

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: NARRATIVAS DE USUÁRIOS DE FORTALEZA/CE

*Humanization of Care in the Psychosocial Care Network: Narratives of Users from
Fortaleza-Ceará, Brazil*

Daiana de Jesus Moreira ¹
Maria Lúcia Magalhães Bosi ²

Artigo encaminhado: 17/03/2021
Artigo aceito para publicação: 05/02/2022

RESUMO: Este artigo objetiva compreender, com base em narrativas de usuários, como se revela a qualidade do cuidado, na dimensão da humanização, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de pesquisa qualitativa crítico-interpretativa, desenvolvida por meio de análise de prontuários, observação sistemática e entrevistas narrativas com usuários (e seus familiares) em três serviços da RAPS de Fortaleza-CE. Os resultados apontaram a possibilidade de materializar a humanização no cotidiano da produção do cuidado, mediante práticas de acolhimento, ambiência, permissão de acompanhante, uso correto da medicação, relações afetivas e pequenos gestos. Conclui-se que somente uma rede pautada pela qualidade do cuidado, incluindo a dimensão intersubjetiva inerente à humanização do cuidado, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade, promoção de autonomia e de cidadania às pessoas com sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Qualidade do cuidado. Cuidado humanizado. Saúde mental. Inovação.

ABSTRAC: This article aims to understand, based on the narratives of users, how the quality of care is revealed, in the humanization dimension, in the Psychosocial Care Network (RAPS). It is a qualitative critical-interpretative research, developed through the analysis of medical records, systematic observation, and narrative interviews with users (and their families) in three services of RAPS of Fortaleza-CE. The results pointed to the possibility of materializing humanization in the production of daily care, through welcoming practices, ambience, companion permission, correct use of medication, affective relationships, and small gestures. It is concluded that a network based

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. E-mail: daianadjm@hotmail.com

² Doutora em Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará. E-mail: malubosi@ufc.br

on the quality of care, including the intersubjective dimension inherent to the humanization of care, is needed in order to cope with the complexity of the demands of autonomy and citizenship to people with psychological suffering.

Keywords: Health care quality. Humanized care. Mental health. Inovação.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo compreender, com base em narrativas de usuários, como se revela a qualidade do cuidado, na dimensão da humanização, na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza, em interface com um modelo analítico de inovação em saúde mental, proposto por Bosi et al (2011).

Refletir e propor a qualidade do cuidado em saúde mental justifica-se nos níveis social, institucional e científico (CAMPOS, 2015). No nível social é alarmante a quantidade de pessoas com distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, esse número crescerá progressivamente, gerando um custo substancial econômico e em sofrimento humano e incapacidades.

O Mental Health Atlas 2017 (WHO, 2018) aponta que nos últimos anos tem havido um reconhecimento crescente do importante papel que a saúde mental desempenha na consecução das metas de desenvolvimento global, ilustrado pela inclusão desta nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Contudo, apesar do progresso em alguns países, as pessoas com problemas de saúde mental frequentemente não dispõem de acesso e qualidade de cuidados de saúde mental, sofrem graves violações dos direitos humanos, discriminação e estigma (WHO, 2019).

É necessário um maior investimento para a conscientização da saúde mental como prioridade na atenção, em todos os níveis, com vistas a: aumentar a compreensão e reduzir o estigma; incentivar esforços para facilitar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade e eficaz; e pesquisas para identificar novos dispositivos de cuidado, melhorar os existentes e ampliar os saberes voltados a essa esfera da saúde.

Do ponto de vista institucional, em 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a operar sob a lógica de Redes de Atenção à Saúde, e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como uma das redes

prioritárias (BRASIL, 2012). Contudo, a construção de redes de atenção para os usuários com sofrimento psíquico não é tarefa simples; implica uma complexa trama tecida entre diferentes serviços e estratégias de saúde. A qualidade do cuidado para a constituição dessa modalidade de rede é fundamental para a ampliação e qualificação do acesso e do atendimento a essa população (TEDESCO; SOUZA, 2009).

