

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**HÉRCULES RIGONI BOSSATO**

AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O PROTAGONISMO DO USUÁRIO NA  
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: um território em negociação

Rio de Janeiro

2018

HÉRCULES RIGONI BOSSATO

AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O PROTAGONISMO DO USUÁRIO NA  
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: um território em negociação

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Mara Pontes de Oliveira

Rio de Janeiro

2018

## CIP - Catalogação na Publicação

B745a Bossato, Hércules Rigoni As ações de Enfermagem para o protagonismo do usuário na Reabilitação Psicossocial: um território em negociação / Hércules Rigoni Bossato. -- Rio de Janeiro, 2018. 160 f.

Orientadora: Rosane Mara Pontes de Oliveira. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Protagonismo. 2. Autonomia Pessoal. 3. Reabilitação. 4. Enfermagem Psiquiátrica. 5. Saúde Mental. I. Oliveira, Rosane Mara Pontes de , orient. II. Título.

HÉRCULES RIGONI BOSSATO

AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O PROTAGONISMO DO USUÁRIO NA  
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: um território em negociação

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para  
obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2018, aprovada por:

---

Profa. Dra. Rosane Mara Pontes de Oliveira (Presidente- 1ª examinadora)

Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

---

Profa. Dra. Cristina Maria Douat Loyola (2ª examinadora)

Mestrado Profissional em Gestão de Programas e Serviços de Saúde- UNICEUMA

---

Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos (3º examinador)

Escola de Enfermagem Aurora de Alfonso Costa – UFF

---

Prof. Dr. Tiago Braga do Espírito Santo (4º examinador)

Faculdade de Enfermagem- UERJ

---

Profa. Dra. Virgínia Faria Damásio Dutra (5ª examinadora)

Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

---

Profa. Dra. Silvia Teresa Carvalho de Araújo (suplente)

Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

---

Profa. Dra. Edna Gurgel Casanova (suplente)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

À Profa. Dra. Lilian Hortale de Oliveira Moreira (*in memoriam*)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus por tudo que acontece em minha vida e por ter iluminado meus caminhos para realização deste trabalho.

Agradeço, em especial, a minha orientadora Profa. Rosane Mara Pontes de Oliveira por ter aceitado esse desafio e por ter acolhido a ideia de forma original e brilhante. Agradeço pelos nossos diálogos e encontros e, principalmente, por ter me ensinado e, ainda ensina, a ser um professor de Enfermagem. Eu serei eternamente grato pela a sua forma humanitária em nortear as orientações, por aprender contigo o conceito do intuir empático o qual possibilitou a minha transformação para trilhar o caminho acadêmico de forma progressista e ensinar o cuidado da Enfermagem na Reabilitação.

Aos participantes do estudo que se disponibilizaram para os encontros e destinaram o seu precioso tempo, a fim de proporcionar os diálogos para essa construção.

À Profa. Isaura Setenta Porto pelas conversas iniciais e por ter ofertado os esclarecimentos sobre os caminhos metodológicos. Além disso, agradeço por suas aulas ministradas no doutorado que me proporcionaram um importante aprendizado.

Às Profa. Cristina Maria Douat Loyola e Profa. Virginia Damásio Dutra por acompanhar desde o início da defesa do projeto e da qualificação dessa ideia e, também, por ter ofertado riquíssimas contribuições a fim clarear alguns caminhos para finalização do estudo.

Aos meus familiares: Marlene Rigoni, Hércules Bossato, Magno, João Paulo e Rubens Marcos, que apesar da distância geográfica sempre me acolhem com muito zelo e carinho, até mesmo quando eu volto para casa um pouco desesperado com os desafios. Vocês são a minha fortaleza e nunca me fazem desistir dos meus sonhos.

Ao meu amigo Daniel Araújo por ter me hospedado inúmeras vezes em sua casa no Rio e, por ter me dado todo o conforto de um lar para descansar após a pesquisa de campo.

Ao meu amigo Rafael Pitta por feito a leitura dos capítulos iniciais e me auxiliar na organização da agenda e dos prazos finais.

Ao NUPESAM (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental) pelas trocas e diálogos que me impulsionaram a desenvolver o estudo.

À Coordenação e à Secretaria do Programa de Pós-Graduação da EEAN-UFRJ, em especial, às funcionárias Cíntia, Sônia, Cristina e Eliana por acolherem as minhas solicitações e demandas.

*“Ella está en el horizonte —dice Fernando Birri—. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar”.*

*(Eduardo Galeano)*

## RESUMO

BOSSATO, Hércules Rigoni. **As ações de Enfermagem para o protagonismo do usuário na Reabilitação Psicossocial**: um território em negociação. Rio de Janeiro, 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Na Reabilitação é primordial permitir condições para que o sujeito possa ser o protagonista em participar dos processos de trocas sociais e aumentar seu poder contratual. A tese é como a equipe de enfermagem pode construir ações cotidianas para a promoção do protagonismo do usuário do CAPS III por intermédio do cuidado protagonizador em negociação com território. Para tanto, tem como objetivos: Descrever as ações da equipe de Enfermagem que promovem o protagonismo do usuário no CAPS III; identificar as dificuldades da equipe de Enfermagem em promover ações para o protagonismo do usuário do CAPS III; analisar os sentidos que a Equipe de Enfermagem produz nas ações cotidianas para o protagonismo do usuário do CAPS III. Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa com a técnica da observação participante e da entrevista não estruturada com os enfermeiros e técnicos de enfermagem do Centro de Reabilitação Psicossocial (CAPS) tipo III. Totalizando 16 participantes em dois CAPS III. Os dados foram analisados pelo conteúdo temático por meio do mapa de associações de ideias e produção de sentidos a luz do construcionismo social. Resultado: A equipe de Enfermagem produz ações em seu cotidiano de trabalho para promover o protagonismo do usuário do CAPS III por meio da comunicação criativa, trabalho em rede e disponibilidade para o cuidado protagonizador em saúde mental. Contudo, no caminho para mediar e construir possibilidades para que esse usuário possa ser o protagonista na vida, a equipe de enfermagem encontra grandes desafios que estão relacionados à violência territorial, analfabetismo do usuário, a não adesão da família do usuário na terapêutica, o manejo das crises e o sucateamento do CAPS. Em meio a esse contexto, a equipe de enfermagem produz sentidos para o protagonismo do usuário traçados por uma singularidade do cuidado, a possibilidade de dar voz do usuário no CAPS e a valorização da subjetividade do usuário para o cuidado protagonizador. Conclusão: A tese aborda que as ações, os desafios e os sentidos que a equipe de Enfermagem do CAPS III produz ao cuidado protagonizador é dimensionada pela relação clínica-política-ética em uma negociação constante com o território do usuário no CAPS III.

**PALAVRAS CHAVES:** Autonomia Pessoal, Reabilitação, Enfermagem Psiquiátrica.

## ABSTRACT

BOSSATO, Hércules Rigoni. **The actions of Nursing for the protagonism of the patient in Psychosocial Rehabilitation**: a territory under negotiation. Rio de Janeiro, 2018. Thesis (Doctorate in Nursing)- Anna Nery School of Nursing. Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Psychosocial Rehabilitation should allow conditions for the subject to be the protagonist in participating in the processes of social exchanges and increase their contractual power. The thesis shows how the nursing team can build daily actions to promote the protagonism of the CAPS III user through the protagonist care in negotiating with territory. Objectives: Describe the actions of the Nursing team that promote the protagonism of the patient in CAPS III; identify the difficulties of the Nursing team in promoting actions for the protagonism the patient of the CAPS III ; to analyze the senses that the nursing team produces in the daily actions for the protagonism of the patient of the CAPS III. Methods: A qualitative study with the participant observation technique and the unstructured interview with the nursing team of the Psychosocial Rehabilitation Center (CAPS), type III. Totaling 16 participants in two (02) CAPS III. The data were analyzed by the thematic content through the map of associations of ideas and production of meanings through social constructionism. Results: The nursing team produces actions in their daily work to promote the protagonism care of the CAPS III user through creative communication, networking and availability for the leading protagonist care in mental health. However, on the way to mediate and build possibilities for this patient to be the protagonist in life, the nursing team encounters major challenges related to territorial violence, illiteracy, non-adherence of the user's family to therapeutics, management crises and the processes of dismantling of the CAPS. In this context, the nursing team produces senses for the protagonism of the user traced by a singularity of care, the possibility of giving the patient voice in the CAPS and the valuation of the subjectivity of the user to the protagonist care. Conclusion: the thesis approaches that the actions, challenges and senses that the nursing team of the CAPS III produces to the protagonist care is dimensioned by the clinical-political-ethical relationship in a constant negotiation with the territory of the user in CAPS III

**KEYWORDS:** Personal Autonomy, Rehabilitation, Psychiatric Nursing.

## RESUMEN

BOSSATO, Hércules Rigoni. **Las acciones de Enfermería para el protagonismo del paciente en la Rehabilitación Psicosocial**: un territorio en negociación. Rio de Janeiro, 2018. Tesis (Doctorado em Enfermería)- Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018.

La Rehabilitación Psicosocial debe permitir condiciones para que el sujeto pueda ser el protagonista en participar de los procesos de intercambios sociales y aumentar su poder contractual. La tesis muestra cómo el equipo de enfermería puede construir acciones cotidianas para la promoción del protagonismo del usuario del CAPS III por intermedio del cuidado protagonista en negociación con territorio. Objetivos: Describir las acciones del equipo de Enfermería que promueven el protagonismo del usuario en el CAPS III; identificar las dificultades del equipo de Enfermería en promover acciones para el protagonismo del usuario del CAPS III; analizar los sentidos que el Equipo de Enfermería produce en las acciones cotidianas para el protagonismo del usuario del CAPS III. Métodos: Estudio de abordaje cualitativo con la técnica de la observación participante y de la entrevista no estructurada con los enfermeros y técnicos de enfermería del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CAPS) tipo III. Totalizando dieciséis 16 participantes en dos (02) CAPS III. Los datos fueron analizados por el contenido temático por medio del mapa de asociaciones de ideas y producción de sentidos a la luz del construccionismo social. Resultados: El equipo de enfermería produce acciones en su cotidiano de trabajo para promover el protagonismo del usuario del CAPS III por medio de la comunicación creativa, trabajo en red y disponibilidad para el cuidado protagonista en salud mental. Sin embargo, en el camino para mediar y construir posibilidades para que ese usuario pueda ser el protagonista en la vida, el equipo de enfermería encuentra grandes desafíos que están relacionados la violencia territorial, el analfabetismo del usuario, la no adhesión de la familia del usuario en la terapéutica, el manejo de las crisis y el desecho del CAPS. En medio de ese contexto, el equipo de enfermería produce sentidos para el protagonismo del usuario trazados por una singularidad del cuidado, la posibilidad de dar voz del usuario en el CAPS y la valorización de la subjetividad del usuario para el cuidado protagonizador. Conclusión: la tesis aborda que las acciones, los desafíos y los sentidos que el equipo de enfermería del CAPS III produce al cuidado protagonista es dimensionado por la relación clínico-política-ética en una negociación constante con el territorio del usuario en el CAPS III.

**PALAVRAS CLAVES:** Autonomía Personal, Rehabilitación, Enfermería Psiquiátrica.

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 01:** Estudos sobre o protagonismo do sujeito na rede de serviços em saúde mental na BVS até período de setembro de 2017, p. 47.

**Quadro 02:** Estudos sobre o protagonismo do sujeito na rede de serviços em saúde mental na base de dados CINAHAL (EBSCO) até período de setembro de 2017, p. 49.

**Quadro 03:** Estudos sobre o protagonismo do sujeito na rede de serviços em saúde mental na base de dados PubMed Central (PMC) até período de agosto de 2017, p. 50.

**Quadro 04:** Distribuição numérica de temas codificados no estudo, ano 2017, p.82.

**Quadro 05:** Mapa de associação de ideias e produção de sentido sobre as ações de Enfermagem no CAPS, p. 93.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 01:** Distribuição da equipe de Enfermagem participantes do estudo em dois CAPS III do RJ, ano 2017, p. 74.

**Figura 02:** Tempo de formação da equipe de Enfermagem em CAPS III do RJ, ano de 2017, p. 75

**Figura 03:** Tempo de atuação da equipe de Enfermagem no CAPS III do RJ, ano 2017, p. 76

**Figura 04:** Motivação da escolha em atuar na área de saúde mental da equipe de Enfermagem do CAPS III do RJ, ano 2017, p. 77.

**Figura 05:** Representação das fontes que serão codificadas no NVivoPro12 versão 2018, p. 79.

**Figura 06:** Representação do *nós* codificados, p. 79

**Figura 07:** Representação da codificação do *nós*, p. 80.

**Figura 08:** Representação da codificação nos *subnós*, p. 81.

**Figura 09:** Representação da página do NVivoPro12 versão 2018, demonstrativo do *nó*: Ações de Enfermagem e quantidade de referência para cada *subnós* formado, p. 83.

**Figura 10:** Representação da página do NVivoPro12 versão 2018 com o demonstrativo do *nó*: Desafios do protagonismo e quantidade de referência para cada *subnós* formado, p. 83.

**Figura 11:** Representação da página do NVivoPro12 versão 2018 com o demonstrativo do *nó*: Sentidos do Protagonismo e quantidade de referência para cada *subnós* formado, p. 84.

**Figura 12:** Hierarquização dos temas apresentados na codificação referente as ações de Enfermagem no CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12, 2018, p. 85.

**Figura 13:** Hierarquização dos temas apresentados na codificação referente aos desafios da Enfermagem para o protagonismo do usuário no CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12, 2018, p. 86.

**Figura 14:** Hierarquização dos temas apresentados na codificação referente aos sentidos produzidos pela equipe de Enfermagem para o protagonismo do usuário no CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12, 2018, p. 87.

**Figura 15:** Consolidado da hierarquização dos nós temáticos codificados nos registros do estudo com a equipe de Enfermagem do CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12, 2018, p. 88.

**Figura 16:** Percentual temático sobre as ações de Enfermagem nos registros da coleta de dados no CAPS III, 2017, p. 89.

**Figura 17:** Percentual temático sobre desafios do protagonismo nos registros da coleta de dados no CAPS III, 2017, p. 90.

**Figura 18:** Percentual temático sentidos do protagonismo nos registros da coleta de dados no CAPS III, 2017, p. 91.

# Sumário

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 Tema do estudo, motivação e olhar do pesquisador.....	16
1.2 Problemática do estudo .....	18
1.3Reabilitar, Integrar, Inserir e Incluir: tecendo conceitos. ....	22
1.4 Objeto do Estudo.....	25
1.5Questões Norteadoras e Objetivos do Estudo .....	31
1.6 Justificativas e Relevância .....	36
1.7 Contribuições do estudo.....	38
<b>2.0 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS FERRAMENTAS PARA PROMOVER O PROTAGONISMO DO SUJEITO</b> .....	40
2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): a nova configuração da Atenção em Saúde Mental. ....	43
2.2 Quadro global de estudos sobre protagonismo do sujeito nos cenários dos serviços de assistência em saúde mental.....	45
<b>3.0 REFERENCIAL TEÓRICO: Diálogos para uma prática de Enfermagem Construcionista.</b>	55
<b>4.0 REFERENCIAL METODOLÓGICO: Caminhos para a prática Construcionista</b> .....	63
4.1 Tipo de Estudo .....	63
4.2 A Coleta de Dados .....	64
4.3 Cenários e Sujeitos da Pesquisa .....	67
4.4 Aspectos éticos.....	68
4.5 Risco do estudo .....	69
4.6 Preparação do material para análise. ....	70
<b>5.0 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÕES DO ESTUDO</b> .....	73
5.1 Caracterização dos participantes. ....	73
5.2 Resultados e Organização dos dados .....	78
5.3 Análise dos dados.....	92
<b>5.3.1 O mapa de associação de ideias e produção de sentidos</b> .....	92
<b>6.0 AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOVER O PROTAGONISMO DO USUÁRIO CAPS.</b> .....	96
6.1 A Enfermagem produzindo a comunicação criativa e mediando o protagonismo do usuário. ...	96
6.2 O Trabalho em rede é essencial para produção de protagonismos do usuário. ....	101
6.3 A equipe de Enfermagem como “Antena” e sua disponibilidade para promover o protagonismo do usuário CAPS.....	103

<b>7.0 OS DESAFIOS PARA O PROTAGONISMO DO USUÁRIO NO CAPS III POR MEIO DO DIÁLOGO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM.</b> .....	107
7.1 A violência territorial faz com que o CAPS não avance na comunidade.....	107
7.2 O analfabetismo cria barreiras para o protagonismo do usuário CAPS. ....	111
7.3 A não adesão do familiar à terapêutica cria barreiras para o usuário. ....	114
7.4 O desconforto de cuidar na crise pela equipe de enfermagem. ....	116
7.5 O sucateamento do CAPS como dificultador do protagonismo usuário .....	120
<b>8.0 OS SENTIDOS DO PROTAGONISMO DO USUÁRIO NO CAPS III PERCEBIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM</b> .....	125
8.1 Singularidade do cuidado de Enfermagem por meio dos “Olhos Noturnos” .....	126
8.2 A bravura existencial da equipe enfermagem para investir na valorização da subjetividade do usuário. ....	129
8.3 A voz do usuário no CAPS como produtora de protagonismos e liberdades.....	133
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	135
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	140
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	152
APÊNDICE B: ROTEIRO DE TÓPICOS NORTADORES PARA A ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	156
APÊNDICE C: CHECKLIST PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CAPS III. ....	158
APÊNDICE D: REGISTRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	159
CRONOGRAMA DA PESQUISA .....	160

# **1.INTRODUÇÃO**

## **1.1 Tema do estudo, motivação e olhar do pesquisador.**

A escolha do tema da pesquisa foi fomentada ao longo da trajetória profissional e acadêmica do pesquisador. Ressalta-se que a intencionalidade do presente trabalho possui uma construção militante influenciada pelo contexto dos desafios ligados ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que as intencionalidades se consolidam nas reflexões e ações para as mudanças mais concretas sobre a atuação da Enfermagem Psiquiátrica e em saúde mental na dimensão ética da sua clínica de cuidados. Considera-se que tal campo de saber tem um compromisso histórico em promover plurais mediações sobre a promoção da saúde junto ao usuário do Sistema Único de Saúde e que está acometido por sofrimento psíquico e/ou transtorno mental.

A proposta do estudo foi concretizada durante a prática de ensino da Enfermagem em saúde mental. A inquietação do pesquisador foi problematizada por meio do questionamento sobre as condições sociais e institucionais dos sujeitos em sofrimento psíquico ou com transtorno mental nos serviços de saúde. Na prática assistencial, as ações da equipe de enfermagem, na Reabilitação Psicossocial, ainda necessitam ser um ato inovador para a cidadania e o protagonismo do usuário mesmo com os inúmeros desafios lançados no meio político-social. O estudo inicia-se com a problematização da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

A RPB é fundamentada pelo paradigma da Reabilitação Psicossocial e reverbera na ênfase das práticas em serviços com base territorial e comunitária. Tal movimento é direcionado pelo princípio da desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico, almejando-se o rompimento da lógica manicomial na atenção à saúde.

É essencial considerar que a RPB com um processo em movimento. Ela é atravessada por desafios nos campos social, político, econômico e cultural. Substanciado por essa premissa, a tese de doutorado traz como tema de pesquisa: “A construção de protagonismos do usuário nos Centros de Reabilitação Psicossocial (CAPS) por meio das ações da equipe de enfermagem”.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS são “instituições destinadas a acolher os usuários em sofrimento psíquico, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em

suas iniciativas de busca de autonomia, além de oferecer atendimento médico e psicológico”. Vale destacar que a noção de território ligado ao CAPS refere-se ao espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana e familiar dos usuários inseridos nesses serviços (BRASIL, 2004). Torna-se necessário considerar que o CAPS é atravessado por diversos desafios ligados ao movimento da RPB, sendo um deles a promoção da cidadania do sujeito, mediada tanto pela construção de protagonismos do usuário quanto pela manutenção da autonomia diante as propostas terapêuticas.

Tal consideração destaca um desafio no processo de trabalho focado nas territorialidades do usuário do serviço de saúde mental, frente a prática cotidiana dos profissionais de saúde no cenário do CAPS e nas ações da Reabilitação Psicossocial.

Cabe dizer que há um desafio paradigmático sobre as ações terapêuticas pautadas por posturas profissionais que colocariam a doença entre “parênteses” e considerariam o indivíduo em sua complexidade. Esse fato daria a possibilidade para o sujeito/usuário ser o foco e o centro da terapêutica de cuidados, e não apenas a sua doença ou sofrimento, rompendo-se, assim, com a lógica manicomial e do autômato do sujeito no cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2007; PITTA, 2016).

Segundo Amarante (2007), no Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi impulsionada por trabalhadores da saúde mental. A ideia foi formada com a luta pela construção das diretrizes para as mudanças institucionais, marcadas no sentido do rompimento de paradigmas por meio das novas práticas no campo assistencial. O autor, também, destaca que a RPB traz transformações conceituais, sociais, éticas, jurídicas e institucionais, no que se refere à atenção psiquiátrica no Brasil. Ela lança a instauração de consideráveis desafios no campo da Reabilitação Psicossocial, como, por exemplo, o desafio da inclusão social do sujeito com transtorno mental e ou sofrimento psíquico.

Pode-se afirmar que “o lugar do louco” foi ao logo do tempo e da história, colocado em exclusão na nossa sociedade. Um dos objetivos traçados pelo paradigma da Reabilitação Psicossocial tem, em sua essência, a tarefa de produzir a inserção e inclusão social desse sujeito com sofrimento psíquico grave ou com transtorno mental (AMARANTE, 2007; BEZERRA JR, 2007; PITTA, 2011). Destaca-se que nem sempre o sujeito com doença mental está em sofrimento psíquico, assim como seu contrário é válido, ou seja, nem todo sofrimento psíquico resulta em uma doença mental ou transtorno mental.

Pontua-se, então, que o indivíduo em sofrimento psíquico grave ou com algum transtorno mental pode se afastar do convívio social devido a fatores relacionados aos seus processos de adoecimento e à negação do estado de saúde (exemplos de características que favorecem o afastamento social: embotamento afetivo, quadros depressivos, delírios de perseguição, entre outros) ou, ainda, pode ser excluído do contexto social pela própria sociedade e/ou família devido ao preconceito e ao estigma em relação ao indivíduo considerado louco na sociedade.

## **1.2 Problemática do estudo**

O estudo leva em consideração as ações preconizadas na Reabilitação Psicossocial como um mecanismo terapêutico, a fim de habilitar o sujeito em sua esfera social e psíquica por meio da promoção e aquisição do seu protagonismo. É necessário que a prática de saúde seja baseada na manutenção da autonomia, na busca dos direitos e na participação social dos usuários dos serviços de saúde mental. Tais condutas são essenciais para a ética do cuidado em saúde e para uma clínica focalizada na sustentação da cidadania do sujeito.

Nesse sentido, a Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental tem um papel fundamental quando estabelece suas ações de cuidados cotidianos, os mecanismos que permitam aumentar o poder de contratualidade do usuário no território. Tudo isso, mediado pela relação terapêutica e pela rede de apoio social. Assim, a Enfermagem pode trabalhar as suas ações por meio da manutenção da autonomia e participação do indivíduo acolhido em um serviço de saúde mental.

Segundo Moreira e Loyola (2000, p.100), em relação à Reabilitação Psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico, o contexto social e o familiar suscitam-nos a ideia de plenitude da Reabilitação, apontando que:

“Quando um doente mental consegue inserir-se em contexto social de forma plena, como cidadão, como profissional, e acolhido por uma família que o aceite, que o ame, o tratamento a que ele será submetido – seja em internação, CAD ou ambulatório – passa a ser visto por ele como necessidade terapêutica que lhe traz limitações temporárias e que afeta de forma menos contundente a sua estabilidade como pessoa.” (MOREIRA e LOYOLA 2000, p. 100).

Os serviços de saúde mental com ênfase comunitária e de base territorial são primordiais para o processo de rompimento da exclusão do sujeito em sofrimento psíquico e/ou transtorno

mental em nossa sociedade. Atenta-se, então, que a assistência em saúde mental, vinculada aos preceitos da RPB, traz as modificações não apenas na oferta de assistência em saúde, como também nas condutas cotidianas dos profissionais de saúde. É necessária uma prática transformadora e um cuidado pautado no campo da ética para além das barreiras morais e práticas institucionalizadoras.

A partir da explanação que fomenta a lembrança de que a LEI 10.216 de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, RPB) trata fundamentalmente dos direitos e da proteção das pessoas em sofrimento psíquico, além de redirecionar o tratamento em regime de dispositivos comunitários e não hospitalares. A nomeada Lei da RPB, sustenta-se no novo paradigma Psicossocial, que possui um olhar de cuidados aos sujeitos em seus aspectos sociais, culturais e familiares, em uma diretriz que promove a inserção social para romper com os processos de exclusão, institucionalização e isolamento social (SARACENO, 2016). Entretanto, desde a década de 1960, por ocasião da Reforma Psiquiátrica Italiana (conhecida como Psiquiatria Democrática), Schittar (1985) já argumentava sobre o desafio dos serviços comunitários terapêuticos se tornarem campos institucionais da Psiquiatria.

