OLIVEIRA, W. A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectiva de integração. **Dynamis Revista Tecnocientífica**, Blumenau, v. 12, n. 47, Edição Especial Atenção psicossocial na Atenção básica 2, p. 6-21, abr.-jun. 2004.

_____; FREITAS, F.; NABUCO, E. S.; PANDE, M. R. "Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território". In: AMARANTE, P.; NOCAN, F. (Orgs.). **Saúde mental e arte**: práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodonj, 2012. p. 23-38.

ARAÚJO, M. C. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. **Revista Hospitalidade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 98-119, jul./dez. 2008.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Gral, 1985.

BECKER, S. G. **Cuidar de si, cuidando do outro, ampliando a consciência do eu**. 2004. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5210/000422890.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

BECKER, S. G. **O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores.** 2012. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://www.Tede.ufsc.br/teses/PNFR0759-T.pdf>>. Acesso em: 3 de setembro de 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos conselhos federal e regionais de enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 302, de 16 de março de 2005. Baixa normas para anotação da responsabilidade técnica de enfermeiro (a), em virtude de chefia de serviço de enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3022005_4337.html>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. Constituição Federal Brasileira de 1988. Título VIII – Da Ordem Social. Capítulo II – Da Seguridade Social. Seção II – Da Saúde. Artigo 196.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

_____. **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. **Lei Federal nº 9.867, de 11 de setembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando a integração**

social dos cidadãos, conforme especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. **Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/LEI-10708-31-JULHO-2003.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de CAPS e a equipe mínima.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l1-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o financiamento dos CAPS – custeio.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l1-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento:** orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília, 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, M. A. A. “A ética do sofrimento humano”. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. S. (Orgs.). **Ética e saúde mental.** Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 11-25.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estudo da arte da produção científica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CAMPOS, G. W. S. et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out. 2014.

CARVALHO, M. B. "Exame psíquico". In: CARVALHO, M. B. **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012. p. 43-68.

CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan./abr. 2006.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo/USP, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012.

COLOMBAROLLI, M. S.; ALVES, A. C. A.; SOARES, A. C.; SOUZA, J. C. P.; VESLAQUEZ, M. V.; KATSURAYAMA, M. Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 12, n. 3, p. 22-33, 2010.

COSTA, C. A. N.; CALETTI, G.; GOMEZ, R. Aumento de peso pelo uso crônico de antidepressivos entre pacientes institucionalizados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre. **Ciência em Movimento** | Ano XIII | Nº 27 | 2011.

DIONÍSIO, G. H.; YASUI, S. "Oficinas expressivas, estética e invenção". In: AMARANTE, P.; NOCAN, F. (Orgs). **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 53-65.

DURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970.

ESCUDEIRO, C. L.; SILVA, I. C. M. **Adoçando o fel do pesquisar: a doce descoberta das representações sociais**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1997.

FARR, R. M. "Representações sociais: a teoria e sua história". In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 27-52.

FATOS e dados: 25 anos de Petrobras na Amazônia, 2011. Disponível em: <<http://fatosedados.blogspotrobras.com.br/2011/10/20/25-anos-de-petrobras-na-amazonia/>>. Acesso em: 15 de abril de 2014.

FERREIRA, M. A. As correntes teóricas e práticas das dimensões do cuidar na infância: abordagem introdutória ao tema. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, v. 6, supl. 1, p. 75-78, 2002.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; PORTO, I. S. Dama de Negro x Dama de Branco: o cuidado na fronteira vida/morte. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 139-149, out. 1995.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L.; GOMES, A. M. T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, jan./mar. 2012.

_____; OLIVEIRA, D. C. Representações do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, mar./apr. 2010.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Tradução de Salma Tannus Muchail. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GUARESCHI, P. A. "Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais". In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 153-172.

HECK, R. M.; BIELEMANN, V. L. M.; CEOLIN, T.; KANTORSKI, L. P.; WILHICH, J. Q.; CHIAVAGATTI, F. G. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto e Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, out./dez. 2008.