Na área da saúde mental, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações. A reorientação da assistência avançou de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar considerando as perspectivas da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e do movimento de Reabilitação Psicossocial. Este arcabouço de mudanças nos planos conceitual e das práticas tem criado novas concepções e construção de tecnologias de cuidado inovadora sem saúde mental, implicando na estruturação de uma rede de serviços e cuidados envolvendo usuários, familiares, trabalhadores e comunidade.

No plano da produção do conhecimento, Moreira e Bosi (2019) constataram lacunas nos planos regional, nacional e internacional, no que concerne à literatura científica sobre a RAPS. Pesquisas que se orientam pelo enfoque qualitativo na avaliação da qualidade do cuidado na dimensão da humanização ainda são raras, constatando-se clara hegemonia de pesquisas avaliativas com métodos quantitativos.

Bosi et al (2011) em seu modelo de inovação, envolvendo as dimensões epistêmica, ético-política e ecológica, que devem ser contempladas conjuntamente, para que se tenha uma “inovação” efetiva, destacam que os avanços no campo da saúde mental apontam a exigência de construção de práticas que contemple essas dimensões e não sejam apenas “novidades”. Que sejam inovadoras no sentido da desinstitucionalização e da inclusão social, pautadas por novos horizontes éticos, materializados em uma rede de saúde mental centrada no território. Rede, esta, marcada pela defesa de um modo mais humanizado de cuidado, menos excludente, e pelo reconhecimento dos determinantes bio-psico-socioculturais do processo de adoecimento, em que a saúde passa a ser considerada um processo em que o sujeito se atualiza com o mundo, construindo e atribuindo significados.

Nesse contexto, no que concerne ao termo qualidade, este pode ser tomado como desfecho de avaliação de programas de saúde. Em outras palavras, qualidade do cuidado, em sua acepção subjetiva, qualitativa, é resultado. Há que se contemplar, portanto, não somente o plano formal, estrutural, “objetivo”, mas a produção subjetiva que a ele se vincula. Nesse sentido, no que concerne à qualidade como conceito e ideia força, Bosi e Uchimura (2006) destacam dois aspectos: a multidimensionalidade intrínseca, que implica a diversidade de abordagens e combinações metodológicas da qualidade, e a multidimensionalidade extrínseca, que se refere à variação da qualidade de acordo com a posição ou interesse de grupos ou atores sociais. Ante o exposto, e considerando o ideário das reformas sanitária e psiquiátrica, elegemos a humanização enquanto dimensão que desvela a qualidade do cuidado, em sua dimensão qualitativa, relacional.

Definimos aqui o termo humanização como um movimento constitutivo do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações dos diversos atores que compõem a rede de saúde. Sob vários olhares, a Humanização pode ser compreendida como: princípio de conduta de base humanista e ética; movimento contra a violência institucional na área da Saúde; política pública para a atenção e gestão no SUS a partir da criação da Política Nacional de Humanização (PNH); metodologia auxiliar para a gestão participativa; e tecnologia do cuidado na assistência à saúde (RIOS, 2009). Consoante Bosi e Uchimura (2006, p 99) a humanização se refere “Ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui referidas ao campo da saúde e, mais especificamente, ao plano dos programas no setor, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação”.

No campo da saúde mental, o termo humanização oferece dois sentidos mais específicos que se complementam. O primeiro refere-se à humanização como eliminação da violência decorrente dos maus-tratos sofridos por pacientes internados em hospitais psiquiátricos e manicômios. Este conceito embasa as lutas pelos direitos humanos e as ideias iniciais da Reforma Psiquiátrica. O segundo sentido relaciona-se à capacidade de ofertar um atendimento de qualidade articulado com as tecnologias comunicacionais e relacionais. Caprara, Lins e Franco (2006) entendem humanização como

um tipo de interação do cuidador com o usuário em que haja uma comunicação mais aberta, a fim de favorecer melhor qualidade da assistência prestada. Complementando esse eixo, Trad (2006) acrescenta ser necessário reconhecer as necessidades dos usuários através da tríade acolhimento, vínculo e autonomia, onde o encontro entre trabalhador de saúde e usuário deve focalizar o uso das tecnologias leves.