Movendo-se pelas suas contradições e havendo a possibilidade desses espaços substitutivos possuírem um aspecto de exclusão e de controle dos indivíduos em sofrimento psíquico, “a terapia comunitária tende a ser apontada como a solução do problema das instituições psiquiátricas, ao mesmo tempo em que pode ser vista [...] apenas sob a aparência de um novo instrumento científico de controle à infração” (SCHITTAR 1985, p.135).

Tal problemática, ainda, é um grande desafio para os serviços substitutivos na saúde mental, assim como na Reabilitação Psicossocial no contexto da RPB, especialmente nas ações da prática assistencial cotidianas realizadas pelos profissionais (TORRE e AMARANTE 2001; MESQUITA 2010; PITTA, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), os CAPS configuram-se como um equipamento de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico. Há uma equipe de trabalho multiprofissional com tendência a atuação interdisciplinar. Esse serviço é a porta de entrada reguladora da rede de serviço em saúde mental no SUS. O CAPS possui base comunitária e atende aos usuários psicóticos e os neuróticos graves, abrangendo a assistência tanto de adultos e idosos (CAPS I, CAPS II e CAPS III) até crianças e adolescentes (CAPS i), e dependentes de álcool e drogas (CAPS ad II).

Entretanto, o que se percebe, desde a criação do CAPS, é que a promoção da saúde e da cidadania para o sujeito atendido no serviço, ainda se configura como um grande desafio, tanto para os profissionais de saúde e os gestores, quanto para os familiares e os usuários. Conforme aponta Sanduvette (2007, p.88), “não basta, [...] estar dentro do CAPS, por algumas horas diárias, repetindo tarefas, às vezes, até bem eficientes, mas ineficazes se não implicam em evolução psicossocial dos pacientes”.

O CAPS é um espaço estratégico da política pública em saúde mental para que se organize o acesso à rede de serviços de saúde, assim como para promover um local terapêutico e que atenda, cuide, recupere e assista as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Todavia, esse cenário ainda necessita se pautar por práticas norteadoras e efetivas na produção de ferramentas de cuidado traçadas pelo acolhimento, vínculo e corresponsabilização na prática de assistência cotidiana (AMARANTE, 2007; SANDUVETTE, 2007; PITTA, 2016).

Cabe, também, o questionamento sobre a prática da Enfermagem nesses espaços e a sua produção de cuidados. Conforme apontam Moreira e Loyola (2011, p.697), o papel da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica está “buscando práticas verdadeiramente terapêuticas, diferenciadas do controle exercido na esfera hospitalar, em que a ideia de integrar o indivíduo à família e ao meio ambiente sociocultural seja o foco da atenção”. Então, torna-se um grande desafio o manejo da Reabilitação Psicossocial pelo profissional de Enfermagem na esfera da atenção primária.

O fato é que, quando o cuidado em saúde mental, institui-se no controle e na dependência do sujeito na realização das suas tarefas e atividades cotidianas, cria-se um “descuidado”, isto é, uma ação que não gera independência e protagonismo do sujeito. Além disso, as ações de cuidados deveriam expressar o reconhecimento das reais necessidades em saúde apresentadas pelo indivíduo em sofrimento psíquico ou transtorno mental (BRASIL, 2007).

O problema, destacado neste estudo, é corolário de uma prática em saúde realizada pela equipe de enfermagem em que o protagonismo para a autonomia do sujeito atendido no CAPS pode estar sendo silenciado ou há uma grande dificuldade territorial para promovê-lo. Configurando, assim, um perfil de resignação e autômato para o usuário do CAPS.

Em vista disso, a Reabilitação Psicossocial nos serviços territoriais ainda necessita fortalecer e estimular ações para a promoção da saúde por meio de uma conduta ética na terapêutica do indivíduo em que o foco será o protagonismo do sujeito e a preservação da

autonomia, no intuito de que o indivíduo atendido no serviço de saúde mental tenha “voz” nos projetos de vida e nas ações de cuidados em saúde cotidianas.

Diante desse contexto, a crítica sobre a Enfermagem na construção e manutenção de ações de cuidados junto ao usuário é um arcabouço atravessado por inúmeros desafios na assistência em saúde mental territorial, considerando que o CAPS tem como seu principal instrumento de cuidado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e que este, em essência, no campo teórico, é construído centralizado no usuário. Entretanto, na prática, ele pode estar sendo construído somente pela equipe do CAPS, sem a participação efetiva do sujeito como o protagonista desse projeto e, ainda assim, sem uma participação efetiva e mobilizadora da equipe de Enfermagem. Assim, a problemática do estudo ancora-se na configuração do protagonismo do usuário no CAPS por meio das ações da equipe de enfermagem.

No âmbito da definição do Projeto Terapêutico Singular (PTS), segundo Brasil (2013, p.33):

[...] um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado, composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral.

Atenta-se que o PTS é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre o usuário do serviço e a equipe de saúde multiprofissional, que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso. Há uma participação conjunta com a família desse sujeito e um olhar sobre as potencialidades do território em que o usuário se encontra (BRASIL, 2007).

Esse mecanismo de intervenção é concomitante ao novo paradigma de cuidado (Reabilitação Psicossocial), que evidencia, em sua essência, a construção de um PTS em fazer “com o outro” (usuário) e não “para o outro” (BRASIL, 2014). Pode-se argumentar, então, que o desejo em construir com o outro é algo inerente a cada sujeito, família e profissional. Apesar das políticas existentes, que estabelecem as diretrizes teóricas do “como fazer”, é somente na prática, na vontade de cada sujeito, que esse dispositivo acontece em consonância com as diretrizes das políticas assistenciais.

Leva-se em consideração que as ações de saúde para o protagonismo do usuário no CAPS III são, em teoria, fundamentadas em princípios humanitários com uma ética a ser adotada pela equipe de enfermagem e por todos profissionais de saúde que estão fundamentados

pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, na prática assistencial em saúde mental, nesse cenário em específico, nem sempre essas ações são pautadas pelo protagonismo do usuário, uma vez que essa conduta ética é sustentada por uma construção social que depende dos desejos e vontades de cada membro da equipe de saúde e enfermagem. Nesse sentido, ainda é necessário que as ações para promover o protagonismo saiam do campo teórico e adentre as práticas cotidianas da equipe de enfermagem do CAPS III.

Vale esclarecer que esse estudo teve apenas um olhar sobre as ações de saúde e de cuidados realizados pela equipe de Enfermagem e não de toda a equipe de saúde mental, uma vez que a intencionalidade do estudo é mobilizar uma enfermagem psiquiátrica e em Saúde Mental ativa na construção de ações em saúde junto à equipe e ao usuário, construindo, assim, possibilidades para a Enfermagem enfatizar o protagonismo de sujeito como um “potencializador” do cuidado na Reabilitação Psicossocial e compromisso na conduta ética do cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, o estudo busca favorecer a reflexão para que a equipe de enfermagem construa um elo mobilizador das nuances terapêuticas atravessadas pelo cuidado em saúde mental, em que a autonomia do usuário seja preservada nas ações cotidianas, por meio da ênfase dos protagonismos do usuário de um CAPS. A escolha pela equipe de enfermagem se dá em função da mesma estar presente nos cuidados e intervenções e em ações de cuidado de turno integral, e permanente no espaço do CAPS III.

Cabe destacar que a participação social do sujeito em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental na comunidade acontece na mesma medida que esse assume o protagonismo da sua vida.

### **1.3 Reabilitar, Integrar, Inserir e Incluir: tecendo conceitos.**

Diante desse contexto, torna-se essencial esclarecer que o reabilitar, o integrar, o inserir e o incluir formam objetivos distintos na assistência em saúde mental, com o intuito de romper com a exclusão, com a segregação e com a marginalização do sujeito. Faz-se necessário conceituarmos, neste estudo, o significado de “reabilitação”, assim como o conceito da inserção e inclusão no manejo da Reabilitação Psicossocial, conforme Fonsêca (2005) já destacou, esses conceitos não são sinônimos, e os mecanismos de conduta e objetivos alcançados em cada quadro possuem processos de intervenções distintos.

O conceito de Reabilitação Psicossocial, proposto por Saraceno (2016), consiste no aumento do enfrentamento da habilitação plena e na diminuição da deficiência sobre os danos causados pela experiência do sofrimento psíquico, auxiliados pela figura do profissional em saúde mental. Esse, por sua vez, deve construir uma prática de cuidados que promova a autonomia do sujeito em tratamento, para que seja efetivo o processo de Reabilitação Psicossocial.

Segundo Saraceno (2016), a Reabilitação Psicossocial, na prática, deve ser tecida por um movimento de conduta ética em nossa sociedade contemporânea. Ela compreende diversas ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas “*desabilitações*” e sua deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano causado. Para que ocorra a reabilitação de forma plena é essencial, também, a reinserção social e a produção de redes sociais.

Na mesma linha de pensamento, conforme LUSSEI et. al.(2006, p.449):

“Quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente a dinâmica de sua vida, há o surgimento de um estado de inércia e diminuição de sua condição para o enfrentamento das dificuldades vividas, situação que pode ser modificada à medida que o apoio da rede social se amplia.”

Para que aconteça a Reabilitação Psicossocial, torna-se necessário um manejo anterior pela reinserção social desses sujeitos. Esse movimento terapêutico sustenta-se pela lógica do paradigma psicossocial. Nele há um processo de rompimento com as condutas manicomialis-institucionalizadoras e da exclusão do sujeito na sociedade. Assim, torna-se importante o resgate histórico pela busca da cidadania e justiça social como um direito. A reinserção é atravessada pela permanência do convívio social além dos muros institucionais, dessa forma, a Reabilitação poderá ser efetiva (SARACENO, 2016).

Em Carvalho (2007, p.12), argumenta-se a existência de distintos modelos na sociedade para inserção social. Porém, é importante enfatizar que nos diferentes meios, o convívio na comunidade será um aliado importante para reinserir o sujeito segregado da sociedade, através da construção de “projetos de vida” para os sujeitos condicionados à segregação social.

No que se refere ao conceito da inclusão social, configura-se em um aspecto social e político mais amplo. Ele surge como uma ideologia, para reverter ou atenuar os efeitos causados pelo processo de exclusão. Isso requer uma transformação da sociedade, com o intuito de reduzir desigualdades e dar garantia de direitos, de justiça social e acesso a bens e serviços.

Esse conceito tem como objetivo incluir o sujeito socialmente e deverá ser pautado pela superação da marginalização do sujeito pela sociedade e da adoção de modelos universais de acesso a bens e serviços (SASSAKI, 2010).

A inclusão vai além da inserção, pois a inclusão modifica toda a sociedade. Assim, configura-se em um processo adaptativo para incluir o sujeito ou grupo segregado e marginalizado historicamente. Sasaki (2010) argumenta que o processo de inclusão precisa ser capaz de atender as necessidades de seus membros, tendo-os como parceiros nas discussões de problemas e soluções, fato que ocorre diferente no processo de integração social.

No que se refere ao conceito da integração social, há a introdução, na sociedade, de uma pessoa considerada incapaz devido ao adoecimento, ou seja, a pessoa é preparada para conviver em sociedade, mas ela será instruída pelas regras e normas já estabelecidas pela sociedade que a considera com incapacidades, assim, não há a mudança nas estruturas normativas de meio social. Dessa forma, há uma submissão às normas e regras já instituídas e, assim, não há mudanças nos mecanismos sociais de exclusão. Por fim, vale destacar que a não adaptação do indivíduo à normatização social pode retorná-lo à condição anterior de exclusão (SASSAKI, 2010).

O conceito da inserção social, por sua vez, levaria em conta a idealização de um projeto pessoal e a sua posterior execução, atrelada à negociação permanente entre o sujeito e a sociedade e, nesse caso, sem a submissão de uma das partes pela outra (FONSÊCA, 2005). Em todo o contexto da inserção há um processo de troca e negociação entre as várias instâncias da sociedade (econômico, familiar, político, rede social), que direciona o sujeito que busca e/ou que necessita da atenção psicossocial. Na inserção social há mudanças das estruturas sociais do sujeito inserido.

Em relação à construção da autonomia na Reabilitação, cabe destacar que o indivíduo não vive isolado, pois ele estabelece as trocas, os afetos e os desafetos no “caminhar da vida”. Assim, quanto mais ampliada a nossa rede social, maiores são as maneiras de criar protagonismos e autonomia no viver. Esse fato é evidenciado em Kinoshita (2016, p.71), quando argumenta que “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para vida”.

Para que ocorra a Reabilitação é necessário construir os meios produtivos para que o sujeito realize suas trocas cotidianas, assim, “é primordial, na reabilitação, permitir condições

para que o sujeito possa ser o protagonista em participar do processo de trocas sociais e aumentar seu poder contratual” (KINOSHITA, 2016 p.71).

Além disso, o mesmo autor traça a construção do poder contratual em três dimensões: bens, mensagens e afetos. Essa relação de troca social, assim como as “contratualizações” cotidianas, são influenciadas pelas construções relacionais dos próprios profissionais de saúde com os usuários do serviço, através dos dispositivos relacionais e terapêuticos disponíveis para a viabilização dessas trocas. A Reabilitação Psicossocial é um processo para restituir o poder contratual do usuário, com a finalidade de ampliar sua autonomia (KINOSHITA, 2016, p.71).

#### **1.4 Objeto do Estudo**

O estudo tece como objeto de pesquisa: As ações de saúde que a Enfermagem produz para a promoção do protagonismo do usuário no Centro de Atenção Psicossocial.

O protagonismo é um termo que surge no teatro grego. O protagonista é o personagem principal da encenação, é o primeiro a entrar em cena, é o personagem foco da história a ser contada e representada. No dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, segundo Ferreira (2010), o protagonismo significa o figurante primordial de uma apresentação. Em sentido figurado, o seu significado remete a quem se destaca em qualquer acontecimento, área e atuação.

O conceito Protagonismo nasce na dramaturgia do teatro grego, com o seguinte significado: “ao primeiro a entrar em cena”. Em relação a etimologia da palavra “Protagonistas”, “protos” significa primeiro, e “agonistas”, competidor, lutador. Vale destacar que o termo protagonista, também tem o seguinte significado: a pessoa que ocupa papel principal, que é a primeira a falar, que ocupa o protagonista na realização de um trabalho, obra, cena e projeto (COSTA e PAULON, 2012).

No Brasil, o II Seminário Nacional de Promoção à Saúde (2010) teve um espaço onde o tema “protagonismo do usuário no SUS” foi versado por meio de intensos diálogos e debates sobre ampliar a diretriz da participação social, além dos essenciais e importantes espaços das Conferências, Conselhos, Ouvidorias. A ideia é lançar outros dispositivos, além desses cenários, em que a própria terapêutica e a negociação para o cuidado em saúde devem se pautar no reconhecimento das verdadeiras necessidades dos sujeitos (e não apenas nas regras

profissionais) e, portanto, com um olhar por meio de uma clínica compartilhada e centrada no sujeito usuário como protagonista.

A pesquisa do presente estudo, foi realizada no Cenário do Centro de Atenção Psicossocial III. Cabe destacar que tal CAPS corresponde a um tipo de modalidade do Centro de Atenção Psicossocial em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com horário de funcionamento de 24 h, aberto diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana, atendendo a uma clientela de adultos e idosos (BRASIL, 2004).

Segundo Mielke *et al.* (2009, p.163), ao abordar o cuidado em saúde mental através do CAPS, sendo “o objetivo maior deste movimento é a reinserção social do sujeito com transtorno mental ao seu território à sua família e comunidade, oferecendo condições necessárias tais como o cuidado no território”, mostra que o CAPS é um dispositivo dos serviços territoriais considerados como a “porta de entrada” do Sistema de Saúde na área de saúde mental. Desse modo, a Política Nacional de Saúde Mental, no Brasil, aponta o CAPS como um ponto estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2004).

O CAPS é considerado um serviço substitutivo aos manicômios. A assistência à saúde mental no CAPS é realizada por meio do engajamento na atenção psicossocial nos territórios e comunidades pautada pela ideia da inserção social. São serviços que circundam como sinônimo da luta antimanicomial, cunhados pela Reforma da Psiquiatria. Eles se configuram pelos princípios da desinstitucionalização, do resgate da cidadania e da reinserção e inclusão social dos usuários com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico grave.

O fato apresentado permite dizer que a atenção psicossocial, em consonância com a RPB, trouxe desafios que operam na efetivação dos serviços substitutivos corresponsáveis pela necessidade das mudanças culturais da sociedade em relação à loucura. Tal conduta renovadora tem como finalidade o resgate da cidadania perdida historicamente nas velhas práticas manicomiais, além do fortalecimento de rede social e do apoio para o sujeito em sofrimento psíquico grave e/ou transtorno mental.

Segundo o Ministério da Saúde (2005, p.25 e 26):

[...] o fundamento para a construção desta rede é a presença de movimento permanente, direcionados para outros espaços da cidade, em busca de emancipação das pessoas com transtornos mentais[...], é a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Segundo Amarante (2008, p.750) em relação às diversas atividades realizadas no CAPS destaca-se:

[...] o maior potencial de sua capacidade substitutiva está na ação do território, seja na possibilidade de ativar atores e recursos comunitários em função dos objetivos e estratégias de inclusão e integração social (atividades culturais, esportivas, de lazer, de trabalho), seja na transformação da cultura da comunidade em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento mental.

O CAPS traz a ideia de território como um lugar de produção de identidades, de poderes, e das trocas sociais. É um local de interações emocionais dentro de um contexto histórico e cultural de um coletivo. Assim, pauta-se pelo conceito de território abordado por Milton Santos que aborda não só território em si, mas o uso que se faz dele, ou seja, “o território é o lugar que desembocam todas as ações, todas as paixões, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, a história do homem plenamente, e se realiza a partir das manifestações da sua existência” (SANTOS 2007, p.12).

Conforme esse conceito apresentado, o território torna-se um campo existencial onde o homem constrói sua história e produz os diversos sentidos de sua existência, assim como as suas regras, as normatizações, as interações e as negociações do convívio social. Dessa maneira, o território irá se configurar nas características referente às singularidades daquele espaço coletivo habitado. Assim, o uso do território na terapêutica em saúde, produz uma ênfase para a construção das identidades sociais dos indivíduos e a produção de suas subjetividades.

Ressalta-se que, segundo Santos (1998), o conceito de território se diferencia do emprego do território de Estado-Nação, o qual se limita, em uma definição jurídico-econômica. Conforme o mesmo autor, o território é um quadro de vida, onde se constrói a rede de interações sociais. É o espaço de convívio coletivo. O território é construído socialmente e está em constante mudança, pois ele não é estático e sim dinâmico e é moldado por meio da dialética das transformações sociais.

Relaciona-se ao território a concepção de que a Reabilitação Psicossocial, conforme Saraceno (2016), é um processo composto por um conjunto de estratégias com a finalidade de aumentar as oportunidades das trocas e dos recursos e afetos do sujeito, tendo em sua essência as práticas territoriais. Na Reabilitação Psicossocial, os objetivos são pautados nas transformações conscientes do cotidiano e pela busca da autonomia, da liberdade de escolha e da cidadania para os sujeitos em sofrimento psíquico e/ou doença mental.

Diante do contexto apresentado, o campo da saúde mental deve extrapolar o uso do conceito do território físico ou geográfico, não apenas configurado pelo espaço do CAPS, uma vez que o território em uso, também, é um espaço relacional e simbólico do sujeito e não está somente condicionado ao serviço em que presta assistência de saúde. Dessa forma, o uso do território do sujeito para a aquisição e manutenção da cidadania é amplo e diversificado.

O espaço de serviço territorial, vinculado à atenção primária na assistência em saúde mental, passou e passa por transformações constantes e estão relacionadas aos desafios formados pelos preceitos da RPB. Dessa forma, é importante destacar que:

“O conceito de território adotado no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na forma como estes podem se articular (ou não) em termos de promover a desinstitucionalização (como desconstrução epistêmica dos saberes sobre a loucura) dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica.” (SANTOS E NUNES 2011, p.716).

É por meio da singularidade de cada território que será possível o olhar sobre a produção de subjetividades presente em determinado grupo e na sua rede de construção interativa no espaço coletivo, a fim de “caminhar” com o cuidado em saúde mental pós-reforma.

Para Torres e Amarante (2001, p.76), “a produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos”. Eles argumentam que ela é o produto da realidade histórica, por isso é formada no espaço coletivo e nunca no individual.

Segundo Santos (1998), a compreensão do uso do território é primordial para afastar o risco de alienação, da perda do sentido de individual e do coletivo, bem como o risco da renúncia para o futuro.

Cabe evidenciar que o conceito de território, desde a década de 90, é incorporado nas Políticas Públicas de Saúde. O termo é ampliado para além de um espaço físico, mas também para um lugar simbólico e singular, almejado em construções individuais e coletivas dos sujeitos. O processo de trabalho no território requer, segundo Brasil (2005, p. 26):

[...] trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.

Ademais, na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), a noção de território apontou para uma rede de cuidados à pessoa com transtornos mentais de acordo com as necessidades locais, considerando os dados epidemiológicos e a realidade local de cada município.

Salienta-se que o estudo do território usado no espaço de produção da assistência em saúde mental, permitirá a possibilidade de encontrar as transformações presentes no movimento dinâmico do indivíduo por meio das suas construções e na manutenção das redes sociais, dos poderes e normas seguidos e estabelecidos, assim como na produção de subjetividades e nas formas de interação por meio das negociações para o cuidado em saúde.

As produções de subjetividades estão presentes nos nossos encontros e no ato de cuidar, por isso, todos nós produzimos e reproduzimos determinados efeitos nas relações sociais e há reproduções subjetivas na atuação desses espaços. Assim, os encontros entre sujeitos e profissionais reforçarão determinados hábitos e institucionalizarão as normas e as regras na relação social. É importante destacar que “a relação com o outro” é que nos forma como sujeito que produz subjetividades, dessa maneira, quando eu não estou na relação com o outro, não estou produzido tal fenômeno (GUATTARI, 2010, p.41).

Observa-se que toda ação humana está em processo de subjetivação, movimentando e normatizando a vida dos sujeitos. E que toda a relação produz um efeito e esse efeito é propício à análise para apresentar as institucionalizações concretas presentes no cotidiano da relação. Portanto, para Guattari (2010), a subjetividade é fabricada no campo social.

Segundo Torres e Amarante (2001, p.77), “a subjetividade é descentrada do indivíduo, passando a ser constituída por forças disseminadas no campo social e por suas “positividades”, que buscam a sua modelagem, serializações e homogeneizações”. Nesse sentido, o movimento de intencionalidades para promover as mudanças que sustentem a RPB está na produção coletiva de “ressignificações” com a loucura por meio da integração com família, comunidade e território. Diante disso, o CAPS é um dispositivo primordial nessa articulação. A equipe de Enfermagem pode ser facilitadora para o engajamento do usuário na sua construção e/ou na manutenção da Reabilitação Psicossocial nos diversos espaços que vão além das instituições de saúde.

As novas práticas em saúde operaram em uma assistência em saúde mental sustentada pelos preceitos que foram e são traçados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e necessitam:

[...] adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente, dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o protagonismo social, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação (BRASIL, 2005, p.63).

A clínica no território pode se fazer presente quando o profissional investe nesse indivíduo, interage e sensibiliza com suas singularidades e contexto, promove uma escuta qualificada, acolhe suas queixas e proporciona o cuidado no campo coletivo mesmo diante da falta de investimentos do campo macropolítico e econômico (DUTRA, et.al.2017)

Segundo Fabri e Loyola (2014), em um estudo sobre os desafios e necessidades atuais da Enfermagem psiquiátrica e em Saúde Mental, a necessidade da adoção de medidas de enfermagem mais terapêuticas no contexto das dificuldades do processo de trabalho dessa categoria e da necessidade de formação especializada para a atuação nos serviços de saúde mental é salutar. É essencial que a equipe de Enfermagem tenha habilidades e capacidades de proporcionar ações de cuidado que promovam o protagonismo do usuário no cenário do CAPS. Tal construção está relacionada às diversas formas que a equipe de Enfermagem pode atuar para mediar, facilitar ou contribuir para o protagonismo do sujeito nos planos e projetos de cuidado.

Cabe destacar que a adoção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta norteadora do processo de trabalho da equipe de saúde, é um dispositivo essencial para promover a assistência centralizada no protagonismo do usuário do CAPS. Segundo o Ministério da Saúde (2014), o Projeto Terapêutico Singular compreende uma construção interdisciplinar junto ao indivíduo ou à família para sistematizar a assistência em saúde mental.

Conforme Carvalho *et al.* (2012), apesar dos avanços trazidos pela RPB, através da consolidação do CAPS como serviço substitutivos para a construção da autonomia e reinserção social dos sujeitos, o CAPS ainda necessita efetivar a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta da prática assistencial.