HIDALGO, C.; ABARCA, M. Comunicacion interpersonal: programa de entrenamiento em habilidades sociales. 5 ed. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2000.

HUMEREZ, D. C. "Transtornos do pensamento e assistência de enfermagem". In: CARVALHO, M. B. **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012. p. 69-89.

_____; CAVALCANTE, M. B. G. "Avaliação das condições emocionais e mentais do paciente na clínica". In: de BARROS, A. L. B.; et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 69-81.

IBGE. **Cidades@**: Amazonas: Coari, 2014a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=130120>>. Acesso em: 13 de abril de 2014.

IBGE. **Cidades@**: Amazonas: Coari: infográficos: históricos. 2014b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=130120&se arch=amazonas|coari|infograficos:-historico>>. Acesso em: 13 de abril de 2014.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. “Representações sociais: um domínio em expansão”. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; DEMARCO, D. A.; ESLABÃO, A. D.; NUNES, C. K.; GUEDES, A. C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Revista Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 4-13, jan./mar. 2011.

_____; HYPOLITO, A. M.; WILLRICH, J. Q.; MEIRELLES, M. C. P. A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial. **Reme**, v. 14, n. 3, ISSN (on-line): 2316-9389, ago. 2010.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. “Saúde mental e saúde da família”. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Hucitec, 2006.

LEME, M. A. S. V. “O impacto da teoria das representações sociais”. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento do cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LIMA, L. B.; BECKER, S. G. **Esquema gráfico das categorias de análise**. Manaus, 2015. Desenho técnico.

_____. **Distribuição das características dos usuários do CAPS, participantes do estudo**. Coari – 2015. Desenho técnico.

LOPES NETO, D.; SILVA, M. S. Os diretores da Escola de Enfermagem de Manaus (1949 a 2007). Hist. enferm., **Rev. eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 139-149, 2010.

LOPES, P. F.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Rene.**, v. 15, n. 5, p. 780-788, set./out. 2014.

Mapa da América do Sul. GOOGLE Maps. Disponível em: < <https://www.google.com.br/maps/place/Coari,+AM/@-4.0944681,-63.1533652,5z/data=!4m2!3m1!1s0x921668f208db13b5:0xc590904fed2327d5?hl=pt-BR>>. Acesso em: 13 de outubro de 2015.

MAFFESOLI, M. A terra fértil do cotidiano. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 36, p. 5-9, ago. 2008.

MARCOLAN, J. F.; CASTRO, R. C. B. R. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica**: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MERINO, M. F. G. L.; MARCON, S. S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [online], v. 60, n. 6, p. 651-658, ISSN 1984-0446, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MULATO, S. C. Enfermagem tradicional, atual e do futuro: a visão de docentes de enfermagem. **Rev. Enferm.**, UERJ, v. 18, n. 4, p. 572-577, 2010.

NITSCHKE, R. G. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos**: a descoberta dos laços de afeto como caminho. 1999. 462 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

OLIVEIRA, A. G. B. "Entrevista inicial e exame psíquico". In: MARCOLAN, J. F.; CASTRO; R. C. B. R. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica**: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 3-18.

OLIVEIRA, W. **A importância da terminologia no campo da saúde mental**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010.

OLSCHOWSKY, A.; LAVALL, E.; CAMATTA, M. W. "Família e o cuidado em saúde mental". In: MARCOLAN, J. F.; CASTRO; R. C. B. R. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica**: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 299-316.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; 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. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p.1053-1062, mai. 2006.

PATRIOTA, L. M. Teoria das representações sociais: contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço Social em Revista**, v. 10, n. 1, ISSN 1679-1842, jul./dez. 2007.

PEREIRA, W. A comunicação e a cultura no cotidiano. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 32, p. 66-70, abr. 2007.

PERRUSI, A. **Imagem da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, 1995.