Em linha com essas concepções, Rios (2009) reconhece a estreita interface da humanização com o âmbito das subjetividades, instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Fortaleza, capital do Ceará, região Nordeste do Brasil. Trata-se de uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo de pesquisa social em saúde, voltada à compreensão de experiências subjetivas de usuários, objeto que escapa à quantificação e às representações numéricas (BOSI, 2012).

Selecionamos como cenário do estudo três dispositivos que compõem a RAPS: o CAPS Geral (do tipo II); leitos psiquiátricos em hospital geral, o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC); e um hospital psiquiátrico Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), único hospital psiquiátrico público estadual e central reguladora de leitos psiquiátricos da rede de saúde nesse município. Neste último dispositivo, acessamos os participantes das unidades de internação feminina, Hospital-Dia e o Serviço de Pronto Atendimento.

Os participantes da pesquisa são usuários (e/ou seus familiares) convidados conforme disponibilidade no momento da pesquisa, nos espaços das instituições. Foram entrevistados cinco usuários do HUWC, 12 do HSMM e 10 do CAPS. A opção por entrevistar estes sujeitos deve-se ao objetivo do estudo, voltado a compreender, mediante o material discursivo dos mesmos,

submetido ao exercício crítico reflexivo, a produção e a qualidade do cuidado em saúde mental, na perspectiva desses segmentos (PINHEIRO, MARTINS, 2009)

No que tange à caracterização dos entrevistados, dos cinco usuários entrevistados do HUWC três são do sexo feminino com idades variando entre 22 e 70 anos; com distintos diagnósticos recebidos há mais de 10 anos; a maioria possui renda mensal igual a um salário-mínimo; todos já foram internados em hospitais psiquiátricos, além de outros tratamentos.

Quanto aos entrevistados do HSMM, sete são do sexo feminino e cinco do sexo masculino; média de 35 anos de idade; a maioria desempregada; os diagnósticos: psicose puerperal, transtorno bipolar e esquizofrenia; a maioria já foi internada outras vezes em hospitais psiquiátricos. Apenas uma usuária entrevistada estava no serviço pela primeira vez.

Quanto aos entrevistados do CAPS, cinco são do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idades variando entre 21 e 65 anos. Os diagnósticos mais frequentes são: transtorno bipolar, depressão e esquizofrenia. Apenas três não haviam sido ainda internados em hospitais psiquiátricos.

Destacamos que não estavam registrados nos prontuários de alguns dos 27 pacientes dados sobre renda, núcleo familiar e tempo de diagnóstico, dificultando uma visão de conjunto destes aspectos.

Para a obtenção das informações, valemo-nos dos prontuários dos usuários, entrevistas e observação sistemática, buscando realizar uma triangulação metodológica, para captar tanto as dimensões estruturais como as dimensões relacionadas à produção subjetiva dos atores envolvidos (BOSI; MERCADO, 2007). Quanto ao fechamento amostral, adotamos o critério de saturação teórica (FONTANELLA; MAGDALENO JÚNIOR, 2012).

O material empírico (discursivo) registrado em áudio foi transcrito pelas próprias pesquisadoras e submetido a leituras transversal e horizontal, de maneira a, na perspectiva crítico-interpretativa adotada (GADAMER, 2008), permitir a apreensão do sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais emergentes nas narrativas. Após a transcrição o material discursivo foi submetido ao procedimento de categorização, mediante o qual articulamos o material empírico ao quadro conceitual

(categorias), expressando a multidimensionalidade da macro categoria “Humanização”.

Ao nos referirmos a um ato interpretativo, que é também “crítico”, ambicionamos compreender os sentidos das experiências dos usuários repondo a subjetividade na concretude da existência, a que a produção simbólica se vincula, desvelando “fontes de compreensão que tornam patentes relações de sentido insuspeitadas” (GADAMER, 2008, p. 446).