Nesse sentido, o PTS é um dispositivo do processo terapêutico nas ações práticas cotidianas. Porém, há uma distorção entre a teoria e a prática, no que tange à adoção da atenção psicossocial na prática e na utilização desse dispositivo aplicado à assistência em saúde mental. Em adição, destaca-se que a não aderência e efetivação do PTS como ferramenta norteadora do trabalho em saúde pode ser um grande empecilho na consolidação da Reabilitação Psicossocial.

Os estudos da saúde mental apontam para o fato de que as intervenções de saúde no espaço do CAPS estão relacionadas às dificuldades de adoção do PTS no processo de trabalho da equipe CAPS. As ações dos profissionais ainda estão condicionadas a uma conduta e postura profissional engessada pela escolha do modelo biomédico, “*psiquiatrizante*” e “*institucionalizantes*” para nortear as intervenções de saúde. Repetir a velha lógica, mesmo em serviços de base territorial e comunitária, ainda é uma realidade em diversos CAPS, o que dificulta a elaboração de um PTS e ações de saúde norteadas pelo protagonismo do sujeito e manutenção da sua autonomia (AMARANTE, 2008; BEZARRA JR, 2014; PITTA, 2011).

Cabe esclarecer que o presente estudo foca o seu olhar nas ações de enfermagem junto ao usuário do CAPS III, para a promoção do seu protagonismo nas ações cotidianas e nos projetos de cuidados em saúde. Por isso, defende-se a seguinte tese: As ações da equipe de enfermagem para promover o protagonismo do usuário do CAPS III só serão possíveis por meio de uma constante negociação cotidiana em saúde com o território e territorialidades do sujeito.

A tese versa sobre a possibilidade das ações da Enfermagem norteadas pela Reabilitação Psicossocial, a fim de favorecer o protagonismo do sujeito. Essas ações só são possíveis por meio do “cuidado libertador”, cuidado que favorece a autonomia e a independência do sujeito. Esse cuidado está condicionado a uma permanente negociação entre o profissional da Enfermagem com o usuário, a família e a equipe profissional e território do CAPS.

É evidente que uma prática assistencial que não produz e não permite a construção dos protagonismos do usuário fere os princípios da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a equipe rompe com a manutenção e a construção da autonomia do usuário e não atinge as ações por meio de prática terapêutica ligada à Reforma Psiquiátrica Brasileira e sustentada pelos serviços substitutivos para a contraposição à lógica manicomial.

### **1.5 Questões Norteadoras e Objetivos do Estudo**

Diante do contexto apresentado, o projeto traz as seguintes questões norteadoras da pesquisa:

- Como a equipe de Enfermagem proporciona ações de cuidados cotidianos para promover o protagonismo do sujeito?

- Quais são as dificuldades encontradas pela equipe de Enfermagem para a promoção do protagonismo do usuário no CAPS III?
- Quais são os sentidos de cuidados produzidos pela equipe de Enfermagem para promover ações cotidianas para promover o protagonismo do usuário no CAPS III?

Para isso, o estudo tece os seguintes objetivos:

- Descrever as ações da equipe de Enfermagem que promovem o protagonismo do usuário no CAPS III;
- Identificar as dificuldades da equipe de Enfermagem em promover ações para o protagonismo do usuário do CAPS III;
- Analisar os sentidos que a Equipe de Enfermagem produz nas ações cotidianas para o protagonismo do usuário do CAPS III;

O Ministério da Saúde, em 2004, instituiu o CAPS como um serviço de portas abertas do SUS, criado em consonância à Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que tem como a principal finalidade a reinserção social e a construção da autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Segundo Fleury- Teixeira *et al.* (2008), a autonomia é vista como ampliação das capacidades e possibilidades de escolha das pessoas, é uma categoria central e o critério definidor da atuação em promoção de saúde. As ações de saúde baseadas na singularidade do sujeito e colocando-o como protagonista nas condutas sobre o cuidado em saúde, desencadeia a manutenção da autonomia pessoal do usuário sobre suas decisões de vida. É uma conduta ética do profissional de saúde atentar-se a esse fenômeno, a fim de promover o melhor cuidado de maneira digna.

A promoção à saúde defende que o protagonismo do usuário é ressaltado pela forma em falar em primeiro lugar, enunciar em nome de um coletivo, pronunciar e participar das escolhas de normas de sua própria vida. Não só a participação possível é algo a ser debatida em estudos para incremento do SUS, mas também a participação desejável, onde há a possibilidade de decidirem os rumos de suas próprias vidas (COSTA e PAULON, 2012).

Assim, o protagonismo é um conceito que opera em um processo de protagonizar, de ser protagonista, a figura principal na decisão, o primeiro a escolher e decidir sobre as ações de saúde, através da negociação, do diálogo com os profissionais de saúde que podem ser considerados os agentes mediadores da autonomia do sujeito.

Paim (2014, p.73) aponta que “a compreensão de autonomia não corresponde à independência absoluta, e sim a uma relativa participação”. Essa se dá por meio da congruência do saber não formal do usuário e do saber técnico e científico do profissional de saúde. Dessa forma, a autora aborda que “a autonomia é um conceito que se articula com a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida, ao efetuar racionalmente as suas escolhas e decisões” (PAIM, 2014, p. 72).

Torres e Amarante (2001) colocam o protagonismo dos usuários por meio da organização dos usuários em conquistas significantes no campo social e político, sustentados pelo *empowermen*<sup>1</sup> do sujeito em âmbito coletivo. Segundo Minayo (2001), o significado de sujeito coletivo na saúde é definido pela própria sociedade, na busca pelas representações objetivas e subjetivas do ser saudável, traçando o significado do conceito sanitário e dos níveis de qualidade de vida que almejam alcançar.

Aponta-se que, segundo Pande e Amarante (2011, p. 2075), em um estudo sobre o CAPS no Rio de Janeiro, “os serviços podem, a um só momento, “cronificar”, restringir, segregar, proteger bem como libertar, favorecer autonomia, a cidadania e o protagonismo”.

Frente às possibilidades do protagonismo na saúde, quando reportamos para a assistência da saúde mental, o lugar do louco começa com críticas em dois lugares possíveis em nossa sociedade contemporânea: o primeiro institucionalizado, demente, alienado e tutelado; e o segundo, o sujeito político, que seria a antítese que debate o tratamento com a instituição (TORRES e AMARANTE, 2001, p.84).

Diante desse contexto, o estudo adota o termo: “a desinstitucionalização responsável”, que necessita operar de forma plena, considerando o cuidado psicossocial do sujeito em suas singularidades de realidades concretas. Conforme aponta Pitta (2011, p.458), “o tratamento deixa de ser exclusão em espaços de violência e morte social, para tornar-se criação de possibilidades concretas de subjetividades e interação social na comunidade”.

Levando em consideração o reconhecimento dos processos de subjetivações nos serviços substitutivos em saúde mental, a atenção psicossocial, segundo Cardoso e Galera (2011, p.688),

---

<sup>1</sup> *Empowerment*: o termo adotado pela Carta Ottawa (1996) referente ao poder das comunidades na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde, traçados pela diretriz da participação popular através da aquisição de conhecimento e de consciência política nas participações de escolhas em prol de sua saúde (BUSS, 2009, p.31).

aborda que: “é uma intrínseca relação entre os serviços de saúde e seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico”.

Entretanto, a atenção psicossocial referente às ações de Enfermagem pode abarcar características que remetem a um retrocesso. Quando não se configura em uma construção mediada no novo paradigma psicossocial. Essa “não mediação” se dá por meio da manutenção do modelo biomédico e do modelo asilar nas ações profissionais. Cabe ressaltar que as ações de saúde estão ainda atreladas à conservação de velhas condutas que “institucionalizam” o sujeito, rompendo com seu protagonismo nas escolhas de saúde. Além disso, esse contexto pode ser sustentado pela própria sociedade contemporânea quando marginaliza o indivíduo em sofrimento psíquico grave e/ou com transtorno mental.

A cidadania e a liberdade do usuário de um serviço de saúde mental ficam comprometidas frente aos aspectos sociais que permeiam a institucionalização e marginalização, como por exemplo, o abandono familiar, o rompimento dos laços sociais, ações “*medicalizantes*”, atrelado à negação sobre os aspectos subjetivos e potenciais do próprio indivíduo na produção do cuidado em saúde.

Para Dalmolin (2006, p.163) “o que parece prevalecer nesse arranjo é a incapacidade do profissional de sair desse lugar de mero receptáculo para se tornar construtor de outros projetos, o que requer trazer a cena essa trama de interconexões”.

Dessa maneira, é primordial pensar a nova clínica no território, no intuito de romper com o velho paradigma. Conforme aponta Lemke e Silva (2011, p. 992):

As ações no território pautadas pela desinstitucionalização exigem a suspensão do velho modelo de saúde como algo diferente das cristalizações de localizações indenitárias (esquizofrênico e bipolar) e se apoie num tipo especial de atenção ao território existencial dos usuários. Do mesmo modo, a integralidade exige uma amplitude de olhar sobre o território e uma atenção voltada à sua *processualidade*, para que se perceba a tônica da necessidade em uma intensidade que emerge no cipoal de complexidade do território. Seja uma relação que se tornou opressora, um modo de ser *despotencializado* diante da vida, uma afecção no corpo ou um direito social obstruído.

A construção histórica do movimento de Reforma Psiquiátrica veio para priorizar o investimento terapêutico dos indivíduos em sofrimento psíquico no seu cotidiano, fortalecendo-o em suas redes sociais e familiares, com o objetivo de diminuir o seu ingresso no circuito do hospital psiquiátrico. Assim, proporcionaria o interesse nas transformações da relação dos

profissionais da saúde mental com a demanda de cuidados e um questionamento por ele a respeito da sua própria prática (DALLA VECCHIA e MARTINS, 2009).

A equipe de Enfermagem faz parte do CAPS desde sua construção e consolidação como estratégia nacional da Política da Atenção Primária em espaço mediador da rede de serviços de saúde mental (BRASIL, 2004).

Por se tratar de cenário da atenção primária, as ações da enfermagem deveriam pautar-se pelo reconhecimento do protagonismo desses indivíduos. É importante ressaltar que o cuidado da Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental vai além dos cuidados fundamentais e generalizantes da profissão. Há uma especificidade das ações de cuidado do enfermeiro no setor de psiquiatria. Essas ações são conotativas à relação terapêutica pautada em saber específico e em construção. Dessa maneira, espera-se da equipe de Enfermagem Psiquiátrica:

“Renovar sua prática de cuidado, com base em conhecimentos teóricos que possam sustentar essa prática, que hoje é solicitada e esperada da enfermeira psiquiatra: de uma agente terapêutica. — Jamais permitindo que as duras rotinas da instituição psiquiátrica impeçam a sua proximidade com os pacientes.” (ALVES E OLIVEIRA, 2010, p. 70).

Para Oliveira e Loyola (2006, p. 649), ao se pensar a intervenção no território do sujeito através do cuidado domiciliar na psiquiatria, é necessário “reconhecer as verdades do meio coletivo onde o paciente vive as suas próprias verdades, para qual ele possa aceitar as verdades científicas, as verdades do que é possível fazer”. Assim, caso não forem reconhecidas as verdades do outro, a intervenção nesse espaço tornar-se inoperante.

Em Santos e Nunes (2011, p.720), o território em saúde mental na perspectiva do CAPS compõe: “usuários, familiares, vizinhança, profissionais, instituições, miríades que compõem o território e que, quando não problematizados, acabam por limitar a voz do sujeito a quem se pretende incluir”.

Dessa maneira, quando a equipe produz o reconhecimento das necessidades trazidas pelo sujeito nas ações cotidianas de saúde, ela proporciona também a experimentação subjetiva do usuário para entrar em cena e ser o protagonista do alcance de suas necessidades em saúde.

## 1.6 Justificativas e Relevância

O tema da pesquisa faz parte da Agenda de Prioridades de Pesquisas no Brasil referente aos seguintes itens: organização e avaliação de políticas, programas e serviços; Reabilitação psicossocial; estudos sobre a eficácia das abordagens terapêuticas de grupos; qualidade de vida e humanização da atenção. Reforma psiquiátrica: novos atores, suas metodologias e estratégias de participação; estudos para identificação de políticas e programas que favoreçam a “ ” “desospitalização” dos doentes mentais.

O futuro da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) está na esperança em que os usuários, familiares e trabalhadores “[...] encontrem modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nas escolhas insensatas do serviço de saúde” (PITTA, 2011).

Descrever quais as ações a equipe de Enfermagem promovem para o protagonismo dos usuários por meio dos cuidados cotidianos em saúde no CAPS III, tornam-se essenciais, devido à necessidade histórica do resgate da cidadania e da dignidade desses sujeitos. Cabe dizer que essa ação de reconhecimento sobre o protagonismo do usuário do CAPS é norteada pelo princípio da justiça social correspondente à construção e manutenção da autonomia rompida e tutelada no modelo manicomial.

Cabe destacar que o CAPS é considerado como um cenário da horizontalidade nas relações de poder entre os profissionais de saúde. Além disso, desde sua origem e idealização, possui um sistema de gestão participativa facilitadora para o trabalho organizado por projetos terapêuticos (SANDUVETTE, 2007).

É importante destacar o fato que a Enfermagem é um quantitativo profissional em maior número (considerando o quantitativo dos enfermeiros e dos técnicos) no cenário CAPS III com a atuação de 24h. Dessa forma, a ação cotidiana da Enfermagem pauta-se pela permanência diferente de outras profissões de saúde, assim, torna-se necessário estudos sobre como a equipe de Enfermagem pode transformar suas ações de cuidados cotidianos para promover o protagonismo do sujeito usuário de um serviço de saúde.

Essas ações de Enfermagem são um fenômeno essencial a ser investigado por meio da equipe de enfermagem que está em atuação assistencial integral nos espaços do CAPS III. Vale lembrar que, desde Peplau (1991), que o papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria é estruturado na qualidade da relação interpessoal entre o enfermeiro e o usuário. Ele é tangenciado em quatro fases de construção: fase de orientação, fase de identificação, fase

de exploração, fase de resolução. Por esse motivo, há um arcabouço teórico da Enfermagem já na mediação da relação interpessoal para o cuidado em saúde mental.

Além disso, justifica-se o estudo na necessidade apontada por diversos estudiosos da Saúde Mental (AMARANTE, 2007; BEZERRA JR, 2007; PITTA 2011) sobre pesquisas no cenário do CAPS que apontem as dificuldades e as possíveis contradições com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Há relevância na discussão dos diversos desafios da atenção psicossocial nos territórios, direcionada pelos preceitos da Reforma para a construção de novas práticas de saúde mental, com a finalidade de rompimento da institucionalização dos sujeitos atendidos nesses espaços, pois a RPB ainda é um processo em construção, um movimento de luta e de mobilização social cotidiana.

O estudo possui relevância à pesquisa e ao ensino, visto que após quase 16 anos da Lei 10.216 de 2001(a qual ficou doze anos em trâmite no Congresso Nacional), a institucionalização jurídica da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as consolidações dos serviços substitutivos em base territorial configuram-se uma ruptura do modelo manicomial, porém as práticas assistenciais em saúde mental no território ainda correm o risco de institucionalizar sujeitos no espaço do serviço substitutivo, criando contradições com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Assim, “ora o CAPS tem a preocupação em favorecer um intercâmbio com a comunidade, ora se reconhece fechado em si mesmo. Se por um lado exalta a cidadania dos usuários, por outro entende que deve protegê-los dos desafios impostos pela sociedade” (PANDE E AMARANTE 2011, p.2075).

Estudos no cenário do CAPS que apontem as dificuldades e possíveis contradições com a Reforma Psiquiátrica Brasileira nos serviços substitutivos de saúde mental são essenciais para sustentar as reflexões dos desafios presentes e as possibilidades de mudanças encontradas na prática da atenção psicossocial nos territórios. Tais estudos são importantes, pois ainda há diversos desafios no que se refere ao processo da atenção psicossocial de maneira efetiva. Assim, cabe realizar estudos sobre um olhar direcionado para as ações em saúde correspondentes aos preceitos da Reforma e, também, na construção de novas práticas de saúde mental, a fim do rompimento da institucionalização dos sujeitos atendidos nesses espaços.

No entanto, o manejo terapêutico do serviço de saúde mental brasileiro ainda pode correr o risco de permanecer protocolado na prescrição medicamentosa e focado na construção e norteamento apenas por diagnósticos clínicos psiquiátricos do louco e a institucionalização do sujeito no serviço substitutivo.

Essa ideia já tinha sido expressada no Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo, em 2004, pois segundo Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 1054), “figuras importantes do movimento pela Reforma Psiquiátrica, gestores e trabalhadores apontam para o risco de manicominização dos novos equipamentos” na saúde mental.

A equipe de enfermagem ainda necessita demonstrar como atua nesses espaços da atenção primária no manejo ao atendimento psicossocial, bem como na construção do cuidado que promova o protagonismo do sujeito em seu plano terapêutico.

Dessa forma, investigar a atenção psicossocial atrelada aos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira se insere na linha de pesquisa intitulada: Cuidado em Saúde mental e Reforma Psiquiátrica que, por sua vez, está ligada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery.

O projeto se propõe a fazer uma análise das ações de Enfermagem na atenção em saúde mental no território e apontar as dificuldades e desafios que se processam no movimento de mudanças de velhos paradigmas e na construção de uma inovadora prática da Enfermagem na atenção psicossocial. Essa inovação se dá através da ênfase em ações que a equipe de enfermagem promove, constrói e dialoga sobre as formas terapêuticas que reconhecem o protagonismo do usuário no CAPS.

## **1.7 Contribuições do estudo**

A pesquisa discorreu sobre os processos de subjetivações e sentidos que a equipe de Enfermagem pode construir no contexto do serviço em saúde mental, para promover o protagonismo do sujeito nas ações cotidianas de cuidados na Reabilitação Psicossocial.

O estudo trouxe as contribuições para a pesquisa em Enfermagem referente à consolidação e ao movimento do fenômeno da Reforma Psiquiátrica Brasileira, frente aos seus desafios e inovações no âmbito do SUS, na intenção de fomentar maiores reflexões sobre a atual maneira que os Enfermeiros desenvolvem suas ações nos serviços substitutivos e

comunitários. Além disso, demonstra de que forma eles lidam com a complexidade da atenção em saúde traçada pelo novo paradigma psicossocial.

Para a assistência na prática em saúde mental, o estudo contribui na inovação da atenção psicossocial por intermédio do reconhecimento sobre a produção de subjetividades entre o profissional da Enfermagem e o usuário, a fim de realizar a construção do protagonismo que sustenta a autonomia desse sujeito em sofrimento psíquico. Esse trabalho pretende trazer uma reflexão crítica de como o fenômeno protagonismo do sujeito é colocado em prática nas ações de enfermagem. Além disso, o trabalho identificou, na prática assistencial, as dificuldades encontradas pelos enfermeiros frente à atenção psicossocial nos territórios.

A inovação do estudo para a prática da Enfermagem é sustentar o debate de que a Reabilitação Psicossocial do sujeito só será efetiva quando o respeito, a busca pela autonomia e por protagonismos do sujeito forem consideradas na atenção em saúde mental. Isso exige esforços da equipe de enfermagem em atuar e demonstrar a sua colaboração na consolidação, avaliação e mediação nas ações de cuidados cotidianos.

Esse trabalho contribui para o ensino em saúde mental, uma vez que produz definições e discussões concretas sobre a prática da atenção psicossocial voltada para a autonomia e protagonismos dos usuários no território através das ações da enfermagem, proporcionando entendimento mais enfatizado sobre o cuidado ampliado, e a ruptura das “amarras” institucionais do serviço em saúde. Cabe argumentar, também que a pesquisa apresenta uma visualização dos desafios que a equipe de enfermagem encontra para promover o cuidado para o protagonismo do sujeito.

O estudo possibilitou uma instrumentalização futura no que se refere à pesquisa e à extensão universitária, ligadas à área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, colaborando para uma atuação de um trabalho compartilhado com a equipe multiprofissional, para uma atenção psicossocial que objetiva o foco na assistência inovadora e promotora dos protagonismos dos sujeitos atendidos nesses espaços. Nesse sentido, o estudo permite que os usuários do serviço coloquem em cena as suas necessidades de saúde, a fim de serem reconhecidas pelos profissionais.

Por fim, o estudo contribui para aquecer o debate sobre pesquisas ligadas à Reforma Psiquiátrica, através da assistência que coloca em ênfase o protagonismo do sujeito. Além disso, exemplifica como o movimento da Reforma tornou-se um mecanismo de luta e de inovações permanentes, que dependem tanto dos usuários dos serviços quanto dos profissionais da saúde,

do mesmo modo que da própria equipe de enfermagem que é permanente no serviço do CAPS III, assim como da família e da sociedade, norteados para as mudanças no sentido de romper com a lógica “institucionalizadora” do sujeito e sua marginalização.

## **2.0 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS FERRAMENTAS PARA PROMOVER O PROTAGONISMO DO SUJEITO**

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, é um movimento iniciado na década de 1970. Foi concomitante ao movimento de redemocratização do País. Possui um aspecto político, social e jurídico redirecionado à assistência em saúde mental. Ela foi baseada nos preceitos da desinstitucionalização e no modelo de Reforma Psiquiátrico Italiano. Esse movimento objetiva a substituição do modelo manicomial e a implementação da atenção em base comunitária e territorial, criando, assim, os serviços substitutivos da saúde mental no País (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2008), o ano de 1978 foi o marco inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois ocorrem três eventos importantes: A crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú/SC denominado: Congresso da abertura da Reforma, e o Congresso do Ibrapsi – I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Nesse último, houve a presença de personalidades importantes da reforma da psiquiátrica mundial: Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari e Erving Goffman.

Para Tenório (2002), a principal meta da Reforma Psiquiátrica visa à própria questão da estrutura de atenção, não se tratando do aperfeiçoamento das estruturas tradicionais (ambulatório e internação), mas da criação de novos dispositivos e tecnologias, com a finalidade de substituir a psiquiatria baseada no hospital por uma sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária.

Assim, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira divide-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991, que abarcou a crítica ao modelo “hospitalocêntrico”. E a segunda do ano de 1992 até aos dias atuais, em que se destaca a implantação de uma inovadora rede de serviços extra-hospitalares (GONÇALVES e SENA, 2001; AMARANTE, 2007; MESQUITA et al, 2010).

Vale destacar que, na década de 1970, foram registradas inúmeras denúncias quanto à assistência em saúde mental no Brasil, e, também, em relação às precárias e desumanas condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população e o aumento exagerado dos leitos do setor privados para a psiquiatria (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2008), no ano de 1978, três médicos da psiquiatria, recém-formados, deflagram uma série de denúncias de maus-tratos, violência, e desrespeito à dignidade e aos direitos humanos pelos hospitais psiquiátricos ligados ao Ministério da Saúde, representados pelo Dinsam (que tinham como vítimas também alguns presos políticos da ditadura). Esse fato culminou na crise do Dinsam.

É nesse contexto em que surgem pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, que constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sociedade civil e organizadas, autora-chave, no processo inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2008).

Ainda, no ano de 1978, na cidade do Rio de Janeiro, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no País. A questão psiquiátrica é colocada em pauta (BRASIL, 2005; MESQUITA et al, 2010). Cabe destacar que no final de 1987, realiza-se o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em Bauru, SP. Nesse contexto, concretiza-se o Movimento de Luta Antimanicomial que é construído pelo lema: “por uma sociedade sem manicômios”. Nesse congresso, amplia-se o sentido político-conceitual acerca do movimento antimanicomial (BRASIL, 2005).

Os trabalhadores ligados ao MTSM almejavam mudanças, pois eles realizaram constantes denúncias institucionais dadas aos sujeitos internados em serviços psiquiátricos, tais como maus-tratos, violência, desrespeito à dignidade humana, rompimento de direitos e ataque à cidadania. Todas essas crises e denúncias geraram o movimento pela vontade de mudança na atenção à saúde mental no País (AMARANTE, 2007).

Segundo Tenório (2002), a I Conferência Nacional de Saúde Mental representou o fim da trajetória sanitarista e o início do movimento da desconstrução sobre o cotidiano das instituições e da sociedade na atenção ao indivíduo com transtorno mental e em sofrimento psíquico, através de novas formas de lidar com a loucura e da desinstitucionalização.

No ano de 1989, na instância do Congresso Nacional, inicia-se o trâmite do Projeto de Lei 3657, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios nos Países. Essa Lei também é considerada como marco do início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (AMARANTE, 2007).

Entretanto, será apenas no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216, de 2001) ou Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira é aprovada no País. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original que traz modificações importantes no texto normativo (BRASIL, 2005; MESQUITA et al, 2010).

Vale ressaltar que a demora em instituir essa Lei no campo legislativo, deve-se ao fato de que grande parte dos leitos psiquiátricos no Brasil, nesse período, eram do setor privado. Por isso, os gestores de hospitais privados, geralmente médicos psiquiátricos, foram contra a efetivação da Lei 10.216, pois se alimentavam da “indústria da loucura”, através das internações lucrativas.