PINHEIRO, V. E. **O ensino da assistência psicológica no curso de graduação em enfermagem**. Ribeirão Preto, 1994. 113 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PITTA, A. M. F. **Avaliar CAPS: Avaliação da qualidade do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial nos Estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe, no Nordeste do Brasil.** Universidade Católica do Salvador – UCSal, 2014. 93 p.

REDE HUMANIZA SUS, 2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/11876-melhores-acoes-em-saude-mental>>. Acesso em: 20 de setembro de 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enfermagem.** v. 14, n. 3, p. 1-12, 2005.

ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa.** Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados.** Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F. F.; SPRICIGO, J. S. Associação dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: desvelando sua significação. **Texto Contexto e Enfermagem,** Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 240-245, abr./jun. 2006.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia,** v. 8, n. 1, p. 117-125, 2003.

SADIGURSKY, D. A Enfermeira na Equipe Transdisciplinar de Saúde Mental. **Rev Baiana Enferm.** v. 17, n. 3, p. 45-53, 2002.

SANTOS, N. A.; ROMAGNOLI, R. C. Quando a invenção pede passagem: ritmo e corpo nas oficinas de teatro do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Noroeste de Belo Horizonte. **Mental,** Barbacena, v. 10, n. 18, jun. 2012. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272012000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 dez. 2015.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90,** Porto Alegre, n. 13, p. 128-133, jul. 2000.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia,** v. 14, n. 1, p. 59-67, jan./abr. 2009.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latinoam Enferm.** v. 13, n. 3, p. 441-449, 2005.

SILVA, J. A. P. A teoria das representações sociais na pesquisa interdisciplinar. **Revista de Ciências Humanas,** Florianópolis, v. 44, n. 2, p. 537-541, out. 2010.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto Contexto e Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2004.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 607-611, jul./set. 2012.

SILVA, T. J. F.; ALENCAR, M. L. O. A. Invenção e endereçamento na oficina terapêutica em um centro de atenção diária. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142009000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 dez. 2015.

SILVA, P. L. B. **O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde na década de 70.** Cad FUNDAP. 1983. v.3, p. 27-50.

SOARES, A. N.; SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A. M. S. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. **Rev. Rene.**, v. 11, n. 3, p. 47-56, 2010.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto e Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

SOUZA, L. C. S. L. **O cotidiano de cuidado de enfermagem a família: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias na hospitalização materno-infantil.** 2008. 277 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

TURATO; E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011.

WAGNER, W. "Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais". In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais.** 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 119-149.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas: 1995.

WIKIPÉDIA. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Caminho_das_Índias>. Acesso em 15 de dezembro de 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
AMPLA COM A UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ**



ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Me conte a sua história até chegar no CAPS?
2. O que mudou com a implantação do CAPS?
3. Como você chegou no CAPS?
4. Como era o serviço (estrutura/equipe) naquela época?
5. Descreva as ações que realizaram e realizam com você ao longo do tempo. Na equipe, quem faz o quê?
6. Tinha enfermeiro? Como ele cuidava?
7. Para você, como é o trabalho da enfermagem?
8. Como você foi tratado (cuidado) naquela época?
9. Chegou a fazer algum tratamento para esse problema fora de Coari ou procurou alguma benzedeira?
10. E hoje em dia, o cuidado é diferente? O que mudou?
11. Na sua avaliação a mudança foi positiva ou negativa? Porque?
12. Como você percebe a sua condição de saúde hoje?
13. O que você pensa sobre cuidado de enfermagem?
14. O que você pensa sobre o cuidado de saúde?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO AMPLA
COM A UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

convidamos o (a) sr (a) para participar da pesquisa **O cotidiano programático e institucional em um centro de atenção psicossocial: elementos representacionais acerca do cuidado de enfermagem na perspectiva de usuários do serviço**, sob a responsabilidade da pesquisadora Enf^a Dr^a Sandra Greice Becker e da mestranda Luciana Barros de Lima, a qual pretende Analisar a representação social de usuários do Centro de Atenção Psicossocial acerca do cuidado em enfermagem e saúde.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista individual gravada, e anotações e observações minhas, a respeito das perguntas que eu irei fazer. A entrevista será marcada conforme sua disponibilidade de dia, horário e local.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são considerados mínimos, do tipo psicoemocional ou de constrangimento, pela possibilidade de você ter alguma lembrança, sentimento ou emoções desagradáveis relacionadas ao estudo. Se isso ocorrer, fica assegurado que estaremos à disposição para oferecer-lhe os cuidados necessários e esclarecer qualquer dúvida que possa surgir em relação a pesquisa.