A realização desta pesquisa obedeceu à resolução nº 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016), atendendo todas as exigências éticas e científicas preconizadas, bem como a livre e esclarecida anuência dos participantes e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) designado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse tópico, apresentamos experiências de cuidado e avanço da humanização em sua dimensão qualitativa e relacional nos serviços investigados. De modo a facilitar a exibição dos resultados e manter o anonimato, as instituições pesquisadas e os usuários aparecem em termos de códigos. Os usuários do HUWC são chamados, respectivamente, por HUWC1, HUWC2 ... HUWC5. Os usuários do HSMM são nomeados por HSMM 1, HSMM 2, e assim por diante, até o HSMM12. Os usuários do CAPS receberam os códigos CAPS1, CAPS2, progressivamente, até o CAPS10.

A humanização, no sentido já demarcado, foi um aspecto reverenciado frequentemente pelos usuários dos três serviços quando se trata de suas percepções acerca da qualidade do atendimento. A dimensão acolhimento foi um dos aspectos mais evocados, compreendendo o cuidado ofertado pelos profissionais nos distintos espaços.

Entendemos por acolhimento um dispositivo que acontece nos micro espaços das relações (ROMANINI et al, 2017) nos diferentes momentos do trabalho de um serviço de saúde, apresentando-se como uma etapa do processo de cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). O acolhimento, como dimensão da humanização, é reconhecido pelos usuários como atitude de respeito, escuta e olhar do profissional que os recebe e atende.

Coerentemente com a concepção de saúde que engloba a dimensão psicoafetiva, os usuários esperam dos serviços muito mais do que um conjunto de cuidados dirigidos a um corpo biológico. Os serviços de saúde parecem cumprir muitas funções e a relação profissional-paciente sobressai como o elemento mais destacado no julgamento da qualidade do atendimento (BOSI, AFONSO, 1998)

É bom, tem comida, tem banho, as pessoas pra conversar, tem a visita que chega (HSMM1).

Durante o momento das entrevistas, era comum médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem entrarem no leito para checar o estado de saúde, administrar medicação e alegrou-me ver que todos foram comunicados e solicitados a permissão para a conduta médica e de enfermagem a ser executada. Exemplo disso, uma usuária não queria pôr a sonda naquele momento e foi acatada, quando em outras épocas aos pacientes psiquiátricos eram impostos “terapias” (Diário de campo-HUWC)

Esse hospital aqui, ave Maria, eu louvo a Deus todo dia, porque aqui os médicos são muito atenciosos com ele, tanto a psiquiatra como o psicólogo que acompanha. Ele gosta muito de vir pra cá, dos médicos que atende, ele faz questão de vir. Mesmo sendo longe, eu vejo a atenção que é dada a ele aqui, aí a gente vem. (HSMM/HD1)

Aqui no hospital trata muito bem. Não tem o que falar, todas as vezes que trouxemos ela pra cá, tratou muito bem, não falta médico, não falta enfermeiro. Com a gente acompanhante é do mesmo jeito, não tem nenhuma ignorância. Nos outros cantos que eu vou, o povo deixa nem você explicar o que tá sentindo, se vai numa emergência, nesses hospitais, postos de saúde a gente não é bem tratada e aqui eu me sinto bem tratada, tanto o paciente como o acompanhante. (HUWC1)

A ideia de humanização assume lugar de destaque na implementação do SUS. A alteração do modelo assistencial biomédico ainda hegemônico só é possível com a mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no respeito e na escuta como modo de se produzir saúde (MEHRY, 2002). Do mesmo modo, para Bosi et al (2011) reorganizar e produzir novos modos de cuidado no cotidiano da saúde mental implica fazer dos dispositivos um espaço de encontros e diálogos genuínos, de acolhimento, de afetação e não anulação da diferença. Longe de a humanização representar uma abstração ou utopia de materialização difícil, dimensões como o acolhimento se traduzem por cordialidade e afeto no atendimento, por gestos simples como se dirigir aos usuários pelo nome, informar sobre condutas e procedimentos a serem

realizados por meio de uma linguagem adequada, escuta atenta e valorização das narrativas dos usuários, dentre tantas outras atitudes humanizadoras, passíveis de serem operacionalizadas, se respeitada a ética da alteridade (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Outro aspecto da qualidade do cuidado valorizado, neste estudo, nas narrativas dos usuários foi a possibilidade de ter um acompanhante no momento da internação no HUWC. No CAPS, muitos deles já costumavam ser acompanhados de algum familiar ou membro de sua rede social.