Assim, segundo o Ministério da Saúde (2005), a Lei Paulo Delgado foi criticada, sobretudo, por proprietários de hospitais e clínicas privadas conveniadas ao SUS, nas quais se localizavam a maior parte dos leitos para o atendimento dos doentes mentais. Em 1985, segundo dados do Ministério da Saúde, 80% dos leitos psiquiátricos eram contratados enquanto somente 20% eram internações na rede pública. Também, não se nega o fato de que a própria sociedade construía “o rótulo instituído” dos preconceitos e a intolerância em relação ao louco e loucura fora dos muros institucionais do hospital.

É importante argumentar que a Lei da Reforma Psiquiátrica redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. No entanto, ela não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (AMARANTE, 2007).

A promulgação da Lei Paulo Delgado impôs novo impulso e um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, na assistência psicossocial fora dos muros hospitalares sobre os leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005). É, assim, que no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica,

passa a consolidar-se no ganho de maior sustentação e visibilidade em plano político nacional, sustentado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, reforçou a rede de atenção integral em saúde mental, traçando temas como a inclusão social e a desmistificação da loucura. Para Amarante (2008, p.758), “o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, com o louco e com a doença mental na superação do estigma”.

Desse modo, as mudanças tecidas pela Reforma Psiquiátrica no rompimento da desinstitucionalização e no movimento da reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico e com transtorno mental configuram-se através das intervenções e nas ações primordiais entre o serviço de saúde, a sociedade e o Estado, para sustentar o novo paradigma da atenção psicossocial.

## **2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): a nova configuração da Atenção em Saúde Mental.**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços territoriais de base comunitária, considerados marcos da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira em termos de estrutura. O estudo descreve de forma sucinta a criação, os objetivos e os desafios dos CAPS.

Em 1987, criou-se o primeiro CAPS do País, em Santos (SP). Na mesma cidade iniciou-se a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, local de internação psiquiátrica onde os maus-tratos e mortes dos pacientes eram frequentes. Essa intervenção teve repercussão nacional e propiciou a construção da rede extra-hospitalar, com a criação dos NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial), que funcionavam 24h (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2008).

A cidade de Santos, no litoral de São Paulo, foi a pioneira na transformação da Saúde Mental no Brasil. Foi a primeira cidade brasileira, e a quarta do mundo, a construir uma rede de serviços que substituíva inteiramente o asilo e o manicômio (BRASIL, 2005).

Segundo Hirdes (2009), tal intervenção pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução de estruturas substitutivas. A partir dela, passou-se a privilegiar a criação destes serviços (CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas e residências

terapêuticas) ao uso do hospital psiquiátrico na rede de serviços substitutivos à saúde mental, levando, assim, em consideração o respeito, as particularidades e as necessidades de cada local.

Vale ressaltar que a experiência do Município de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois se trata da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica era possível e exequível (BRASIL, 2005). Avanços garantidos com a promulgação da Portaria Nº 336 de 2002, que estabelece uma nova regulamentação dos serviços de atenção psicossocial, em que foi abandonada a sigla NAPS e onde todos esses centros foram denominados de CAPS, sendo classificados em diversas modalidades distintas CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, e CAPSi (AMARANTES, 2008).

A luta antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos extra-hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica, através dos Centros de Atenção Psicossocial (MESQUITA, et.al. (2010).

Cabe ressaltar que dos objetivos do CAPS apontam para que funcionem articulados em rede, não apenas entre si, em rede “*inter-caps*”, como também sendo fundamental a articulação em rede com outros serviços sanitários e com outros dispositivos não sanitários (AMARANTES, 2008, p. 749).

Os diversos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. Vale destacar que a rede composta por esse tipo de dispositivo comunitário vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial. Em seu lugar, traz a efetivação do SUS atrelado à proposta de desinstitucionalização, objetivando superar os limites das práticas de saúde e produzir processos de subjetivações que permitam um novo olhar cultural sobre o louco e a loucura na nossa sociedade (BEZARRA JR, 2007).

Amarantes (2008, p. 751) descreve as características de um serviço substitutivo forte como a atuação no sentido de substituir o modelo asilar. Disponibilização de oferta dinâmica e diversificada de recursos e estratégias transdisciplinares e interdisciplinares. O funcionamento no período integral (24h) e diário, inclusive sábados, domingos e feriados, e a atuação na base do território e intervenção de forma inter-setorial, isto é, a ativação dos recursos de vários setores sociais.

Podemos entender a Reforma Psiquiátrica como um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens. Ela incide em territórios diversos e reverbera como um conjunto de transformações das práticas, dos saberes, dos valores culturais e sociais. Assim, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica se configura (BRASIL, 2005).

Segundo Silva *et al.* (2012), a nova cultura que abrigar a loucura deve permitir que os novos significados se manifestem em todas as dimensões da vida dessas pessoas que experimentam a loucura e que possam conferir os direitos e dignidade, doravante a uma Reabilitação psicossocial efetiva.

Conforme argumentam Pande e Amarante (2011), os CAPS devem utilizar recursos territoriais, mas necessitam procurar não se centrar em suas atividades rotineiras, movimentando-se nas produções da atenção e dessa forma para além das atividades no próprio CAPS. Isso favorece o exercício do protagonismo para a construção da autonomia dos usuários, além de romper com o risco de produção de “novas cronicidades” e institucionalizações nesses espaços.

## **2.2 Quadro global de estudos sobre protagonismo do sujeito nos cenários dos serviços de assistência em saúde mental.**

Com a finalidade aperfeiçoar as discussões acerca da temática do estudo e trazer evidências substanciadas na literatura global, foi realizado uma Revisão Integrativa da Literatura nas principais bases de dados da saúde, destacando: *A BVS, a Cinahal e PubMed (PMC)*. A revisão integrativa na literatura, segundo Mendes *at.al.* (2008, p.759), “tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento investigado”.

É um método de pesquisa bibliográfica que “propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.” (MARCONI E LAKATOS, 2016). A busca, nessas bases de dados, tem como objetivo identificar estudos que versam sobre a temática do protagonismo do sujeito na promoção da saúde. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2015 a outubro de 2017.

Para compor achados que entrariam no escopo das discussões e análise foram considerados os estudos nas bases de dados citadas que se apresentavam nos idiomas português, inglês e espanhol. Para sistematizar a busca, em todas as bases de dados mencionadas, utilizamos a seguinte pergunta norteadora da revisão integrativa: Quais os estudos versam sobre o protagonismo do usuário como um dispositivo norteador da promoção em saúde nos serviços de assistência à saúde mental?

Para que isso acontecesse, as três bases de dados foram acessadas individualmente. Elas foram acessadas por meio do portal de periódicos da CAPES, pelo sistema *intranet* da UFRJ, com *login* e senha do pesquisador do estudo. Vale ressaltar que utilizamos a mesma questão de pesquisa em todas as bases para sistematizar toda a revisão integrativa da literatura.

Nos estudos duplicados nas bases *BVS*, *CINAHAL* e *PubMed*, foi descartado um da amostra e escolhido apenas o estudo encontrado na ordem acima descrita pela base de dados. Por isso, caso um estudo tenha sido encontrado nas bases *BVS* e *PubMed*, por exemplo, para fim de registro de busca e análise, fica computado na primeira base onde foi inicialmente descoberto, nesse caso específico, na *BVS*, já que a nossa busca se iniciou, primeiramente, na *BVS* e, em seguida, na *CINAHAL* e *PubMed*. A escolha dessa ordem de busca foi aleatória.

Para realização da busca bibliográfica, utilizamos no estudo a busca através de palavras-chaves tanto no título quanto no resumo, como no assunto do estudo (corpo do texto). Segundo Brandau (2005), as palavras-chaves não obedecem a nenhuma estrutura e são retiradas de textos de linguagem livre e sentido amplo. Já os descritores são organizados em estruturas hierárquicas, facilitando a pesquisa e posterior recuperação. Eles correspondem a um código de sentido organizado em uma base.

Atenta-se aqui para o fato que o protagonismo não é um descritor (*MESH*). Assim, nas bases *BVS*, *CINAHAL* e *PubMed* foram utilizadas as palavras-chaves, a fim de ampliar a coleta de estudos para essa pesquisa com consonância tanto da literatura Nacional e Internacional, para uma análise literária global sobre o tema em nos três idiomas: Português, Espanhol e Inglês. Lembrando que não há ano mínimo de publicação, pois a ideia dessa busca era ampliar e saber das publicações indexadas até o ano de 2017.

A primeira busca ocorreu na *BVS* (Biblioteca Virtual em Saúde). Foi utilizada a estratégia de busca através da palavra-chave protagonismo, aplicada ao título, resumo e assunto dos estudos, dessa forma, foram encontrados 806 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos e a aplicação da questão norteadora (QN), além do ponto de corte como a eliminação de estudos

duplicados nessa busca bibliográfica, o número passou para oito estudos, apresentados no quadro a seguir.

**Quadro 01: Estudos sobre o protagonismo do sujeito na rede de serviços em saúde mental na BVS até período de setembro de 2017.**

Nº	Título	Autores	Ano	Base	Idioma	País	Tipo	Revista
01	Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão	Raquel Souza Coelho; Thelma Maria Grisi Velôso; Sibelle Maria Martins de Barros.	2017	LILACS	Port.	Brasil	Artigo	Psicol. cienc. prof.
02	La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación	Mariano Hernández Monsalve	2017	IBECS	Espanhol	Espanha	Artigo	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq
03	Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial	VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; Jorge, Maria Salete Bessa; Catrib, Ana Maria Fontenelle; Bezerra, Indara Cavalcante; Franco, Túlio Batista	2016	LILACS	Port.	Brasil	Artigo	Interface comunicação e saúde
04	Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO	PITTA, Ana Maria Fernandes; Coutinho, Domingos Macedo; Rocha, Clarissa Carvalho Moura.	2015	LILACS	Port.	Brasil	Artigo	Saúde em debate
05	Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular	ANDRADE, Lucélia; VELÔSO, Thelma Maria Grisi.	2015	LILACS	Port.	Brasil	Artigo	Pesquisa práticas psicossociais
06	Concepções sobre protagonismo dos usuários no cuidado em saúde: perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde	MURS, Maria Paula	2014	Coleciona SUS	Port.	Brasil	Tese	Grupo hospitalar Conceição-GHC
07	Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo.	COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri.	2012	LILACS	Port.	Brasil	Artigo	Saúde em debate
08	Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.	TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho.	2001	LILACS	Port.	Brasil	Artigo	Ciênc. Saúde coletiva;

Fonte: BVS, setembro de 2017

Em relação a essa busca, a abordagem do protagonismo estava condicionada à perspectiva dos gestores em saúde e profissionais em saúde, além dos aspectos relacionados à educação em saúde, condicionadas essas prerrogativas a um serviço de saúde mental, conforme o questionamento destes estudos. Porém, destacam-se os trabalhos que versaram sobre o protagonismo do usuário, no entanto, não entraram na amostra do quadro 01, uma vez que se relacionavam ao protagonismo de criança e adolescentes, mulheres nas maternidades e usuários dos serviços de odontologia. Portanto, relacionado fora do contexto dos serviços de saúde mental.

Conforme o quadro 01, apenas oito estudos correspondiam à questão norteadora de revisão integrativa, sendo que: três abordaram sobre o aspecto conceitual do termo, uma tese que tratava do protagonismo do usuário na atenção primária sobre a perspectiva dos profissionais de saúde. Um estudo aborda o projeto terapêutico como ferramenta na atenção psicossocial para uma assistência equitativa em saúde. Um artigo que tratava da arte como um dispositivo terapêutico para a autonomia do usuário do serviço de saúde mental e um estudo que aborda os direitos humanos mediados através dos centros de atenção psicossocial. Por fim, foi encontrado um estudo que aborda a intervenções psicossociais para promover o protagonismo dos usuários por meio da corresponsabilização nos processos familiares.

Observa-se que foram sete achados que estavam no idioma da língua portuguesa e fazem uma abordagem da literatura nacional sobre a temática do protagonismo. Além disso, os estudos estavam atrelados a uma linha de investigação traçada pelos dilemas, desafios e avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como ao SUS. Apenas um estudo estava publicado no idioma espanhol e aborda o protagonismo na perspectiva da reabilitação psicossocial, após 1960 da desinstitucionalização dos serviços traçados pela Reforma Psiquiátrica em perspectiva mundial.

A fim de ampliar as discussões e a busca de estudos em literatura global nos estudos de Enfermagem, foi realizado um apanhado de estudos na base de dados *CINAHAL-with full text (EBSCO)*. A base *CINAHAL* tem por significado: *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*. Portanto, é uma base de considerável importância para estudos da Enfermagem na saúde. Nessa base, utilizou-se o termo de busca: *Protagonist and mental health*, sendo que o *and* ainda foi utilizado como o *booleano*. Dessa maneira, após a leitura dos títulos e resumos, foram encontrados dez achados. Porém, após a análise através da pergunta norteadora da busca bibliográfica o número do achado passou para dois estudos apresentado no quadro 02

**Quadro 02: Estudos sobre o protagonismo do sujeito na rede de serviços em saúde mental na base de dados CINAHAL (EBSCO) até período de setembro de 2017.**

Nº	Título	Autores	Ano	Base	Idioma	País	Tipo	Revista
01	Cultural boundary surfing in mental health nursing: a creative narration.	J Kidd	2014	MEDLINE	Inglês	Austrália	Artigo	Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession
02	Balancing challenges and facilitating factors when implementing client-centered collaboration in a mental health setting.	SUMSION. T; LENCUCHA, R	2007	MEDLINE	Inglês	Inglaterra	Artigo	British Journal of Occupational Therapy.

Fonte: CINAHAL, 2017.

Foram adotados dois termos de busca como palavra-chave (*protagonist and Mental Health*), pois na base CINAHAL (EBSCO), apenas o termo *protagonist* não desencadeava os achados de estudos relacionados ao serviço de saúde mental. Nessa base de dados, adotou-se tal estratégia com duas palavras-chaves.

Um estudo encontrado nessa base CINAHAL foi publicado na Austrália e o outro na Inglaterra. Ambos estão disponíveis na base MEDILINE. No artigo publicado na Austrália, o autor aborda a de maneira conceitual através de uma dramatização a possibilidade da utilização do “Modelo da Maré” (*Tidal Model*) como um dispositivo que permite ultrapassar as barreiras culturais na relação entre enfermeiro e usuário do serviço. Já o estudo publicado na Inglaterra, autores fazem uma abordagem sobre a centralidade das ações em saúde no cliente que proporcionam o seu protagonismo.

Em relação à base *PubMed Central* (PMC), utilizando a palavras-chave: *Protagonist* como termo para busca. Foram encontrados 2.420 estudos e após a leitura dos resumos, com o corte através da questão norteadora (QN), critérios de inclusão e a eliminação por duplicação dos estudos, o número de achados para análise, na íntegra, foi para três estudos, conforme o quadro 03.

**Quadro 03: Estudos sobre o protagonismo do sujeito na rede de serviços em saúde mental na base de dados PubMed Central (PMC) até período de agosto de 2017.**

Nº	Título	Autores	Ano	Base	Idioma	País	Tipo	Revista
01	Psychodrama as a Social Work Modality	KONOPIK, A. Debra; CHEUG, Monit.	2013	PubMed Central	Inglês	EUA	Artigo	Social work
02	Theater therapy and its integration with improvisation	LORY, Salva Shanseddini; YOUSEFI, Soghra; AHMADI, Armindokht; NASERI, Rahim; TORFI, Fatemeh	2012	PubMed Central	Inglês	Irã	Artigo	Life Science Journal
03	The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings	Barker P1, Buchanan-Barker P.	2010	PubMed Central	Inglês	Escócia	Artigo	Issues Ment Health Nurs.

Fonte: PubMed Central (PMC), 2017.

Em relação ao quadro 03, todos os estudos são no idioma da língua inglesa, sendo que uma pesquisa foi realizada nos EUA, outra pesquisa no Irã e outra na Escócia. Assim, destacou-se nesta busca que todos os estudos foram publicados na língua inglesa. Cabe destacar um estudo realizado em um país do Oriente Médio diferente dos outros publicados em países do ocidente.

Dessa maneira, fazendo a junção dos números de estudos encontrados nas bases dados da saúde (BVS, CINAHAL e PubMed Central) que estavam de acordo com a pergunta norteadora da pesquisa, e utilizando os critérios de inclusão e exclusão o total foi de 13 estudos.

Em relação à discussão dos resultados dessa revisão integrativa, traçados através dos estudos apresentados no quadro global, pode-se argumentar que o fenômeno protagonismo do usuário nos serviços de assistência em saúde mental foi trabalho de maneiras plurais em determinados contextos de diversos países.

No estudo publicado na Escócia, ele apresenta os aspectos relacionados ao modelo da Maré (*Tidal Model*) como um recuso de aplicação nos serviços de saúde mental dando ênfase para uma terapêutica que favoreça na centralidade do sujeito e seu protagonismo nos planos de cuidados (BARKER e BARKER, 2010).

Destaca-se um estudo brasileiro sobre a utilização de uma oficina terapêutica para promover o protagonismo do usuário. Esse estudo foi publicado no ano de 2017, segundo Coelho et.al (2017): “As intervenções psicossociais por meio de um grupo de usuários do

Centro de Atenção Psicossocial. Essas intervenções no grupo” tinham o objetivo promover o protagonismo dos usuários por intermédio da participação da família nas oficinas semanais sobre temas relacionados à família”. Portanto, o protagonismo era trabalho em um grupo e pela diretriz da corresponsabilização nos diálogos sobre questões familiares.

Cabe ressaltar que, na contemporaneidade, há uma relevância nas práticas em reabilitação psicossocial que incorporam novos valores e formas de acompanhamento e tratamento com uma maior participação dos usuários, destacando-se o seu protagonismo no processo de cuidar em saúde (MONSALVE, 2017).

Nesse contexto, é essencial que se estabeleça formas do relacionamento terapêutico e comunicação com diversidades e complexidades que envolvem o cuidado em saúde mental. Assim, “o modelo da maré” (*Tidal Model*) é como uma ferramenta essencial para superar as barreiras de comunicação na terapêutica entre enfermeiros e usuários dos serviços em um mundo globalizado (KIDD, 2014).

O modelo da Maré (*Tidal Model*) é uma ferramenta de cunho filosófico que abrange uma visão de mundo específica, que ajuda a enfermeira a começar a entender o que é a saúde mental e o que ela significa para uma determinada pessoa. Dessa maneira, você pode ajudar a pessoa a definir e começar a complexa e exigente jornada da recuperação. A *Tidal Model* é baseada na Teoria do Caos, no fluxo constante, na maré que vai e vem e mostram padrões não repetitivos, embora permaneçam dentro dos parâmetros definidos (BARKER e BARKER, 2010).

Vale lembrar que, no Brasil, a proposta da criação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) também traça a ideia de centralidade dos usuários no plano de cuidados de promoção do seu protagonismo. Mas, há dilemas expressados pelos profissionais de saúde no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas dimensões epistemológicas e técnico-assistenciais, referentes às ações dos profissionais de saúde junto ao PTS. Esse, por sua vez, passou a ter uma formatação mais fragmentada e configurada na especialidade do que uma configuração mais dinâmica e interdisciplinar. Ainda há necessidade de estudos que versam sobre o protagonismo dos usuários e familiares na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares e nas ações terapêuticas em saúde nos serviços de saúde mental (VASCONCELOS et.al., 2016).

Cabe ressaltar que um estudo avaliativo sobre as práticas do CAPS no que tange aos direitos humanos dos usuários, evidencia que o mesmo, além de ser um espaço assistencial, é também um dispositivo contemporâneo influenciador do estímulo positivo na construção da autonomia do usuário. Além disso, é um espaço para a corresponsabilização no cuidado e

provedor do protagonismo sociocultural e político do usuário nos serviços de saúde e nas suas respectivas comunidades (PITTA, et.al. 2015).

No que tange às dificuldades expressadas em uma prática de cuidados pautada pelo protagonismo do usuário, um estudo destacou que esse fenômeno, bem como a partição social no SUS, é um dos maiores desafios atuais no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (COSTA E PAULON, 2012).

Em outro estudo por meio de uma pesquisa descritivo-exploratória sobre as concepções dos profissionais da atenção primária, no que se refere ao protagonismo do usuário no cuidado em saúde, foram destacados a corresponsabilidade compreendida em uma construção coletivizada e negociada entre o profissional de saúde e usuário, o “empoderamento”, que no estudo em questão tratou sobre o poder de decisões do usuário no tratamento proveniente de uma capacidade de análise sobre sua situação de saúde e agravos e a participação do controle. Nesse aspecto, o protagonismo do usuário estaria ligado a diretriz do SUS de controle social nos espaços dos Conselhos de Saúde. Além disso, foi destacada uma interface do protagonismo do usuário na atenção primária mediado pela responsabilização do usuário e responsabilização do serviço (MRUS, 2014).

Cabe argumentar que o estudo abordou de maneira conceitual o paradigma psicossocial pós-reforma psiquiátrica. Destarte, uma nova produção de subjetividades que possibilitaram olhares sobre a centralidade do sujeito/ usuário para uma terapêutica efetiva. (TORRE e AMARENTE, 2001).

Há uma potente e considerável discussão sobre o cuidado focado na centralidade do cliente (usuário). Dessa forma, abordam que a centralidade entre o cliente e o profissional de saúde é um fator para desencadear o protagonismo no cuidado centrado no sujeito, embora a família e o grupo de saúde também sejam autores-chaves para promover o cuidado em saúde (SUMSION e LEUCUCHA, 2007).

Em relação aos outros estudos internacionais, como os que foram realizados nos EUA, Escócia e Irã, apontam sobre o reconhecimento do protagonismo do sujeito como parte integrante da terapêutica em saúde, e colocam essas ações, através da dramatização pelo teatro o qual é construído em conjunto com o doente, como uma ação para promover seu protagonismo no processo terapêutico e compressão do seu sofrimento e agravo em saúde.

O estudo coloca a possibilidade de intervenção através do psicodrama como gerador do protagonismo dos sujeitos (KONOPIK e CHEUG, 2013). É importante apontar que no estudo realizado no Irã, os autores destacaram que a terapia com teatro nos serviços de saúde é uma arte em espaço aberto para dar voz ao sujeito e entender seu processo de adoecimento e

sofrimento psíquico. Eles argumentam que quando essa terapia é realizada com espontaneidade e aceitando improvisos ela é um mecanismo primordial para o paciente demonstrar sua emoção e ser o autor-chave (protagonista) do fenômeno a ser apresentado através do teatro como forma de terapêutica (LORY, et.al. 2012).

Nessa perspectiva, outra forma de despertar o protagonismo do usuário, foi por meio da prática do teatro do oprimido em ações no CAPS referenciado pela teoria da educação popular nesse cenário. Foi observado que essa prática promoveu a saúde e estimulou a autonomia e o protagonismo social dos usuários que assumiram um lugar de criação nesse contexto entre a saúde e o sofrimento psíquico (ANDRADE e VELÔSO, 2015).

Portanto, em perspectiva global, há distintas maneiras para se trabalhar o protagonismo do usuário no serviço de saúde mental. O fenômeno protagonismo entra na agenda da desinstitucionalização. Assim, a ideia é criar espaços e possibilidades de dar voz ao sujeito em tratamento ou acompanhamento em um serviço de saúde.

As ações que proporcionam o protagonismo do sujeito se configuram em uma conduta ética e estética, a fim de superar as barreiras da marginalização e exclusão social de uma pessoa com transtorno mental e ou sofrimento psíquico. O protagonismo é vivenciado através de oficinas terapêuticas, corresponsabilização para o cuidado em saúde, construção de projetos terapêuticos singulares centralizados na pessoa e não apenas na doença.

Além da adoção de modelo de tratamento e acompanhamento focado na centralidade do sujeito, o exemplo é o modelo da teoria da maré (*Tidal Model*) que enfoca uma prática filosófica pautado relacionamento terapêutico e a compreensão do sujeito por meio dos seus modos de vivenciar as crises. Além disso, a participação social do usuário e seu “empoderamento” na terapêutica são mecanismos fundamentais para a promoção do protagonismo.

Em suma, o estudo traçou, por meio da revisão integrativa as diversas formas em que distintos países promoveram a reflexão e/ou ações sobre práticas que proporcionam o protagonismo do sujeito. É um fenômeno que, ora preconiza uma terapêutica para o protagonismo através das ações na prática assistencial vigente, ora reverbera uma reflexão ética sobre o protagonismo como uma diretriz operacional de um novo modelo da assistência em saúde a ser adotado no campo da política pública.

Evidenciou-se que em nenhum estudo da revisão integrativa abordou apenas as ações específicas do enfermeiro para promover o protagonismo do sujeito em um serviço de saúde mental. Foram encontrados apenas estudos relacionados aos aspectos conceituais e diretrizes éticas do protagonismo na sua construção relacional, nos serviços de saúde da atenção primária e na equipe com tendência à interdisciplinaridade.