Como benefícios, se você aceitar participar da pesquisa, o estudo dará visibilidade ao trabalho da enfermagem na perspectiva dos usuários do CAPS. Esperamos por meio dos resultados contribuir com propostas de melhores práticas no processo de cuidar executado pelos profissionais de enfermagem com as pessoas que são atendidas no CAPS.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Teresina, n. 495, Adrianópolis, Manaus-AM, pelo telefone (92) 3305-5100, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, n. 495, Adrianópolis, Manaus – AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós – Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data



Assinatura da mestranda

Impressão do dedo polegar
(caso não saiba assinar)

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O COTIDIANO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL, que integra os estudos em nível de mestrado da enfermeira Luciana Barros de Lima, sob a orientação da Profª Enfª Drª Sandra Greice Becker, no curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação Ampla com a Universidade Estadual do Pará.

Coari - AM, 30 de agosto de 2014.

Ala

[Handwritten signature]
 WALTER DA SILVA
 Secretário Municipal de Saúde
 Coari - AM
 11 de Junho de 2014
 Art. 11 § 2 da Lei 404/2003

ANEXO B – PARECER DO CEP

PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº 36934714.3.0000.5020, intitulado: **“REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O COTIDIANO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL”**, tendo como Pesquisadora Responsável Sandra Greice Becker.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 22 de dezembro de 2014.


Profª. MSc. Eliana Maria Pereira da Fonseca
Coordenadora CEP/UFAM

ANEXO C - OFÍCIO



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Escola de Enfermagem de Manaus
Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UEPA/UFAM
Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem



Of. nº009/2015 - PPGENF/EEM/UFAM

Manaus, 21 de janeiro de 2015.

A

Dra Mara Helena Borges

Diretora do Centro de Atenção Psicossocial Maria Ferreira de Moura.
Coari /AM

Assunto: Apresentação da mestranda Luciana Lima – PPGENF UEPA/UFAM.



Prezada diretora,

Ao cumprimentá-la apresento a mestranda Luciana Barros de Lima, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, no curso de Mestrado em Enfermagem em Associação Ampla com a Universidade Estadual do Pará – PPGENF/UEPA/UFAM.

A mestranda está desenvolvendo a proposta de dissertação com título: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O COTIDIANO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.

Esta pesquisa obteve anuência do Secretário de Saúde do município, bem como aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, registrada sobre o número CAE 36934714300005020 e, tem como orientadora a Dra Sandra Greice Becker, vinculada a Universidade Federal do Amazonas. Nesta, solicitamos vossa colaboração para a fase de coleta de dados, que se dará no período de fevereiro a março de 2015.

Na oportunidade, reafirmamos nosso compromisso de apresentação dos resultados no CAPS/Coari, após apreciação pela banca avaliadora e, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos pelos fones: (92) 982 71 15 43 – orientadora Sandra Becker. ; (92) 981 66 8534 – Mestranda Luciana Lima

Atenciosamente,

Sandra Greice Becker
Dra. Sandra Greice Becker

Coordenadora de Atividades IES/UFAM
Mestrado Acadêmico em Enfermagem-Associado UEPA/UFAM.

Recbi
02/01/15
Mestranda Luciana
Atividade Social
CROSS 47111AM

Teresina, 495, Adrianópolis – Manaus/AM CEP 69057-070.
Celular: 99114-5386 E-mail: ppgenf@ufam.edu.br

2901/2015 18 12