Constantinidis e Andrade (2015) ressaltam a importância da participação da família no cuidado do sofrimento psíquico. No mesmo sentido, Waidman (2005), com base em diversos estudos por ele citados, considera ser a família essencial na manutenção do sujeito fora da instituição psiquiátrica, reforçando a ideia de ela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde mental com vistas ao seu convívio com o paciente.

É bom com o acompanhante, porque a gente vai sabendo o problema todo tempo, tá sabendo qual remédio que a negrada tá dando, a gente pergunta pra que serve o remédio, qual tipo de remédio pessoal estão dando. (HUWC1)

Todo mundo fica bem preocupado né, mas eles me ajudam no que eles puderem, minha irmã vem me acompanhar nas internações (HUWC3)

O indicativo da necessidade da presença dos acompanhantes aponta para o reconhecimento da importância dos amigos e familiares na corresponsabilização do cuidado, seja na ampliação do processo diagnóstico por meio do fornecimento de informações acerca do contexto social e familiar do usuário, seja na participação das decisões terapêuticas e no acompanhamento do tratamento, em consonância com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), que para tanto propõe dispositivos como a visita aberta e o direito ao acompanhante em espaço hospitalar. (DIMENSTEIN et al, 2012)

A prescrição do medicamento adequado foi lembrada por usuários dos três serviços como um aspecto importante da qualidade do cuidado. Apesar das severas críticas à clínica tradicional, no que concerne ao reducionismo biológico, ao caráter medicalizante e seu papel na manutenção do *status quo*, devemos reconhecer, no escopo de um pensamento complexo que cada

elemento tem seu lugar, suas contribuições para evitar e aliviar a dor, tratar e reabilitar pessoas. Esse componente se evidencia nos relatos sobre efeitos positivos da medicação, com uma progressiva melhora dos sintomas.

Ele só fica agressivo quando ele não toma os remédios, é... de vez em quando assim, às vezes ele acorda com o temperamento mais agressivo, mas é mais quando ele não toma os remédios que ele fica assim. (CAPS3)

Ficamos uns 15 dias ou mais (no HUWC), aí o médico passava a injeção pra ela tomar de mês em mês, primeiro foi de 15 em 15 dias, depois passou pra um mês, aí foi diminuindo, né, aí passou bem um ano ela tomando essa injeção. Aí daí pra cá, ela foi melhorando, foi tomando só comprimidos normalmente, sem ser à força nem nada. (HUWC2)

Por outro lado, faz-se necessário superar os limites da simples medicalização, em busca de uma prática que valorize as relações intersubjetivas na produção do cuidado, visto que o processo de cura sempre pressupõe a relação entre sujeitos (CARVALHO; CUNHA, 2006). Ou seja, para se exercer o ato do cuidado humanizado em saúde podem-se utilizar os recursos tecnológicos disponíveis (medicação), mas não recorrer somente a eles, mas além deles ou com eles, estabelecer diálogos, escuta, acolher sofrimento, restabelecer vínculos, olhar para as dificuldades e necessidades dos pacientes, estimulando a sua autonomia e autocuidado (SILVA JR et al., 2005)

Encontramos diferenças notórias entre o Hospital-Dia do HSMM e a unidade de internação investigada. No primeiro, temos espaços abertos, amplos, vimos os médicos conversarem com os usuários nos bancos ao longo do pátio. São pacientes colaborativos, estáveis clinicamente, trajam a própria roupa e tem acesso livre ao telefone para se comunicarem com a família. São vários os indivíduos entrevistados que reconhecem a passagem por esta modalidade de acompanhamento como um marco, a partir do qual alcançaram níveis de estabilidade quando se julgavam irremediavelmente perdidos (NOGUEIRA, 2012).