Cabe ressaltar que há considerável gama de estudos internacionais que as abordagens terapêuticas específicas, como psicodrama, teatro livre, adoção do modelo da maré (*Tidal Model*) como dispositivos que desencadeiam o protagonismo do sujeito nos serviços de saúde mental. Todos eles têm o intuito de amenizar os sofrimentos psíquicos e exposição para o alívio dos sintomas através dos sentimentos expressados pelos usuários do serviço.

O fenômeno protagonismo do sujeito em um serviço de saúde mental é um conceito considerado na fronteira entre as ações nas práticas e as diretrizes teóricas. Para desenvolver protagonismos são necessárias ações plurais e singulares para cada indivíduo em determinados contextos. Esse fato demonstra as distintas facetas do fenômeno estudado por essa revisão integrativa.

Porém, em todas as formas de promover protagonismo, nos estudos mundiais, evidenciaram-se práticas que operam para a transformação da assistência de forma humanitária e reconhecadora das necessidades do usuário, uma vez que os usuários estão em busca de um acolhimento e/ou tratamento para produção da sua saúde mental com dignidade.

Por fim, as ações para o protagonismo do sujeito na assistência em saúde mental configuraram a possibilidade de autonomia como princípio norteador do cuidado. O protagonismo construído no processo de cuidar media a Reabilitação Psicossocial nos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### **3.0 REFERENCIAL TEÓRICO: Diálogos para uma prática de Enfermagem Construcionista**

O estudo traz o Construcionismo Social como referencial teórica por ter um objeto de pesquisa relacional e corolário a um fenômeno de investigação sobre os modos cotidianos da prática assistencial da equipe de enfermagem no CAPS III. Segundo Gergen (2010), o construcionista tenta promover mecanismos de diálogos a partir das quais passam a emergir novas realidades e novos valores.

Para Spink (2010, p.11), “na perspectiva construcionista, tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas”. Para tanto, torna-se necessário problematizar a noção de realidade mediante a perspectiva construcionista.

Segundo Gergen e Gergen (2010, p.18), o Construcionismo Social é apologético a uma teoria relacional ligada à prática. “É um modo de estar no mundo”. Portanto, referencia-se nas descrições teóricas que, amiúde, fazem parte das nossas experiências cotidianas.

Conforme Spink (2010), diversos estudiosos do construcionismo, no Brasil, ponderam que os estudos por intermédio de teorias relacionais fazem mais sentido ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe ressaltar que, conforme aponta Castañon (2004, p.69), nas décadas de 70 e 80 o “Construcionismo Social foi um o nome que passou designar o movimento da crítica a Psicologia Social “modernista” que tem sua principal referência teórica Kenneth Gergen”. Ele é o principal autor que formulou as construções teóricas para a crítica à Psicologia Social, assim como traçou os fundamentos e os parâmetros do Construcionismo Social na pós-modernidade ou, como o construcionista denomina o contexto atual de “modernidade tardia”.

Em Spink (2010), aponta-se que o Construcionismo Social se sustenta em três pilares: reação ao representacionismo (possibilidade da ciência espelhar a realidade), desconstrução retórica da realidade e *empowerment* de grupos.

Cabe argumentar que na perspectiva do construcionista social, o *empowerment* é um conceito-chave que se aproxima ao Protagonismo do sujeito, uma vez que, segundo Gergen e Gergen (2010, p. 07), “há um efeito empoderador do indivíduo quando este se percebe ator e autor de mudanças do mundo em que vive e que deseja mudar”.

Em Sasaki (2010, p. 36), “o empoderamento significa o processo pelo qual uma pessoa, ou um grupo de pessoas, usa o seu poder pessoal inerente à sua condição [...] para fazer escolhas e tomar decisões, assumindo, assim, o controle de sua vida”. Lembrando que não se outorga o poder pessoal nas pessoas, todo sujeito nasce com esse poder. Porém, na questão do louco, a história mostra que, até mesmo na pós-modernidade, priva-se o mesmo de exercer tal poder por intermédio da tutela ainda presente em alguns espaços em saúde, das condutas profissionais não centralizadas no plano terapêutico para o usuário, do aspecto cultural como grande parte da sociedade trata o louco no que tange ao preconceito, estigma e exclusão.

A reação ao Representacionismo, uns dos pilares do construcionismo social, desencadeia uma crítica à pós-modernidade. Lembrando que os autores construcionistas preferem denominá-la de modernidade tardia. A reação ao representacionismo é o fenômeno da crítica social sobre a possibilidade de apenas a ciência espelhar a realidade. Logo, procura-se uma desconstrução retórica da verdade e o *empowerment* de grupos socialmente marginalizados por intermédio da reação ao representacionismo (SPINK, 2010).

Conforme aponta Spink e Frezza (2013, p. 6), “a perspectiva construcionista é resultante de três movimentos: o Filosófico, o Sociológico e o Político”. Esses movimentos formaram a reação, a ruptura e a construção do referencial construcionista.

No que tange ao campo da filosofia, o Construcionismo Social é uma reação ao representacionismo. Já na sociologia do conhecimento, é uma “desconstrução retórica da verdade” e, por fim, na política, é uma “busca ao *empowerment* de grupos socialmente marginalizados” (SPINK e FREZZA, 2013).

Assim, o Construcionismo Social lança sua base teórica para compreensão da verdade, a fim de oferecer explicações e reflexões dos fenômenos psicossociais. Colocando-se como uma perspectiva reflexiva daquilo que é real, verdadeiro e bom no campo das relações e da linguagem. (GERGEN e GERGEN, 2010; SPINK (2010).

O movimento e crítica filosófica do Construcionismo Social atuam na refutação ao representacionismo. Os construcionistas propõem um olhar sobre a flexibilidade. Tal visão é uma atitude intrínseca à própria ciência que começa a olhar para si mesma e a quebrar certas hegemonias. Assim, revisitando e revisando conceitos e propondo novas conceituações por meio da relativização no contexto da modernidade tardia (SPINK, 2010).

No que tange ao movimento sociológico do construcionismo social, há uma desconstrução retórica da realidade. Tal fato implica em adotar que “o conhecimento é algo que as pessoas fazem juntas. Conseqüentemente, resulta numa socialização do conhecimento, que passa a ser algo que construímos juntos por meio de nossas práticas sociais e não algo que apreendo do mundo” (SPINK 2010, p.09).

Segundo Gergen e Gergen (2010), o Construcionismo Social, apoia-se em cinco pressupostos básicos: o primeiro: relaciona se as explicações do mundo são coletivizadas nas relações para serem reais, o segundo: argumenta que essas explicações são dependentes do contexto histórico e cultural; o terceiro: a sustentação da explicação do mundo e de nós mesmo, por meio do processo social, está condicionada a uma sucessão de mudanças e alternâncias do contexto compartilhado; quarto: é na linguagem que se forma a explicação do real, verdadeiro e bom; e quinto: apenas por intermédio da avaliação dos padrões culturais é que se compreende a linguagem no contexto relacional.

Em relação ao primeiro pressuposto, esse se refere: aos termos por intermédio que explicamos o mundo e a nós mesmos. Nele, os relatos não são ditados pelos objetos estipulados pela representação individualizada. (SOUZA, 2014).

No que diz respeito ao segundo pressuposto, considera os termos e as formas por meio dos quais alcançamos o entendimento do mundo e de nós mesmos. O construcionismo social considera que essa compreensão é dimensionada por artefatos sociais que são produzidos por trocas históricas e situadas entre as pessoas de forma culminante. Elas formatam o entendimento do mundo e de cada sujeito (GERGEM e GERGEM, 2010).

O terceiro pressuposto irá afirmar que o grau em que uma dada explicação do mundo e do eu é sustentada no tempo não é dependente de sua validade objetiva, mas sim das vicissitudes do processo social (GERGEM e GERGEM, 2010).

No que concerne ao quarto pressuposto, esse irá se referir à linguagem, explicando que ela deriva seu sentido dos encontros humanos, e a partir da maneira como funciona dentro dos padrões de relacionamento (GERGEM e GERGEM, 2010).

Por fim, o quinto pressuposto refere-se ao ato de avaliar as formas de discursos existentes. Nesse sentido, ele permite avaliar padrões da vida cultural (GERGEM e GERGEM, 2010).

Segundo Berger e Luckmann (1985, p. 49), “a realidade da vida cotidiana contém esquemas *tipificadores* em termos dos quais os outros são apreendidos, sendo estabelecidos modos como lidamos com eles nos encontros face a face”.

Em Spink (2010, p12), “o Construcionismo designa os vários projetos históricos, sociológicos e filosóficos que têm por objetivo demonstrar ou analisar interações sociais historicamente situadas ou os caminhos que levaram ao estabelecimento de um fato”.

É importante ressaltar que para Gergen e Gergen (2010), o Construcionismo ilumina uma investigação que se preocupa com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam, argumentam e constroem as suas noções de si mesmo e do mundo em que vivem, considerando um determinado momento histórico.

Pelos pressupostos construcionistas, as explicações e as verdades de determinado indivíduo ou de um grupo são produtos do meio social. Elas são relativizadas em um contexto histórico.

Cabe argumentar que a produção de sentido é uma construção social com vertentes culturais de determinado grupo. Assim, constrói-se algo quando nos comunicamos com o outro. A partir disso, construímos o mundo no qual vivemos. Essa formação de sentidos não se configura como uma construção interna de cada sujeito, mas sim por uma construção coletiva. Ela se dá através dos encontros e do convívio no meio social, tendoum surgimento externo ao indivíduo, isto é, produzido em seu meio social. Gergen sintetiza que:

“O Construcionismo Social considera o discurso sobre o mundo não como um reflexo ou mapa do mundo, mas como um artefato de intercâmbio social. O construcionismo constitui-se um desafio significativo à compreensão convencional, sendo uma orientação tanto em relação ao conhecimento quanto ao caráter dos constructos psicológicos. Embora as raízes do construcionismo possam ser rastreadas há bom tempo nos debates entre as escolas de pensamento empirista e racionalista, o construcionismo busca ultrapassar o dualismo com o qual ambas as teorias estão comprometidas, e situar o conhecimento no interior dos processos de intercâmbio social” (GERGEM,2009 p.299).

Segundo Gergen e Gergen (2010, p. 29), “a verdade só pode ser encontrada dentro da comunidade; porque fora há o silêncio. Nesse sentido, os construcionistas não adotam as verdades universais [...] adotam a verdade decorrente dos modos de vida compartilhados”.

Spink e Frezza (2013, p.13) argumentam que o que a postura construcionista reivindica é a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética. Além disso, ela deve pontuar sua importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos.

O Construcionismo Social é um permanente diálogo sobre as fontes daquilo que acreditamos ser o conhecimento – *do real, do racional do verdadeiro e do bom*. Com efeito, tudo é significativo na vida. O Construcionismo permite, então, compreender, analisar, observar e descrever as tradições dentro desses conceitos da vida (GERGEN e GERGEN, 2010).

Segundo Spink (2010), o Construcionismo Social permite suscitar objeções em duas ordens: no reducionismo linguístico e no relativismo. No primeiro, há uma ênfase na linguagem. No segundo termo, reverbera uma reflexão sobre os efeitos daquilo que a gente produz, construindo uma reflexão ética.

O referencial teórico construcionista abarca uma ruptura com o círculo hermenêutico (significado interiorizado das coisas pelo indivíduo), construindo uma maneira pela qual o significado é criado nas relações (GERGEN e GERGEN, 2010).

Segundo Spink (2010), o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, em que estão historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

Cabe dizer que a produção de sentido na linguagem, no que tange ao olhar teórico do Construcionismo Social, tece os seguintes quatro pressupostos: primeiro, que o enunciado de um indivíduo não tem significado em si mesmo, sendo necessárias a comunicação e a linguagem compartilhada no meio social para produzir sentido de enunciado (GERGEN e GERGEN 2010).

O segundo pressuposto aborda que o potencial do significado é concretizado através de uma ação complementar, isto é, quando há comunicação e o outro responde ao diálogo iniciado (GERGEN e GERGEN 2010).

O terceiro explica que a própria ação complementar requer um complemento, forma dialógica das nossas expressões, isto é, a ação dupla de qualquer complemento é o significado que permanece em suspenso até ser complementado (GERGEN e GERGEN 2010).

Por fim, o quarto pressuposto explica que as tradições nos oferecem possibilidades de significado, mas não determinam o que deve ser. Isto significa que devemos reconhecer as palavras e as ações de determinado tempo histórico, pois nossa capacidade de produzir sentido juntos, hoje, baseia-se na história. Porém, vale lembrar que não somos determinados apenas

pelo passado, uma vez que essas combinações originais estão em constante movimento (GERGEN e GERGEN 2010).

Conforme aponta Spink (2010), as práticas discursivas são as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas.

Segundo Gergen e Gergen (2010), o Construcionismo Social adota algumas proposições para ampliar a sua perspectiva, como tais: o discurso da mente nasce no diálogo através das significações das nossas linguagens, interiorizadas por esses diálogos com os outros, o discurso da mente adquire valor através do uso e, portanto, o significado depende do seu uso social. A linguagem é apenas um componente de ações plenamente realizadas, ou seja, isso implica considerar a expressão corporal embutida nas formas como a linguagem e o discurso são realizadas; e por último, as performances são os componentes sequenciais relacionais. Então, essas performances são esperadas em determinados momentos e não em outros.

Cabe destacar que segundo Spink (2010, p.26), “a linguagem em uso é tomada como prática social e isso implica na interface entre os aspectos performáticos da linguagem (quando, e em que condições, com que intenção, de que modo) foram as condições de produção”.

Em Gergen (2010, p.104) nos coloca as ideias do construcionismo social no sentido do “*metanível*”. Dessa maneira, há o compartilhamento comum das construções do “*real*” e do “*bom*” entre os indivíduos na nossa sociedade ocidental. Vale lembrar que essa nomeação do *metanível* não é condicionada a uma elevação de um determinado sentido dado a um fenômeno, pois no construcionismo social as ideias são compartilhadas e explicitadas para elucidar tais fenômenos em seus contextos sociais compartilhados.

“Quando pensamos em metanível, esperamos simplesmente ampliar a consciência dos possíveis, adotar uma orientação para o sentido e para o conhecimento, e não gerar uma nova verdade. Ao contrário, sob o guarda-chuva construcionista, queremos considerar outras realidades” (GERGEN, 2010, p.104).

Segundo Trentini (2014, p.135), “o construcionismo social é uma teoria sociológica e psicológica do conhecimento que procura reconstruir e entender a realidade a partir da visão daqueles que a constroem”. O fenômeno social é criado a partir dos contextos sociais.

O construcionismo social se aproxima como referencial para estudos da Enfermagem, uma vez que a arte do saber fazer em Enfermagem é uma prática social cotidiana e relacional

para promover saúde de forma não excludente e atrelada aos princípios humanistas das ações em Enfermagem.

Conforme Gergen (2010 p. 110), “as ideias construcionistas incentivam uma diversidade de práticas para melhorar a relação entre as pessoas, para reunir diferentes indivíduos em prol de uma causa comum e para minimizar as diferenças entre adversários”.

O Construcionismo Social, conforme aponta Guanases-Lorenzi (2014, p. 103), desencadeia “a análise das consequências que nossas construções sociais acarretam para nossas vidas, não como um simples exercício abstrato e retórico, mas como um recurso para a compreensão da nossa própria vida, das nossas práticas e pesquisas do cotidiano”.

No que concerne aos estudos na área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, o construcionismo social se coloca como um referencial possível e necessário para compreensão do fenômeno, que envolve a assistência em saúde mental após a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse sentido, trata a terapêutica dos indivíduos com transtornos mentais e/ou em sofrimento psíquico através de mergulho comunicativo e sobre um olhar construcionista pelas maneiras sobre as quais são construídas e compartilhadas as práticas inovadoras para o cuidado profissional em contexto “pós-Reforma”.

Utilizar a perspectiva construcionista para orientar essa prática implica em pensar o encontro e a pesquisa como um espaço possível de transformação para uma construção social inovadora na assistência em saúde mental, mediada pela Reabilitação Psicossocial após a Reforma Psiquiátrica.

“A pesquisa construcionista é, portanto, um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social. Impõe-se, em contrapartida, a necessidade de explicitação de nossas posições: não a escolha arbitrária entre opções tidas como equivalentes, mas a opção refletida a partir de nossos posicionamentos políticos e éticos” (SPINK; FREZZA, 2013, p.32)

O Construcionismo Social reescreve a vida dos sujeitos. Segundo Gergen e Gergen, (2010, p. 56), “entendemos nossa vida em grande parte a partir das histórias nas quais somos os protagonistas”.

De acordo com Gergen (2010), o construcionismo social é um movimento polissêmico, híbrido e interdisciplinar.

Nessa nuance entre o referencial e o método, o estudo tem por finalidade construir, e, também, apontar os caminhos para o conhecimento da prática promocional de protagonismo de sujeitos em transtorno mental e/ou sofrimento psíquico, com o intuito da manutenção de direitos e cidadania a esse grupo de participantes por meio de um estudo da Enfermagem.

#### **4.0 REFERENCIAL METODOLÓGICO: Caminhos para a prática Construcionista**

Baseando no aporte teórico no Construcionismo Social de Gergen (2010), o estudo percorreu o caminho metodológico sustentado pelos métodos e técnicas da pesquisa qualitativa. Essa escolha se deve ao fato de um objeto de estudo estar focado na busca da compreensão do fenômeno protagonismo do usuário por meio das ações da equipe de enfermagem do CAPS III. O pesquisador se colocou como interpretador da realidade estudada e imerso no contexto na produção dos dados subjetivos, ou seja, com o método de raciocínio indutivo para a compreensão da realidade construída socialmente (COSTA e COSTA, 2015).

Ao consideramos o referencial construcionista como teoria para explicar a prática, cria-se o arcabouço entre o método de pesquisa e o referencial teórico correspondente a uma criação que considera o mecanismo de visualizar o fenômeno a ser pesquisado, na sua construção que é sócio-histórico, contextual, relacional, sendo estabelecida na prática assistencial do cotidiano nos serviços de saúde (GERGEN, 2010; SPINK 2010).

#### **4.1 Tipo de Estudo**

Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, segundo Marconi e Lakatos (2016, p.171) “tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno para qual são realizadas análises empíricas e teóricas”, por meio da seleção de abordagem e técnicas pautadas na necessidade de analisar desde registros de observação e constatação dos relatos pelo fenômeno e objeto estudado e suas representações que permeiam uma pesquisa.

A tese com a abordagem qualitativa descrita por segundo Minayo (2014, p. 299) como a mais adequada em estudos descritivos. Além disso, são esperadas dificuldades do pesquisador em analisar conteúdos qualitativos centradas em três grandes obstáculos que necessitam ser superados para a validade científica dos achados estudados como: ultrapassar a incerteza, enriquecer a leitura, integrar as descobertas.

Alinhando-se às recomendações de Minayo (2014): “o seguimento dessas metas objetivas permitirá que o pesquisador encontre respostas para suas questões norteadoras, além de ultrapassar o olhar empírico da compreensão dos significados encontrados, e permitirá o surgimento de uma lógica interna das falas e dos registros achados”.

A construção que trata da análise da realidade do ambiente social nos estudos qualitativos justifica-se à luz das três finalidades. Elas são indicadas por MINAYO (2014): “a primeira é finalidade heurística, penetra no contexto real da descoberta; a segunda é a finalidade de administração de provas, realizada através da marcação entre os achados, hipóteses ou achados; e por fim, a terceira é a finalidade de ampliação dos contextos, rompendo com o empirismo e destacados aspectos culturais na compreensão da realidade estudada”.

#### **4.2 A Coleta de Dados**

Foi utilizada no estudo a observação participante. Segundo Marconi e Lakatos (2016, p.177): “consiste na participação real do pesquisador na comunidade ou no grupo. Ele incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste”.

A tese aborda a observação participante como técnica de pesquisa que ofereceu o suporte para construir, em conjunto com a equipe de Enfermagem, mecanismos para observar as ações de Enfermagem para o protagonismo dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). O pesquisador observou, durante o encontro, no cenário de pesquisa, o contexto e as trocas para essa construção.

Segundo Trentini (2014, p.39) sobre a observação participante: “o pesquisador obtém permissão para entrar no campo de pesquisa e participa das atividades como se já pertencesse àquele grupo”. Para Marconi e Lakatos (2016, p.177), a escolha da observação participante tem como objetivo inicial “ganhar a confiança do grupo, fazer os indivíduos compreenderem a importância da investigação, sem ocultar o seu objetivo ou sua missão”.

Em Costa e Costa (2015, p. 53) na observação participante “o observador está inserido no cenário de estudo, participa dessa realidade. Pode haver ou não um roteiro de observação”. Vale ressaltar que, segundo Marconi e Lakatos (2016) há duas formas de observação participante: a natural e a artificial. Na primeira, há o pertencimento do pesquisador na comunidade ou ao grupo que estuda. Nesse sentido, ele tem vínculo social e institucional aos participantes da pesquisa. Já na segunda observação, correspondente à observação participante do tipo artificial, o pesquisador vai se integrar ao grupo pesquisado com o intuito de obter as informações necessárias.

É a observação participante artificial que o presente estudo utilizou como técnica de coleta, pois o investigador não possui vínculo institucional com o cenário correlatado e se integrou ao grupo do estudo.

A pesquisa também utilizou, como técnica de coleta de dados, as entrevistas não estruturadas do tipo focalizadas com a equipe de Enfermagem do CAPS III (Apêndice B).

É importante lembrar que, segundo Minayo (2014), a entrevista possibilita a identificação de condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Em Marconi e Lakatos (2016, p.180), sobre a entrevista não estruturada “o entrevistado tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada”. Para Minayo (2014, p. 264), “a entrevista não estruturada, ou também chamada “aberta”, pode ser definida como uma “conversa com finalidade”, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não cerceamento das falas dos entrevistados”.

No que diz respeito ao não cerceamento na entrevista não estruturada, Marconi e Lakatos (2016, p. 180) afirmam que “é uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal”.

Minayo (2014, p. 265) aponta que os objetivos de uma entrevista não estruturada seriam “a descrição do caso individual; a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; a comparabilidade de diversos casos”. Segundo Costa e Costa (2015, p.50), na entrevista aberta ou não estruturada “as perguntas são feitas na medida em que a conversa vai transcorrendo”.

O presente estudo compreende que essa modalidade permitiu visualizar, nos serviços, as ações da equipe de enfermagem do CAPS III para construir possibilidades para o protagonismo do usuário. No contexto das condutas de ações cotidianas que colaboram com protagonismos do usuário no CAPS III, considerando a equipe de enfermagem com grande potencial para essas negociações nos serviços. Assim, a entrevista não padronizada permitiu aprofundar as nuances que envolvem a construção e manutenção dessas ações por meio dos diálogos junto à equipe de Enfermagem.

Conforme Marconi e Lakatos (2016), a entrevista não estruturada apresenta diversos tipos de modalidades dentre elas, a entrevista não padronizada focalizada, foi utilizada neste estudo. No que tange à técnica de coleta de dados, através da entrevista não padronizada tipo focalizada:

“Há um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar e o entrevistador tem liberdade de fazer perguntas que quiser: sonda razões e motivos dão esclarecimentos, não obedecendo a rigor a uma estrutura formal. Para isso, são necessária habilidade e perspicácia por parte do entrevistador. Em geral, é utilizada em estudos de situações de mudança de conduta (MARCONI e LAKATOS 2016, p.180).”

A entrevista focalizada é utilizada quando há a necessidade de esclarecer, focalizar uma determinada problemática. Além disso, na entrevista não estruturada, “o pesquisador trabalha com uma espécie de esquema de pensamento, buscando sempre encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa” (MINAYO 2014, p. 265).

Cabe ressaltar que foram utilizados os eixos norteadores para a entrevista não estruturada e os tópicos relacionados ao *checklist* (Apêndice B e C) construído pelo pesquisador. Tais tópicos para nortear as entrevistas não estruturadas foram baseados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e na conduta ética da Enfermagem e da equipe de saúde mediante a um processo de trabalho no cotidiano do CAPS III que proporcionem e/ou media a autonomia e cidadania do usuário. Foram realizadas com a equipe de Enfermagem as seguintes técnicas de coletas: a entrevista não estruturada de forma individual e a observação participante.

Por fim, o estudo analisou as ações que a equipe de enfermagem construiu para o protagonismo do usuário do CAPS III, assim como a coleta de dados por intermédio do instrumento *checklist* (apêndice B e C) que norteou tanto as entrevistas não estruturadas com a equipe de enfermagem quanto o diário de observação participante. Dessa forma, no processo interpretação dos dados, foi realizado a triangulação dos dois tipos coletas: observação participante e da entrevista não estruturada.

Vale destacar que as anotações da observação participante foram registradas pelo pesquisador por intermédio da construção do diário de campo (Apêndice D). Os pontos relevantes a serem observados e questionados nas entrevistas com a equipe de enfermagem foram elencados por meio do *Checklist* (Apêndice B e C). Nesse instrumento, constam 12 pontos ligados aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### 4.3 Cenários e Sujeitos da Pesquisa

O Cenário da pesquisa foi em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, localizados na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros e os técnicos de enfermagem atuantes nos CAPS III.

Segundo Brasil (2004), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) constitui a principal estratégia de movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por esse motivo, o estudo utilizou-se desse cenário na rede de cuidados da atenção psicossocial, uma vez que a tese trata de investigar as ações da equipe de enfermagem para o protagonismo do usuário por meio do atendimento psicossocial nesse espaço.

Entre os diversos tipos de CAPS, o presente estudo elencou o CAPS III, pois esse abrange um quantitativo maior de usuário e da equipe de enfermagem. Os dois cenários escolhidos têm funcionamento integral 24 horas, abrem todos os dias da semana, inclusive domingos e feriados. Dessa forma, foi possível observar a dinâmica da atenção psicossocial nos três turnos do serviço bem como a transição dos usuários e da equipe de enfermagem em turnos alternados, permitindo uma abrangência de olhar no dia a dia em uma dinâmica cíclica do serviço em questão.

As entrevistas não estruturadas foram feitas com a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) e no CAPS III totalizando 16 participantes no estudo. A escolha pela equipe de enfermagem deve-se ao fato dela ser o corpo profissional que possui o contato contínuo com esses usuários. Conforme aponta Fabri e Loyola (2014, p. 696), “esse contato contínuo ocorre na psiquiatria porque a equipe de enfermagem é a força de trabalho com maior carga horária”.

Em relação aos participantes do estudo, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão detalhados a seguir.

Critérios de inclusão:

- Toda a equipe de enfermagem (Enfermeiros e Técnicos) que atuem no CAPS III, tendo um período de atuação igual ou superior a seis meses de trabalho. Essa escolha aleatória foi determinada pelo pesquisador por compreender como um tempo mínimo apropriado para nossa pesquisa, pois já estavam presentes experiências práticas no território da equipe de enfermagem como a criação do vínculo e o reconhecimento das necessidades de saúde do usuário. Além disso, esse tempo

oferece uma possibilidade empírica de reconhecimento mais apurado do território de abrangência do CAPS III.

Em relação aos critérios de exclusão utilizados no estudo:

- Profissionais de enfermagem que durante a entrevista não estruturada apresentaram alguma intercorrência ligados aspectos físicos, sociais, comportamentais e emocionais;

#### **4.4 Aspectos éticos**

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética 5238- UFRJ - Escola de Enfermagem Anna Nery- Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro/EEAN, com o parecer de aprovação CAAE Nº: 68003617.2.0000.5238. Vale destacar que também teve a aprovação do Comitê de Ética 5279- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-SMS/RJ, com o parecer de aprovação CAAE Nº: 68003617.2.3001.5279. Possui dois Comitês de aprovação de ética em pesquisa, uma vez que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos sob a responsabilidade da esfera municipal. O estudo contemplou os princípios éticos determinados na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos, justificativas, contribuições e métodos aplicados neste estudo. Após essa etapa, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndice A) para autorização por escrito a execução do estudo.

O termo é um instrumento que garante aos participantes o sigilo, o anonimato, a privacidade, assim como a autonomia para a desistência da participação em qualquer uma das etapas da pesquisa. Além disso, nenhum sujeito da pesquisa será identificado, para sua garantia de anonimato.

Os resultados dos estudos serão compartilhados com os participantes dos cenários da pesquisa, por meio de convite à apresentação dos resultados e da defesa da tese, além da divulgação por escrito através da confecção de artigos acadêmicos.

Vale ressaltar que antes da análise dos dados foi enviado um e-mail para os participantes do estudo com o conteúdo de suas respectivas entrevistas gravadas e transcritas para que cada participante tivesse ciência e autoriza-se a análise de dados por meio dos conteúdos transcritos.

#### 4.5 Risco do estudo

Em relação aos riscos, o pesquisador assegura que, ao menor sinal de riscos de dimensão: "física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, a pesquisa poderá ser interrompida pelo participante e/ou pesquisador".

Cabe ressaltar que toda pesquisa possui riscos, essa apresenta risco mínimo, uma vez que o perigo ou desconforto que o (a) participante pode experimentar não é maior do que ele vivência em sua vida cotidiana.

O pesquisador assegurou o que:

- A identidade do participante será considerada confidencial, isto é, o seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo;
- Quando houver necessidade de identificação será utilizado um nome distinto do participante. Para este estudo utiliza-se a letra (E1, E2, E3), entrevistado 1 (E1) e entrevistado 2 (E2) e, assim, respectivamente.
- A participação foi voluntária, isto é, a qualquer momento o participante pode se negar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e sair do estudo;
- A saída ou recusa do participante não causou nenhuma mudança em sua relação com a instituição;
- Os responsáveis pela realização do estudo se comprometem a zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;
- Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes;
- Serão assegurados aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do estudo, seja em termos de retorno social, de acesso aos procedimentos da pesquisa, das condições de acompanhamento e produção dos dados.

Vale lembrar que o pesquisador se compromete a não utilizar os dados da entrevista em outra pesquisa sem a devida autorização por escrito do participante.

Todo participante concedeu a entrevista do estudo após a leitura, e, também, a concordância com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

#### **4.6 Preparação do material para análise.**

Para a análise de dados do estudo foi utilizado a técnica denominada por Spink (2010) de mapa de associação de ideias e produção de sentido. Essa abordagem técnica é fundamentada no Construcionismo Social por meio da análise da linguagem, do discurso e do conteúdo para a produção de sentidos e preservando seu conteúdo e tempo presente e vivido da fala.

Segundo Spink (2010, p. 38), “os mapas permitem preservar o contexto interativo e são instrumentos de visualização do processo de internalização que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando fazemos certos comentários ou perguntamos algo”.

“O mapa tem o objetivo de sistematizar o processo de análise em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita da produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que tem duplo objetivo: dar subsídios aos processos de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.” (Spink e Lima, 2013, p. 84).

Para Spink (2010, p.39) argumenta que “o mapa remete a um estilo de exploração de territórios que tem como pressuposto a existência objetiva de terrenos cujas características podem ser produzidas por imagens”.

Em Spink e Lima (2013, p. 84) sinalizam que “a construção de mapas se inicia pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa”. Para analisar o conteúdo das falas dos participantes do estudo, foi utilizado o mapa de associação de ideias e a análise temática, a fim de analisar o conteúdo dos registros das entrevistas não estruturadas e observação participante.

O estudo fez a técnica de análise por meio da construção de mapa de associação de ideias e produção de sentido proposta por Spink (2010), alinhada à análise de conteúdo tipo temática, conforme Minayo (2014), uma vez que a análise de conteúdo tipo temática possibilitou a construção de temas que foram analisados na construção do mapa de associação de ideias e da prática discursiva de produção de sentido.

Em relação à análise de conteúdo tipo temática, para Minayo (2014, p. 316) “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para objeto analítico visado”.

Em outra menção à análise de conteúdo temático, Minayo (2014, p. 307) destaca que:

“Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir a inferência de uma interpretação mais profunda.”

Cabe ressaltar que a análise de conteúdo de abordagem temática mais habitualmente empregada no tratamento de dados da pesquisa com abordagem qualitativa. Entretanto, a mesma autora aborda que a análise de conteúdo é mais do que um procedimento técnico, pois é contemplada por uma histórica busca teórica e prática no campo das verificações sociais (MINAYO, 2014, p. 303).

A categorização consistiu no processo de redução do texto às palavras e expressões significativas e a análise temática trabalha com essa fase, recortando o texto em unidades de registro que constituiu as palavras, frases, temas ou acontecimentos relevantes que promoveram as inferências e as interpretações dos dados da pesquisa.

No que concerne à construção de mapa de associação de ideias e produção de sentido, essa técnica permite que se produza os sentidos construídos em determinado grupo, nas suas práticas discursivas. Segundo Pinheiro (2013, p.158), “as práticas discursivas são uma atividade cognitiva quando referidas ao conhecimento social entendido como construção da realidade”.

Conforme Spink (2010), o mapa é uma tabela em que as colunas são definidas por meio da abordagem temática, e os temas refletem os eixos do roteiro das entrevistas. Segundo Mirim (2013), as produções de sentidos e as práticas discursivas são fenômenos sociolinguísticos que buscam compreender tanto as práticas discursivas do cotidiano, como os repertórios interpretativos nas produções discursivas

Em Spink (2010), oferece uma demonstração de como construir essa técnica de análise de dados através do mapa de associação de ideias. A mesma autora argumenta que, além da construção do mapa, utilizam-se *árvores e linhas narrativas* que deram a sequência construtiva à análise relacionada ao tempo vivido das falas e do registro do diário de campo. Logo após a transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura flutuante e a leitura aprofundada e contextual dos dados da entrevista não estruturada e observação participante.

Em seguida, foi realizada a transcrição sequencial. Após ela, foram escolhidos os temas que foram embutidos no mapa. Conforme Spink (2010), em seguida, o próximo passo foi a transposição dos trechos da entrevista para o mapa, atentando-se para a lógica sequencial das falas e preservando toda a sequência interacional entre entrevistador e entrevistado.

Por fim, este estudo efetuou por intermédio do mapa de associação de ideias e produção de sentidos, alinhado à técnica de análise de conteúdo tipo temática, descreveu as ações da equipe de Enfermagem nas condutas cotidianas para promover o protagonismo do usuário do CAPS III. Para que isso acontecesse, o estudo identificou as ações da equipe de enfermagem que colaboram com o protagonismo do usuário, relacionando, no final, quais são os sentidos e desafios produzidos pela equipe de enfermagem em suas ações norteadoras do protagonismo do usuário.

Cabe destacar que para analisar os dados por meio da análise de conteúdo temático e construir o mapa de associações de ideias e produção de sentidos, o estudo irá utilizar o *software N Vivo Pro 12*. Esse é um dispositivo para análise de conteúdo temático para as pesquisas qualitativas da saúde que permite criar categorias, codificar, filtrar, fazer buscas e questionar os dados, para responder às questões de um estudo científico.

## **5.0 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÕES DO ESTUDO**

A tese aborda as ações realizadas pela equipe de enfermagem no CAPS III, levando em consideração a ênfase ao protagonismo do sujeito nas ações de cuidados cotidianas. Dessa maneira, o estudo traz um olhar sobre como a assistência em enfermagem produz as ações cotidianas, que podem favorecer o protagonismo do usuário em contraposição a uma conduta de autômato do indivíduo em sofrimento psíquico ou com transtorno mental.

Os desafios colocados pela equipe de enfermagem sobre a promoção do protagonismo e os sentidos em promover tais ações estabelecem que o protagonismo do usuário é vivenciado pela equipe de enfermagem por intermédio do “cuidado protagonizador”. Esse se configura em uma negociação constante com o território do indivíduo inserido no CAPS III.

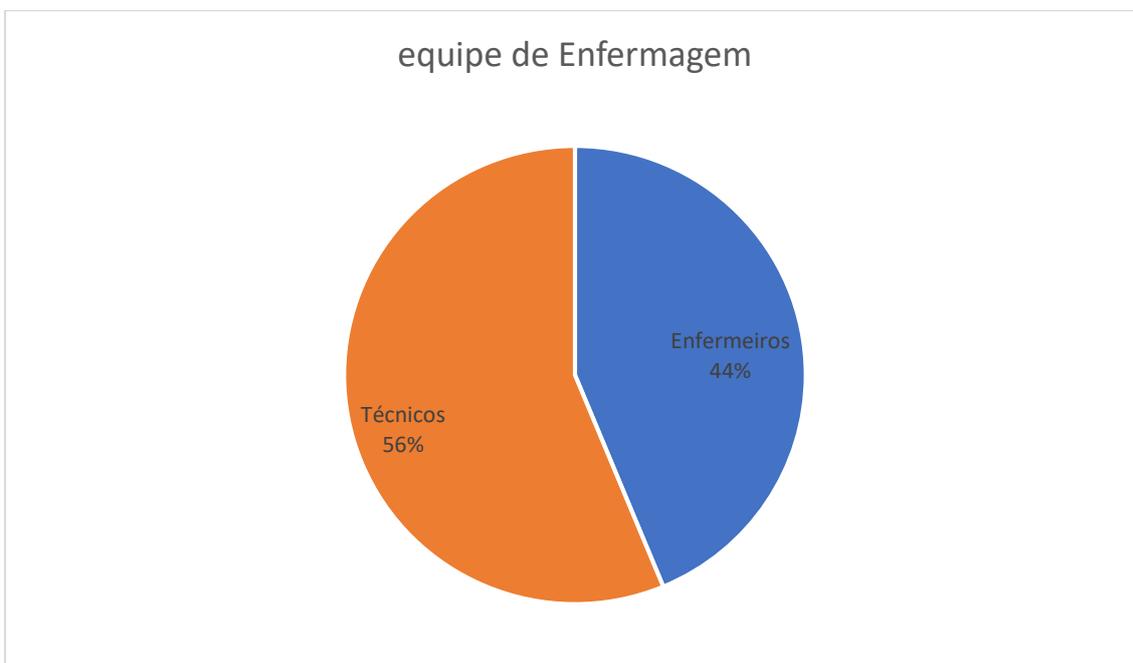
O estudo desenvolveu os constructos teóricos sobre as ações de enfermagem para a construção e a manutenção do protagonismo do usuário do CAPS III. Além disso, discute sobre os sentidos produzidos na equipe de enfermagem na construção dos caminhos para o protagonismo desse usuário que é mediado por meio do cuidado protagonizador. A tese trouxe conceituações sobre os sentidos que a equipe de Enfermagem produz sobre o protagonismo do usuário.

### **5.1 Caracterização dos participantes.**

Em relação aos resultados foram 16 participantes do estudo que concederam as entrevistas não estruturadas. A observação participante foi em 02 CAPS III no Município do Rio de Janeiro. Os participantes foram os enfermeiros e técnicos de Enfermagem. Lembrando que tal análise da observação participante é correspondente aos dois cenários de atuação dos dezesseis participantes do estudo. A observação participante totalizou 112 h.

Por ora, antes de apresentar a análise por meio do mapa de associação de ideias e produção de sentido. A tese apresenta a caracterização dos participantes, a fim de contextualização do estudo.

**Figura 01: Distribuição da Equipe de Enfermagem participantes do estudo em dois CAPS III do RJ, ano 2017.**

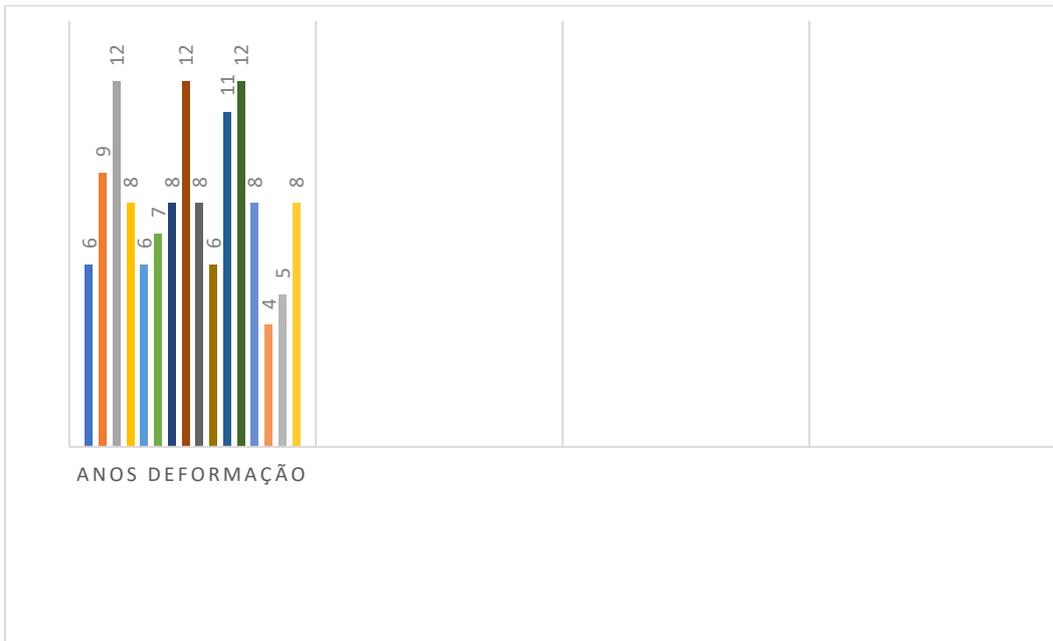


**Fonte: Registro da coleta de dados do estudo com a equipe de Enfermagem em dois CAPS III do Município do Rio de Janeiro, em novembro de 2017.**

Conforme a figura 01 dos 16 participantes que realizaram o estudo constatou que 56 %, isto é, nove participantes do estudo são técnicos de enfermagem, sendo que 44%, ou seja, sete são enfermeiros. Lembrando que esse dado representa a categoria profissional de atuação nos dois CAPS III, na cidade do Rio de Janeiro.

Vale apontar que grande parte dos técnicos de enfermagem estão realizando a formação em nível superior, segundo informação dos mesmos. Entre os cursos destacam-se: Enfermagem, Psicologia e Engenharia. Apenas quatro técnicos relataram que não estão cursando nível superior de formação.

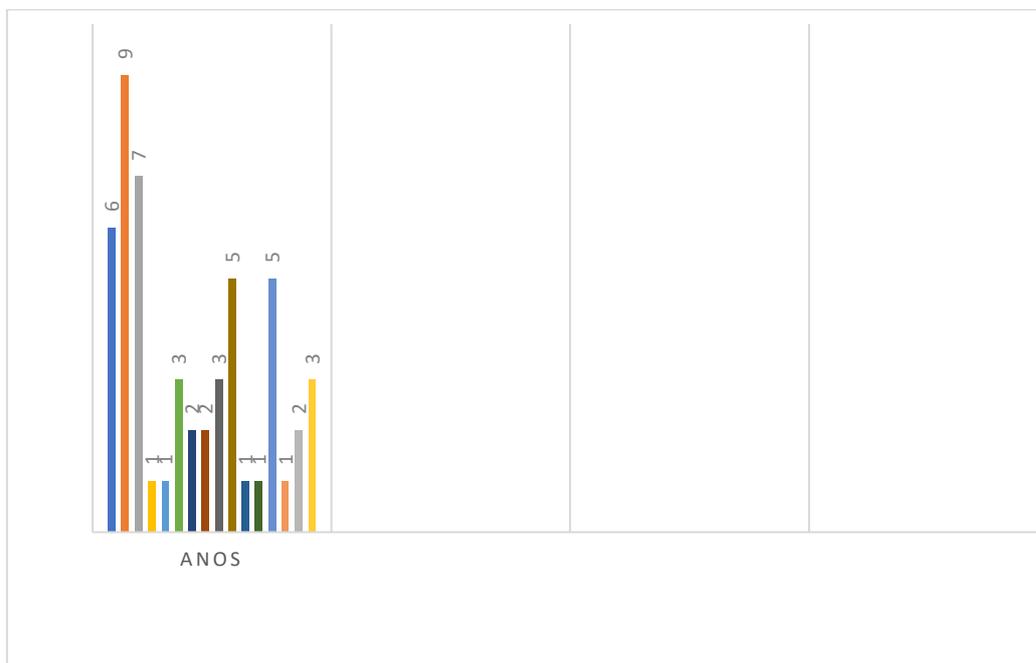
**Figura 02: Tempo de formação da equipe de Enfermagem em CAPS III do RJ, ano de 2017.**



**Fonte: Registro da coleta de dados do estudo com a equipe de Enfermagem em dois CAPS III do Município do Rio de Janeiro, em novembro de 2017.**

No que tange ao tempo de formação dos 16 participantes tanto em nível técnico quanto superior (figura 02), a média de tempo de formação é de 08 anos. Vale destacar que a média foi calculada pela soma aritmética dos valores relacionados a cada tempo de formação e dividida pelo número total de participantes. Portanto, a Média é o somatório dos anos de formação divididos pelo total de 16 participantes.

**Figura 03: Tempo de atuação da equipe de Enfermagem no CAPS III do RJ, ano 2017.**

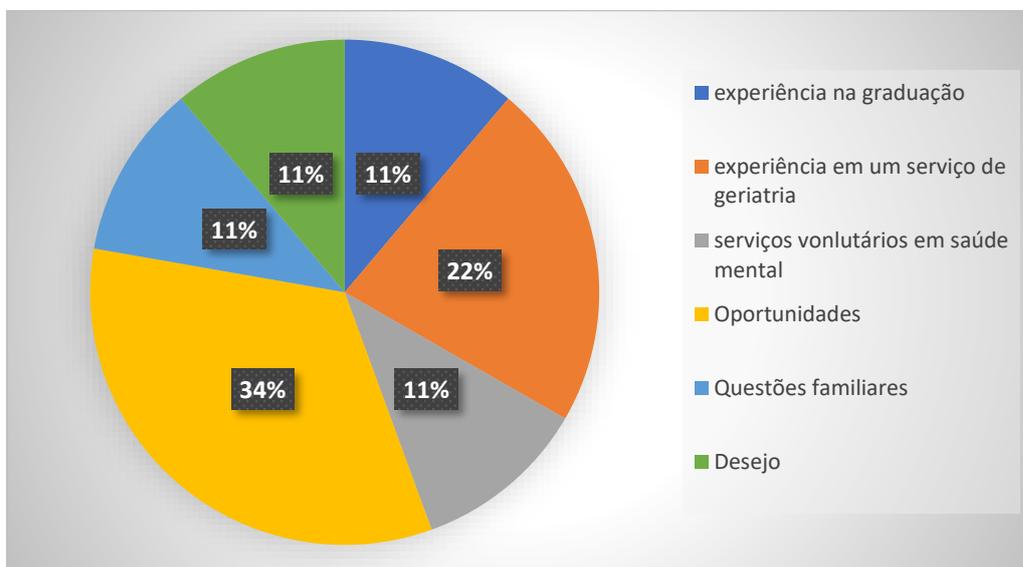


**Fonte: Registro da coleta de dados do estudo com a equipe de Enfermagem em dois CAPS III do Município do Rio de Janeiro, em novembro de 2017.**

Em relação ao tempo de atuação no CAPS III (figura 03) a média de atuação no CAPS é de 03 anos. Lembrando que a média foi calculada pela soma aritmética dos valores relacionados ao tempo de atuação e dividida pelo número total de participantes.

Por fim, sobre a motivação que levou os participantes atuarem em serviço de saúde mental foram bastante distintas, conforme a figura 04.

**Figura 04: Motivação da escolha em atuar na área de saúde mental da equipe de Enfermagem do CAPS III do RJ, ano 2017.**



**Fonte: Registro da coleta de dados do estudo com a equipe de Enfermagem em dois CAPS III do Município do Rio de Janeiro, em novembro de 2017.**

Em relação à figura 04, grande parte abordou que estão em um serviço de saúde mental por uma questão de oportunidades, totalizando 34%. A oportunidade está relacionada ao sentido que tiveram a oportunidade da empregabilidade apenas no cenário do CAPS III.

Vale destacar que 22 % dos participantes relataram que atuam no serviço de saúde mental, após passarem por experiências em serviço de geriatria e foram transferidos e/ou contratos para atuarem no CAPS III no Município do Rio de Janeiro. Por terem trabalhado em serviço de geriatria, foram acionados, também, para trabalhar em serviço de saúde mental.

Por fim, 11% relataram que foram trabalhar em saúde mental por questões familiares, outros 11% por influência relacionada a experiência no ensino de graduação em enfermagem. Além disso, outros 11 % escolherem trabalhar na saúde mental por desejo e outros 11% foram trabalhar no CAPS, pois já prestaram algum serviço voluntário em serviços de saúde mental. Em suma, a experiência na graduação, questões familiares, trabalhos voluntários em saúde mental e desejo foram outras motivações expressadas.

Em síntese, uma expressiva parcela dos participantes possui tal motivação quando essa é expressada no campo do desejo, do trabalho voluntário, da experiência na graduação, das questões familiares. Quando essas variáveis são somadas e comparadas em relação à variáveis

oportunidades (figura 04). Mesmo assim, a escolha em trabalhar no CAPS III, abordados no cenário do estudo, deve-se ao fato relacionado à questão de oportunidades.

Para atender o princípio ético no que tange ao anonimato dos participantes do estudo foram adotadas as seguintes siglas nos registros das entrevistas não estruturadas: participante 01 (E1); participante 02 (E2); participante 03 (E3); participante 04 (E4); participante 05 (E5); participante 06 (E6); participante 07 (E7); participante 08 (E8); participante 09 (E9); participante 10 (E10); participante 11 (E11); participante 12 (E12); participante 13 (E13); participante 14 (E14); participante 15 (E15); participante 16 (E16).