Primeiro eu baixei no hospital, esse aqui do lado, aqui é melhorzinho, o Dia, aqui é maravilhoso, mas lá você sofre viu, cheguei em crise, cheguei amarrada. Todo mundo que me vê hoje não acredita, fiquei quatro meses internada lá do outro lado, só vivia amarrada, quem me via, quem me conhecia, que vinha me visitar saía chorando. Aí, depois saí de lá, vim pra cá. (HSMM/HD3)

Encontramos em outra unidade de internação, falas que apontam elementos do modelo psicossocial nos hospitais.

Ali era bom, lá tinha telefone pra comunicar com a família da gente, que aqui não tem, lá a gente tinha banho de sol, que aqui não tem também, lá as enfermeiras eram ótimas igual as daqui, mas só que era melhor, tinha tudo que aqui tem também, tem o banho, tem tudo, mas só que lá tem o chuveiro, quando a pessoa sente calor, vai só e abre e a pessoa toma banho.. (HSMM7)

No HUWCos leitos e ambulatorios psiquiátricos ficam na mesma unidade de internação de outras especialidades, não havendo um espaço exclusivo para este fim. Dias, Gonçalves e Delgado (2010) acreditam que esta medida pode auxiliar na desconstrução das estigmatizações dos usuários, contribuindo para que o hospital como um todo se torne um espaço de cuidado em saúde mental. Silva e Ferigato (2020) colocam que as internações psiquiátricas em hospitais gerais não serão por si só responsáveis pela transformação do modelo assistencial em saúde mental, porém, a sua contribuição para o estabelecimento de uma relação de maior aceitação dos portadores de transtornos mentais em espaços de tratamento preferencialmente ocupados por diversas outras patologias clínicas é de extrema relevância, possibilitando uma maior interação com essa população historicamente marginalizada e segregada

No tocante à ambiência presente na estrutura do CAPS, destaca-se a fala de uma usuária que descreve, de maneira evocativa, que o ambiente gera bem-estar e humanização nos frequentadores. De acordo com o discurso oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), todo CAPS deve constituir-se de um ambiente terapêutico, onde a estrutura física das instalações e seus contornos possam ajudar no tratamento dos usuários.

Eu me sentia muito bem aqui, é o atendimento, são as pessoas, a fisionomia das pessoas, casa o atendimento com a pessoa, é um local que é o conjunto que faz bem, eu me sinto bem. Às vezes até quando eu estou por aqui que vou resolver alguma coisa, eu venho pra cá, tirava o livrinho da bolsa, sentava aqui, lia. Às vezes quando eu não tava bem em casa. Entrar aqui é o mesmo que tá tomando um

calmante, só entrar, passar um pedacinho aqui pra mim já fazia bem (CAPS4)

Consoante Kantorski et al (2011) a ambiência refere-se à assistência produzida em espaço físico entendido como um espaço social e de relações interpessoais que proporciona cuidado acolhedor, resolutivo e humanizado. A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica e formal dos ambientes, visto que está intrinsecamente relacionada ao conforto, à privacidade e à singularidade dos atores sociais envolvidos, possibilitando espaços de intersubjetividade, potencialmente decisivos no processo de atenção psicossocial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram muitas as tentativas de mudança no campo da saúde mental nos últimos anos. Porém, apesar de toda a orientação e legislação vigentes, a realidade psiquiátrica parece ter se alterado pouco. Os elementos, por vezes contraditórios, de conceber e organizar a saúde mental em rede de atenção denotam a complexidade de mudança desse processo social. Isso se vincula à ausência de inovação na dimensão epistêmica, sobretudo, com desdobramentos importantes ético-políticos e na organização das práticas.