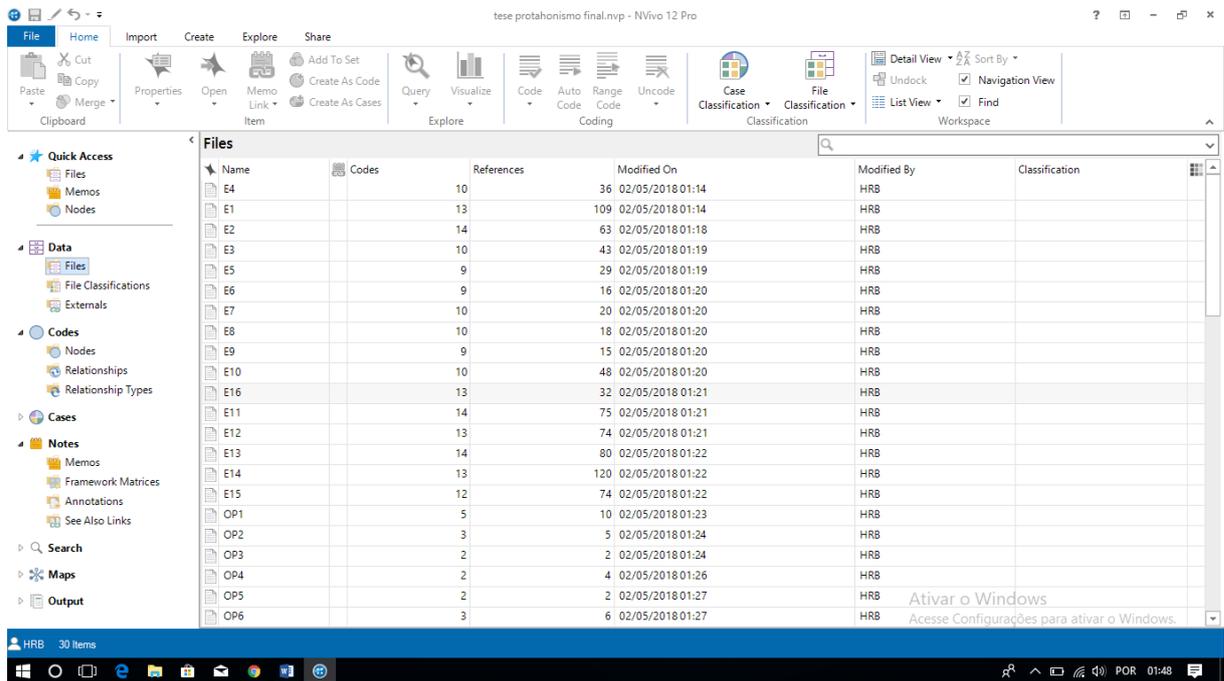
Já em relação aos registros da observação participante nos dois CAPS III do Município do Rio de Janeiro foi adotada a seguinte nomenclatura que é apresentada seguinte forma: primeira observação (OP1); segunda observação (OP2); terceira observação (OP3); quarta observação (OP4); quinta observação (OP5); sexta observação (OP6); sétima observação (OP7); oitava observação (OP8); nona observação (OP9); décima observação (OP10); décima primeira observação (OP11); décima segunda (OP12); décima quarta (OP14). Lembrando que essas observações foram realizadas em dias alternados.

## **5.2 Resultados e Organização dos dados**

Para organizar a análise de dados por meio do conteúdo temático, foi utilizado o *Software Nvivo12 Pro for Windows, versão 2018*. Vale ressaltar que tal dispositivo foi desenvolvido para facilitar a análises das técnicas qualitativas a fim de organizar, analisar e compartilhar dados, independentemente do método usado (QSR/ NVivo, 2018).

Após a leitura flutuante dos dados coletados tanto na observação participante quanto nas entrevistas não estruturadas, os arquivos dos dados foram transferidos a fonte do *software Nvivo Pro 12*. No dispositivo foi feita uma busca nas fontes do estudo (registros dos dados coletados na pesquisa de campo por meio do diário de campo da observação participante e dos dados das entrevistas não estruturadas) a codificação não se baseou apenas nas palavras que se repetiam, mas nos temas abordados em cada trecho das entrevistas não estruturadas e da observação participante. Logo após esse procedimento, foi realizada a codificação por meio dos *Nós* temáticos por intermédio dos registros das entrevistas não estruturadas relacionadas às falas dos participantes e no registro da observação participante pelo pesquisador, construindo, assim, *nós* temáticos que mais se expressavam em todo material de dados.

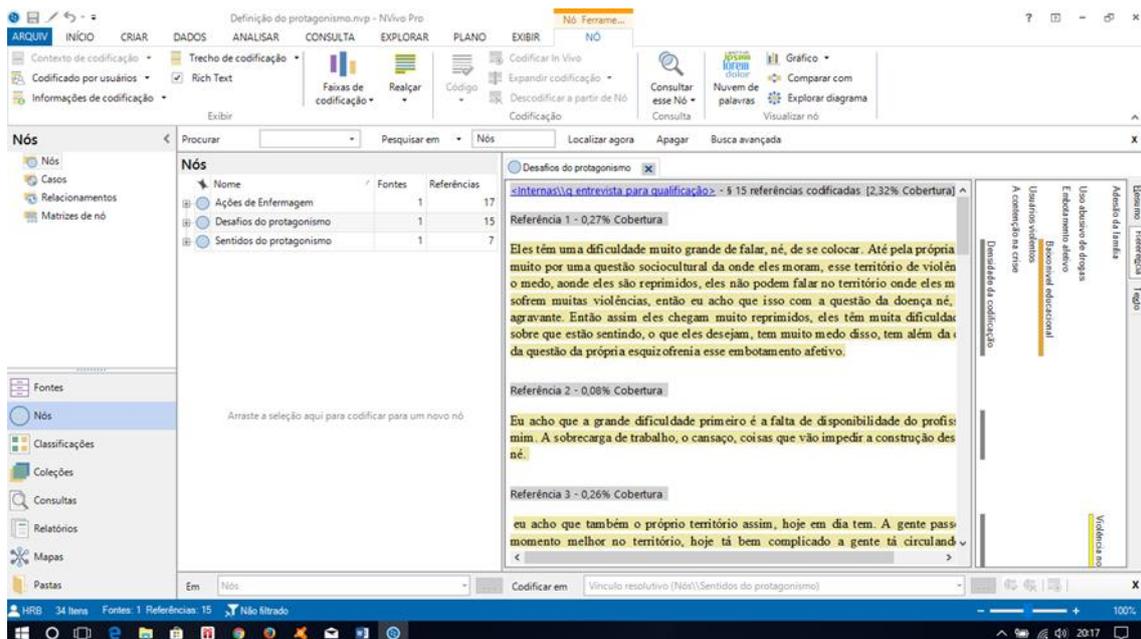
**Figura 05: Representação das fontes que serão codificadas no NVivoPro12 versão 2018.**



Fonte: NvivoPro12, 2018.

Cabe argumentar que os *Nós* são recipientes para a codificação que representam temas, tópicos ou outros conceitos. Eles permitem a reunião de materiais relacionados em um lugar para que possa construir padrões e ideias emergentes (QSR, Nvivo, 2018).

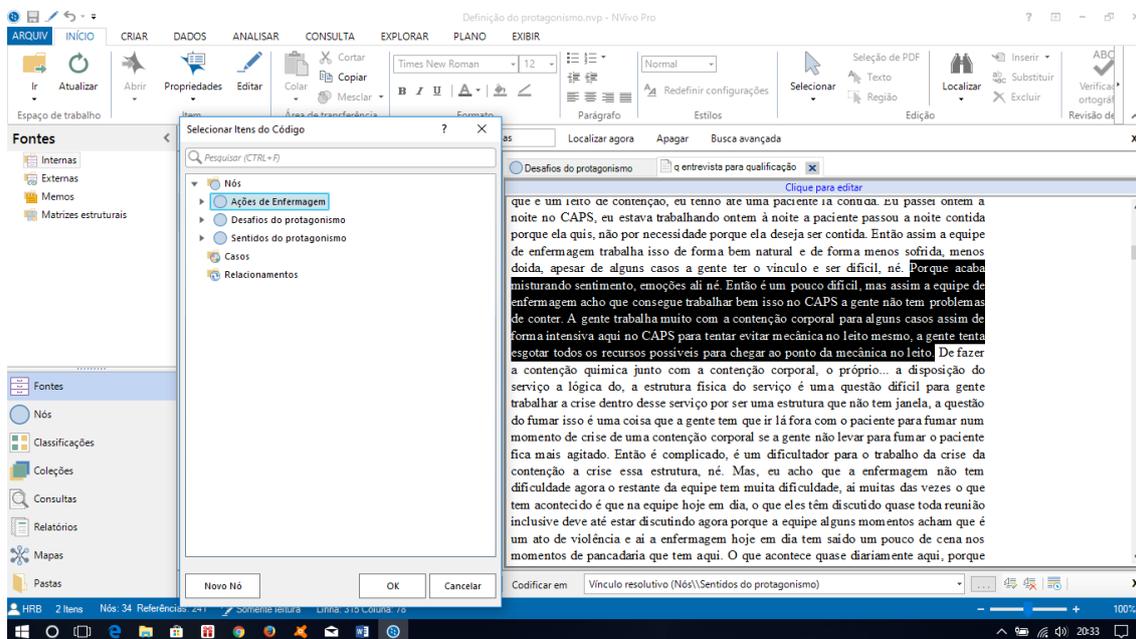
**Figura 06: Representação do nós codificados**



Fonte Nvivo Pro 12, 2018.

Segundo o QSR, NVivo (2018) a codificação é o processo para reunir materiais por tópico, tema ou caso. Por exemplo, selecionar um parágrafo as ações de enfermagem para o protagonismo do usuário no CAPS III e codificá-lo no “*nó* ações de Enfermagem”.

**Figura 07: Representação da codificação do Nós**



Fonte: NvivoPro12, 2018.

Conforme o QSR NVivo (2018), em relação à criação de *nós* é necessário determinar os temas que desejam procurar (com base em sua revisão da literatura, questões norteadoras da pesquisa, objetivos do estudo, por exemplo). Dessa forma, foi possível criar e organizar os *nós* antes de começar a codificação.

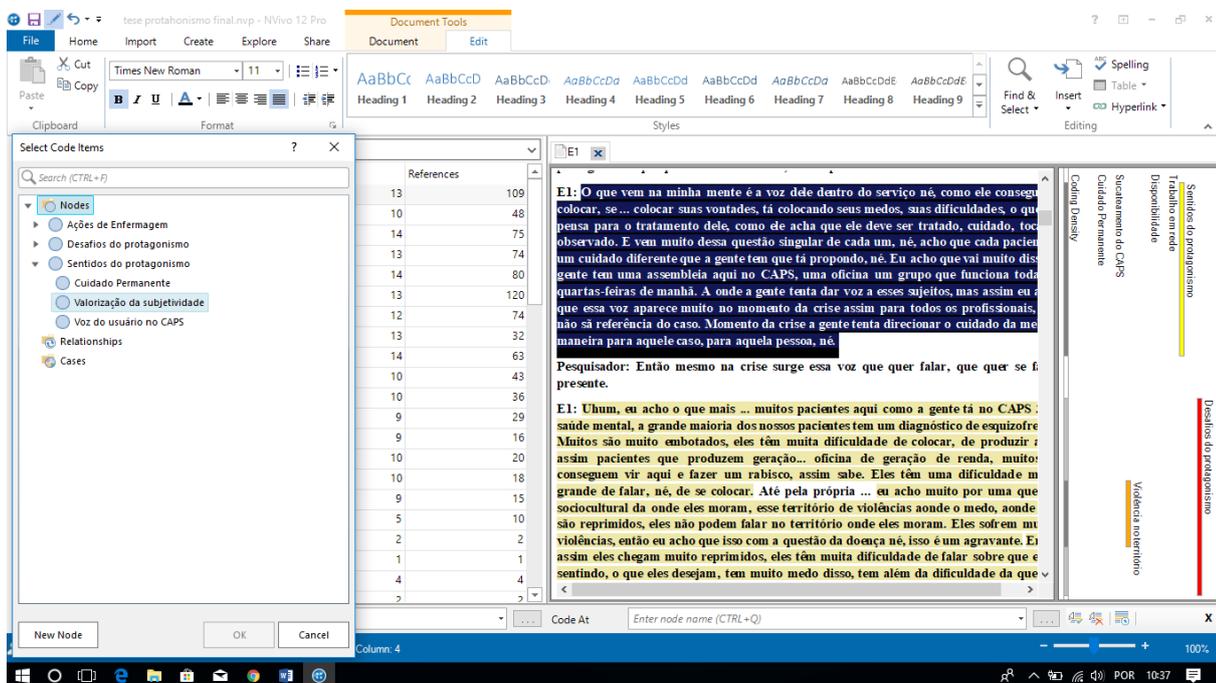
Neste estudo, os “*nós*” foram criados por meio dos temas, isto é, conteúdos temáticos que mais se repetiam no texto da observação participante, entrevistas não estruturadas e relacionados às questões da pesquisa e objetivos do estudo.

Foram criados três “*Nós*”, a saber: As ações de enfermagem, desafios do protagonismo e sentidos do protagonismo. Após essa criação, foi realizada a codificação no texto dos arquivos e criação de hierarquias dos *Nós*, isto é, os “*subnós*”.

Segundo o QSR Nvivo (2018), a organização dos *nós* em uma hierarquia é uma parte importante do processo analítico, pois ajuda a refinar os pensamentos e conexões entre temas. Adicionar *nós* descendentes (*subnós*) sob um *nó* existente para criar uma hierarquia.

Dessa forma, os “*subnós*” estão relacionados ao conteúdo temático que foram codificados nos arquivos da coleta de dados (registro da observação participante e das entrevistas não estruturadas).

**Figura 08** Representação da codificação nos *subnós*:



Fonte: NvivoPro12, 2018.

Para apresentar os “*Nós*” e a hierarquização dos “*subnós*” que foram formados na codificação e estão expressos no quadro 04, neles há um demonstrativo numérico das fontes e das referências nos arquivos de registros do estudo.

Esse procedimento possibilitou organizar a codificação, a fim de realizar a análise temática mediante aos significados de temas que estão expressos nos materiais coletados. Tal organização é referente ao conteúdo temático e aos objetivos do estudo. Operou na construção de temas homogêneos por meio de análises exaustivas e exclusivas da produção de sentidos dos temas que estão presentes nas fontes do estudo (observação participante e entrevistas não estruturadas). O quadro 04, abaixo, expressa a codificação da análise temática.

**Quadro 04: distribuição numérica de temas codificados no estudo, ano 2017**

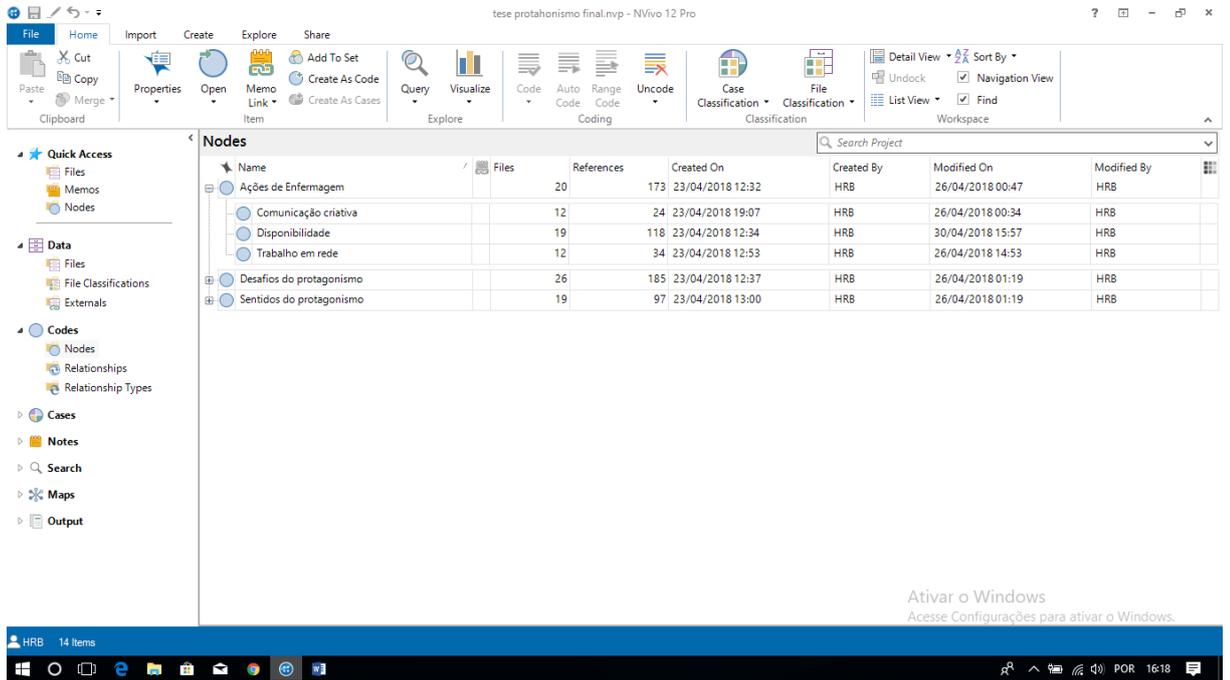
<i>Nó</i>	<i>Sub Nó</i>	Nº de fontes	Nº de referências
Ações de Enfermagem	Comunicação criativa	12	24
	Disponibilidade	19	118
	Trabalho em rede	12	34
Desafios do protagonismo	Adesão da família	10	28
	Baixo nível educacional	15	25
	Contenção na crise	15	29
	Sucateamento do CAPS	20	50
	Violência no território	14	47
Sentidos do protagonismo	Singularidade do Cuidado	15	30
	Valorização da subjetividade	13	28
	Voz do usuário no CAPS	14	39

**Fonte: dados do estudo no NvivoPro12, 2018.**

O quadro 04 traz um demonstrativo dos temas codificados em cada campo dos *nós* temáticos (coluna 01), em ordem alfabética dos *subnós* (coluna 02), em cada *nó* temático e o quantitativo numérico em cada fonte do estudo (coluna 03) e o quantitativo numérico em cada referência do estudo, isto é, quantas vezes aparecem em todos os registros do estudo (coluna 04).

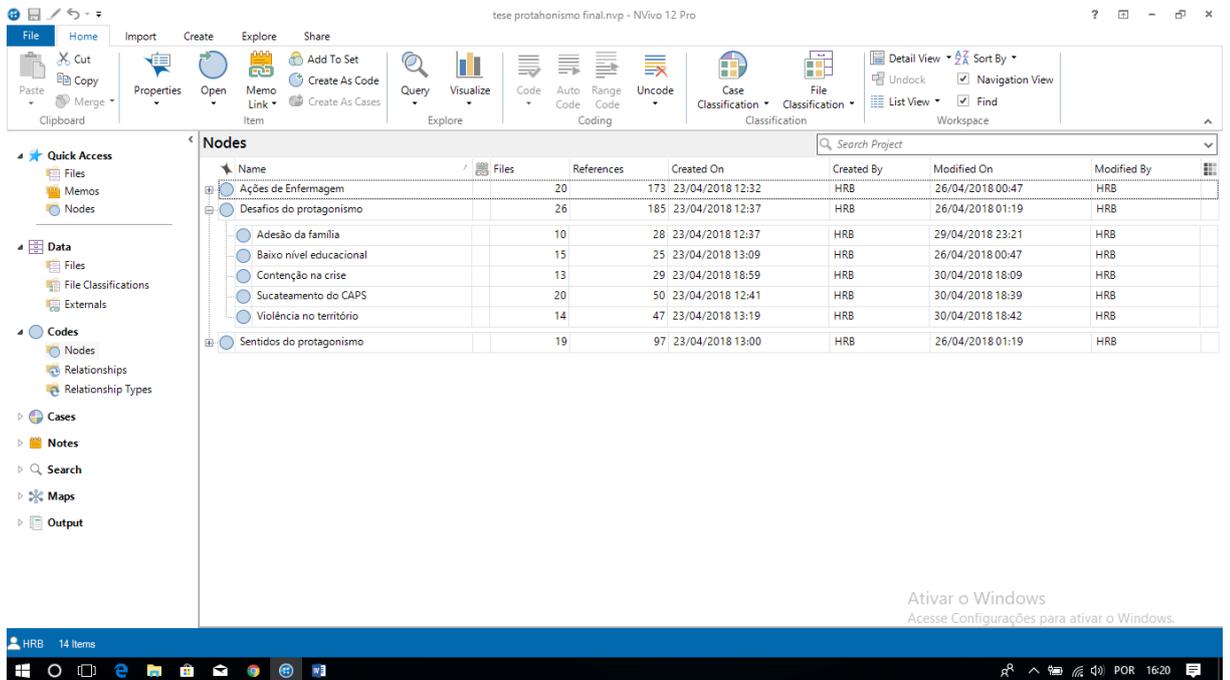
O estudo traz um demonstrativo da representação da página do Nvivo Pro 12, versão 2018 com a organização dos *nós e subnós* temáticos por meio do quantitativo relacionados às referências apresentadas. As referências demonstram a quantidade numérica dos temas codificadas nas fontes do estudo, conforme as figuras 09, 10, 11 apresentadas a seguir.

**Figura 09: Representação da página do NVivoPro12 versão 2018, demonstrativo do nó: Ações de Enfermagem e quantidade de referência para cada *subnós* formado.**



Fonte: NvivoPro12, 2018.

**Figura 10: Representação da página do NVivoPro12 versão 2018 com o demonstrativo do nó: Desafios do protagonismo e quantidade de referência para cada *subnós* formado.**



Fonte: Nvivo Pro12, 2018.

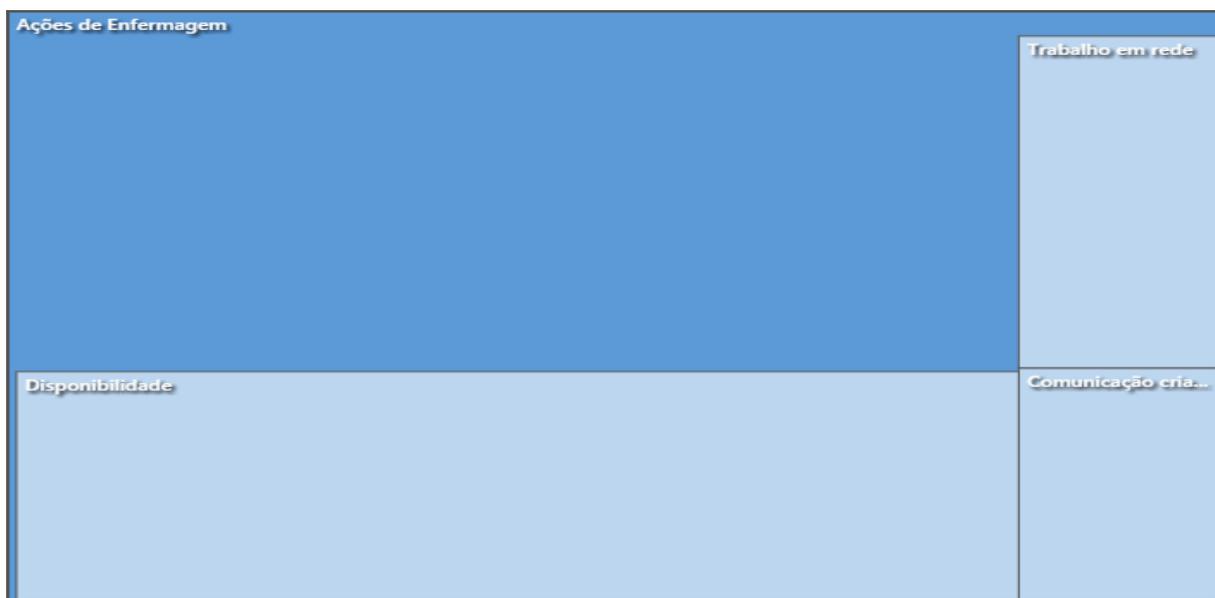
**Figura 11: Representação da página do NVivoPro12 versão 2018 com o demonstrativo do *nó*: Sentidos do Protagonismo e quantidade de referência para cada *subnós* formado.**

Name	Files	References	Created On	Created By	Modified On	Modified By
Ações de Enfermagem		20	23/04/2018 12:32	HRB	26/04/2018 00:47	HRB
Desafios do protagonismo		26	23/04/2018 12:37	HRB	26/04/2018 01:19	HRB
Sentidos do protagonismo		19	23/04/2018 13:00	HRB	26/04/2018 01:19	HRB
Singularidade do Cuidado		15	23/04/2018 18:53	HRB	09/05/2018 14:01	HRB
Valorização da subjetividade		13	23/04/2018 13:00	HRB	30/04/2018 19:29	HRB
Voz do usuário no CAPS		14	23/04/2018 13:11	HRB	30/04/2018 19:26	HRB

Fonte: NvivoPro12, 2018.

Por fim, no NVivoPro12 os *nós* são representações temáticas sobre a possibilidade de formação de categorias e os *subnós* representam as subcategorias ligadas a esses *nós* temáticos. Foi utilizando essa ferramenta do Nvivo Pro12, a fim de estabelecer um demonstrativo sobre a hierarquização dos temas (*subnós*) codificados em cada *nó* temático, conforme as figuras 12, 13 e 14 que segue.