Se, por um lado, podemos reconhecer que as alterações dos serviços especializados não deram conta de aprofundar e explicitar mudanças mais radicais, por outro, os sujeitos e suas famílias buscam em seu cotidiano responder às necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico que necessitam de um cuidado de qualidade e de escuta sensível.

O material empírico produzido neste estudo representa, consoante o enfoque qualitativo, um material cuja transferibilidade é possível, mas sem a pretensão de generalização, nem mesmo como realidade imutável nos espaços estudados. Como a Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos se encontram em fase de transição, a coexistência de modelos inovadores com o anterior, tradicional e asilar, bem como as contradições e crises enfrentadas em muitos aspectos, repõem em cena antigos fantasmas manicomiais.

No contexto das políticas públicas de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da reforma, as redes e serviços substitutivos no território seguem

convivendo com o desafio e a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que transformem a “demanda de hospital psiquiátrico”, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas, vislumbrando aproximações às experiências de sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia, no acesso e, notadamente, no exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura e das várias modalidades de sofrimento psíquico.

As experiências dos usuários acerca da qualidade do cuidado revelaram aspectos formais da assistência, como os efeitos e centralidade do papel da medicação no processo de cuidado, ênfase atribuída ao profissional médico e à ambiência como geradora de saúde o sofrimento, e o modo como estes afetam a qualidade da assistência prestada.

A dimensão humanização revelou que a humanização em saúde mental está intimamente relacionada à atitude dos profissionais de saúde. A escuta, a cordialidade, o respeito e o diálogo foram apontados pelos usuários dos distintos serviços em questão, afetando, inclusive, a adesão e a continuidade do tratamento.

Inovação revela-se assim, como um dos desafios decisivos para a transformação do saber e do fazer dos profissionais no cotidiano do cuidado em saúde mental, visando organizar novas bases teóricas e práticas de condução dos projetos assistenciais e, conseqüentemente, a invenção de novos modos de produzir saúde.

AGRADECIMENTOS

Este artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla apoiada pelos editais Chamada Universal MCTI/CNPQ 14/2012 e PPSUS – FUNCAP – Chamada 07/2013 e por bolsa concedida pela CAPES a uma das autoras.

REFERÊNCIAS

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr.-jun. 1998.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 87-117.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. X. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOSI, Maria Lucia Magalhães et al. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1231-1252, Dec. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510/2016, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso 06 abr 2022

CAMPOS, L. F. L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia**. 5. ed. Campinas: Alínea, 2015.

CAPRARA, A.; LINS, A.; FRANCO, S. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.85-108.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, J.C. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n.4, p. 700-706, 2008.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, C.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-68.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. **Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 2, pp. 333-342.

DIAS, M. K., GONÇALVES, R. W., & DELGADO, P. G. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In E. M. Vasconcelos. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 115- 140.

DIMENSTEIN, M. et al. Atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, v. 2, Número Temático 2012, p. 95-127, 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40323>>. Acesso em: 16 mar. 2021

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan.-mar. 2012.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290205, 2019.

NOGUEIRA, C. **Doença psiquiátrica e Itinerários terapêuticos** – contributos para uma reflexão sobre a reconfiguração dos cuidados formais de saúde mental. In: Sociedade, crise e reconfigurações. Anais do VII Congresso Português de Sociologia, 2012, Porto, Portugal: Universidade do Porto, 2012. Disponível em http://associacaoportuguesasociologia.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP1482_ed.pdf Acesso 31 mar 2022

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Abrascp, 2009.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea, 2009.

SILVA, M. C.; FERIGATO, S. H. **Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 24, e200103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200103> Acessado 18 Março 2021

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004, p.241-257.

TEDESCO, S.; SOUZA, T. P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos. In: CARVALHO et al. **Conexões**: Saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 141-156.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 185-203.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEIN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, Sept. 2005.

WHO - World Health Organization. **Mental health Atlas 2017**. Disponível em https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/ Acesso 24 agosto 2020

The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. Genova: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981> Acesso em 15 março 2021