**Figura12: Hierarquização dos temas apresentados na codificação referente as ações de Enfermagem no CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12, 2018.**



**Fonte: NvivoPro12, 2018**

Em relação a figura 12, que configura uma representação sobre as ações de Enfermagem, cabe ressaltar que cada área do retângulo e/ou quadrado representa a densidade dos temas encontrados. Assim, as temáticas Disponibilidade, Trabalho em rede e comunicação criativa foram as que mais se destacaram, conforme disposição representativa dada pelo NvivoPro12 versão 2018.

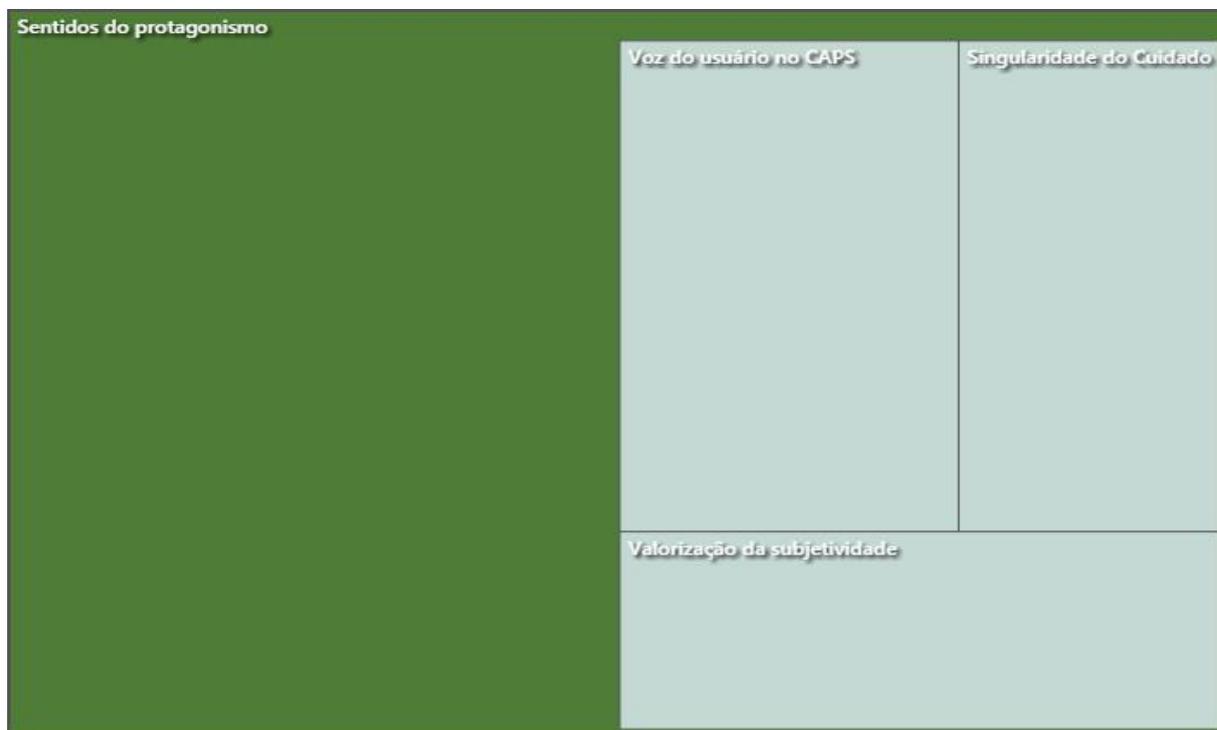
**Figura 13: Hierarquização dos temas apresentados na codificação referente aos desafios da Enfermagem para o protagonismo do usuário no CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12,2018.**



**Fonte: NvivoPro12, 2018**

No que tange a figura 13, a qual representa os desafios do protagonismo evidenciado pela equipe de Enfermagem, cada área do retângulo e/ou quadrado representa a densidade dos temas encontrados. Portanto, o sucateamento do CAPS, a violência no território, a contenção na crise, o baixo nível educacional, a adesão da família foram as temáticas com maior densidade ligadas aos desafios da Enfermagem para o protagonismo do usuário do CAPS III.

**Figura 14: Hierarquização dos temas apresentados na codificação referente sentidos produzidos pela equipe de Enfermagem para o protagonismo do usuário no CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12, 2018.**



**Fonte: NvivoPro12, 2018**

Já na figura 14, ela representa a demonstração gráfica referente à produção de sentidos para o protagonismo do usuário expressados pela equipe de enfermagem em que cada área do retângulo e/ou quadrado representa a densidade dos temas encontrados por intermédio do NvivoPro12, versão 2018. Assim, a voz do usuário no CAPS, a singularidade do cuidado, a valorização da subjetividade, formam as temáticas que mais produziram sentido na equipe de enfermagem na produção de protagonismo do usuário do CAPS III.

Para o construcionismo social, segundo Gergen e Gergen (2010), o significado é criado no contexto das relações, então, o que estava pulsante na produção de sentido para promover o protagonismo do usuário no CAPS III, mediado pela equipe de enfermagem, havia bastante densidade temática, relacionada aos desafios lançados para essa construção, do que as possibilidades expressadas na ideia e com campo dos desejos e vontades da equipe de enfermagem. Fato esse que pode ser observado na figura 15, em que os temas ligados aos desafios tiveram maior densidade em comparação às ações de enfermagem e percepção subjetiva sobre os sentidos do protagonismo.

**Figura 15: Consolidado da hierarquização dos nós temáticos codificados nos registros do estudo com a equipe de Enfermagem do CAPS III de um Município do Rio de Janeiro por meio do NvivoPro12, 2018.**

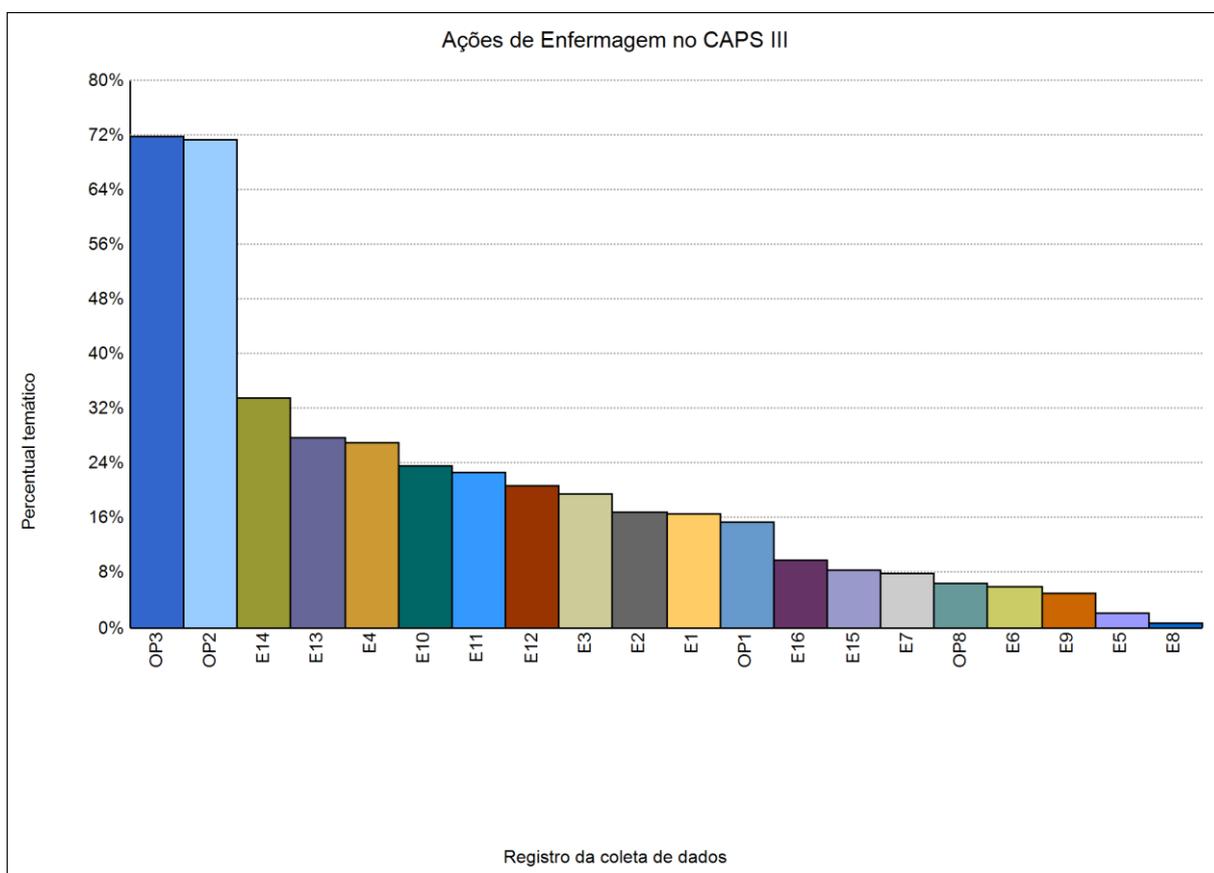


Fonte: NvivoPro12, 2018

Por meio da figura 15, fica evidente que os temas ligados aos desafios para promoção do protagonismo tiveram mais ênfase nos registros de dados das entrevistas não estruturadas e na observação participante. Dessa forma, a questão sobre violência do território, sucateamento do CAPS, contenção na crise, baixo nível educacional e adesão da família foram eixos temáticos no total de quatro que em comparação com outros eixos temáticos-ações de enfermagem e sentidos do protagonismo, tiveram um total de três temas, respectivamente.

Em relação ao “nó” temático ações de enfermagem, a distribuição percentual dessa categoria ficou caracterizada nas fontes do estudo (registros das entrevistas não estruturadas e da observação participante), conforme a figura 16.

**Figura 16: Percentual temático sobre as ações de Enfermagem nos registros da coleta de dados no CAPS III, 2017**



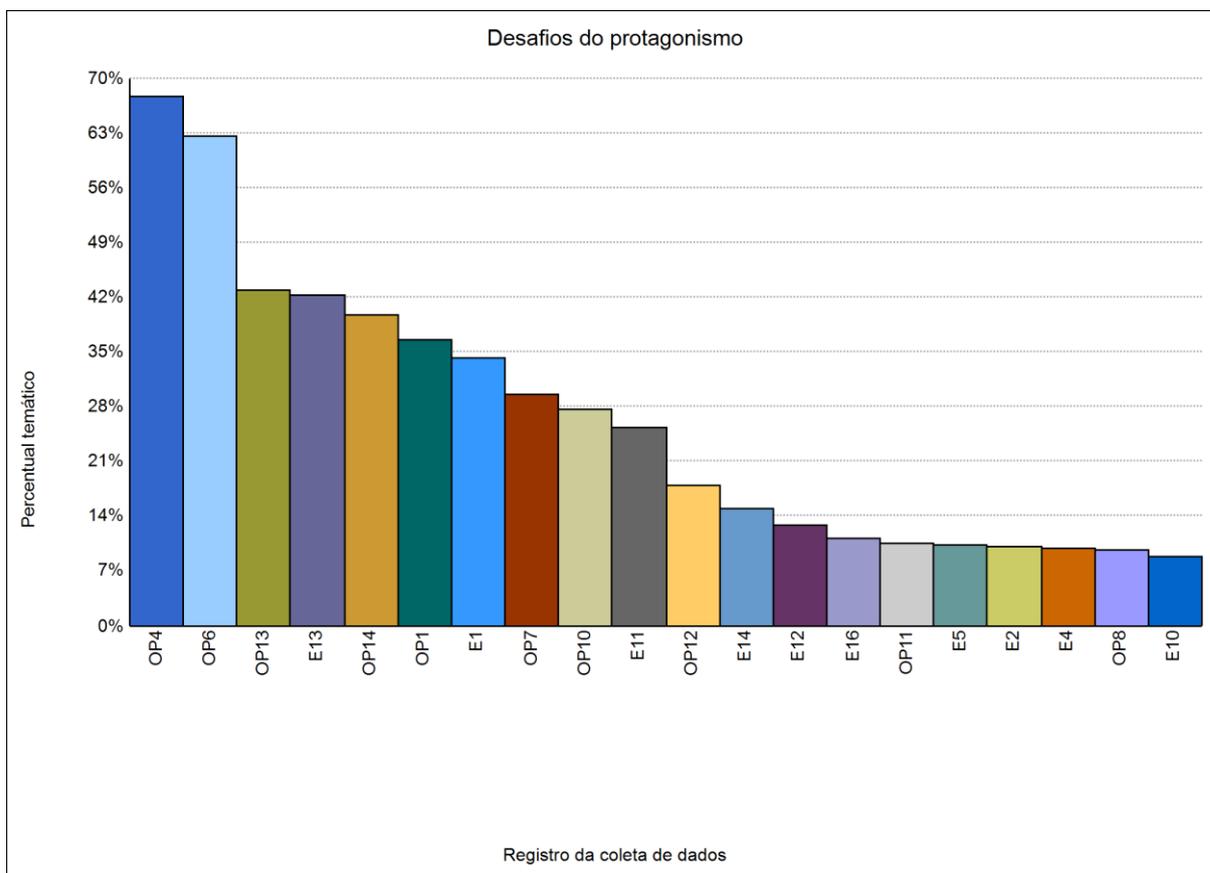
**Fonte: NVivo Pro, 2018.**

A figura 16 representa a cobertura do percentual temático ligado às ações de enfermagem que emergiram na codificação nas fontes do estudo (registro da entrevista não estruturada e observação participante).

Dessa forma, o “Nó” temático ações de enfermagem tiveram percentual maior na observação participante três (OP3) e dois (OP2), seguida pela entrevista não estruturada (E14). Conforme a figura 16, a entrevista (E8) teve um menor percentual temático, isto é, o tema ações de enfermagem, nessa entrevista, surgiu em menor quantidade em comparação as outras fontes do estudo.

No que tange, ao “nó” temático desafios do protagonismo a distribuição percentual dessa categoria ficou distribuída nas fontes do estudo (registros das entrevistas não estruturadas e da observação participante), conforme a figura 17.

**Figura 17: Percentual temático sobre desafios do protagonismo nos registros da coleta de dados no CAPS III, 2017**



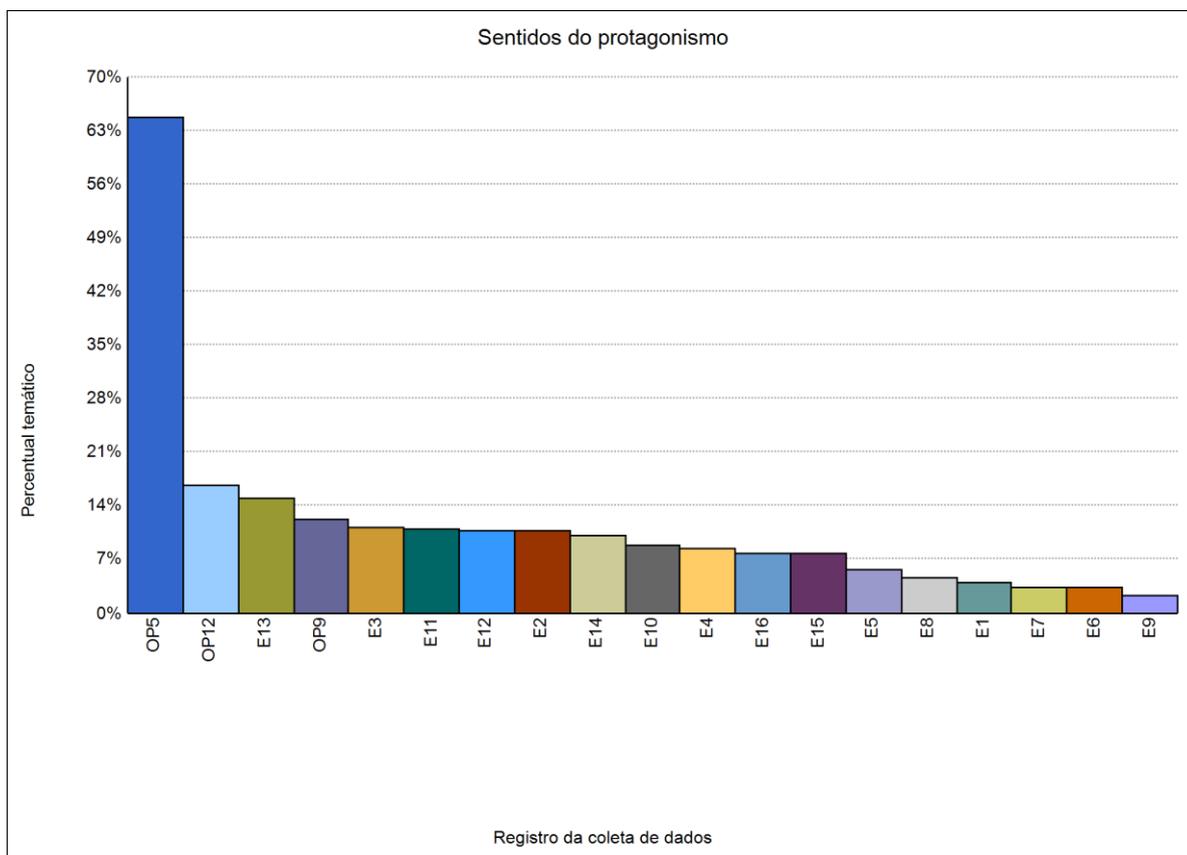
Fonte: NVivo Pro 12, 2018.

A figura 17 representa a cobertura de percentual temática sobre os desafios do protagonismo que surgiram na codificação das fontes do estudo (registro da entrevista não estruturada e observação participante).

Dessa forma, o “Nó” temático desafios do protagonismo, tiveram um percentual maior na observação participante quatro (OP4) e seis (OP6), seguida pela entrevista não estruturada treze (E13). Conforme a figura 17, a entrevista (E10) teve um menor percentual temático, isto é, o tema desafios do protagonismo nessa entrevista surgiu em menor quantidade em comparação as outras fontes do estudo.

Por fim, em relação à categoria representada no “Nó”: Sentidos do protagonismo, a distribuição do tema na fonte do estudo está representada na figura 18.

**Figura 18: Percentual temático sentidos do protagonismo nos registros da coleta de dados no CAPS III, 2017**



**Fonte: NVivo Pro12, 2018.**

A figura 18 representa a cobertura de percentual temática sentidos do protagonismo que surgiram na codificação nas fontes do estudo (registro da entrevista não estruturada e observação participante).

Dessa forma, o “Nó” temático, sentido do protagonismo, teve um percentual maior na observação participante cinco (OP5), seguida na entrevista não estruturada treze (E13). Conforme a figura 18, a entrevista (E09) teve um menor percentual temático, isto é, o tema sentido do protagonismo nessa entrevista surgiu em menor quantidade em comparação as outras fontes do estudo.

Todas as categorias suas respectivas subcategorias (ligados aos nós temáticos) de maior densidade e representatividade foram utilizadas para análise temática no mapa de associação de ideias e produção de sentido. Tal técnica possibilitou a formação de categoria e subcategorias definitivas e conclusivas. A utilização do Nvivo Pro 12 é uma ferramenta que auxilia apenas a organização e codificação dos temas. A Análise de conteúdo temático foi realizada pelo mapa

de associação de ideias e produção de sentidos que permitiu a “substancialização”, isto é, a formação de ideias temáticas relacionadas às categorias e subcategorias analíticas do estudo.

### **5.3 Análise dos dados**

#### **5.3.1 O mapa de associação de ideias e produção de sentidos**

Para analisar dos dados que foram codificados NvivoPro12 versão 2018 o estudo utilizou a análise de conteúdo temático. Utilizou-se da técnica ligada ao Construcionismo Social, denominada de Mapa de associação de ideias e produção de sentidos. Tal técnica permitiu trazer à tona a produção de sentidos para a categorização temática.

A análise dos dados no construcionismo se configura como uma ressignificação do conceito de rigor científico. Segundo Spink e Lima (2013, p.79) “o rigor passa a ser concebido como a possibilidade de explicar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo”. As mesmas autoras abordam que a atividade-fim é a produção de sentido, esse, por sua vez, é resultante do processo de interpretação dos resultados dos dados.

A pesquisa analisou os dados por intermédio do mapa de associação de ideias e produção de sentidos a partir das categorias (*nós*) e suas respectivas subcategorias (*subnós*) organizadas no Nvivo Pro 12 versão 2018.

Cabe ressaltar que o mapa não são técnicas fechadas. Embora inicie com categorias teóricas gerais que refletem o objetivo da pesquisa, ao ser realizar o processo de análise, há uma redefinição e ressignificação dessas categorias, dessa forma, “há um processo interativo entre a análise dos conteúdos e elaboração das categorias” (SPINK e LIMA 2013, p. 84).

A utilização do NvivoPro12 versão 2018 permitiu a organização das categorias gerais do estudo (temas desenvolvidos no “*subnós*” do NvivoPro12). Estas, por sua vez, foram lançadas no arranjo do mapa de associação de ideias e produção de sentidos, a fim de processar a análise temática e chegar às sínteses conclusivas das categorias do estudo.

Para exemplificar o alcance das categorias temáticas, o quadro 06 traz um exemplo da construção do mapa de associação de ideias e produção de sentido neste estudo.

**Quadro 05: Mapa de associação de ideias e produção de sentido sobre as ações de Enfermagem no CAPS.**

<b>Categoria Geral- Exemplo:</b> <i>As ações de Enfermagem</i>		
<b>Reflexão do pesquisador- Exemplo:</b> <i>Como a equipe de Enfermagem constrói mecanismo para o protagonismo do usuário no CAPS III?</i>		
<b>Tema Codificado no NVivoPro12- Exemplo:</b> <b>Comunicação criativa</b>		
<b>Qualificadores- Exemplo:</b> <i>Na codificação surgiu, em 24 referências e em 12 fontes do estudo, tema relacionado à linguagem com usuários não alfabetizados, comunicação com loucura, com as formas de como a equipe de enfermagem produz ações para instruir os usuários sobre seus direitos, tratamento, medicações e projetos terapêuticos.</i>		
<b>Participantes:</b> Equipe de Enfermagem/ Entrevistados de E1 a E16		
<b>Pergunta do pesquisador entrevista estruturada</b>	<b>do na não</b>	<b>Como o participante descreve a questão?</b>
<b>Registro da participante</b>	<b>Observação</b>	
Pergunta do pesquisador ao participante E2	do ao	Como nomeia? Como explica? Quais vivências ele traz? Quais experiências o participante coloca sobre a questão?  Contexto da fala
		O que se observou? Reflete a descrição do participante? O que se produziu por meio da relação dialógica entre pesquisador e participante? Contexto da observação
Pergunta do pesquisador ao participante E1	do ao	Como nomeia? Como explica? Quais experiências o participante coloca sobre a questão?
		O que se observou? Reflete a descrição do participante? O que se produziu? O tema da questão no diálogo entre pesquisador e participante?
<b>Subcategoria formada:</b>		
<b>Síntese final:</b>		

**Fonte:** Mapa de associação de ideias e produção de sentidos construído no estudo com a equipe de Enfermagem em dois CAPS III do Município do Rio de Janeiro, em novembro de 2017.

A produção de sentido, segundo Pinheiro (2013, p. 166) é trazer à tona “a realidade que é polissêmica e discursiva, inseparável da pessoa que a conhece [...] ao longo da sua história de vida, o indivíduo vai se posicionando e buscando uma coerência discursiva e processando narrativas produtoras da identidade”.

A equipe de enfermagem constrói ações cotidianas para a promoção de protagonismo do usuário no território do CAPS por intermédio do cuidado protagonizador. Esse cuidado é uma negociação permanente com o território do CAPS III. Assim, o cuidado protagonizador só

será possível por intermédio das ações que envolvem a comunicação criativa, o trabalho em rede e a disponibilidade da equipe de enfermagem, isto é, a Enfermagem como Antena.

Contudo, há que reconhecer os desafios colocados para essa pactuação do cuidado protagonizador com território, pois a violência territorial, o analfabetismo do usuário, a não adesão da família, desconforto em cuidar nas crises e o sucateamento do CAPS impede essa construção.

Em síntese, a equipe de enfermagem reconhece o cuidado protagonizador e traz os seguintes sentidos para esse cuidado: A bravura existencial da equipe enfermagem para investir na valorização da subjetividade do usuário, a singularidade do cuidado por meio do olhar noturno, e a possibilidade de dar voz e liberdades ao usuário do CAPS.

Na categoria, as ações de enfermagem no CAPS para promover protagonismo do usuário, foram destacadas após análise do mapa de associação de ideias e produção de sentidos três subcategorias conclusivas do cuidado protagonizador, a saber:

- A Enfermagem produzindo a comunicação criativa e mediando o protagonismo do usuário;
- O trabalho em rede é essencial para produção de protagonismos do usuário;
- A equipe de Enfermagem como “Antena” e sua disponibilidade para promover o protagonismo do usuário CAPS.

Em relação à categoria os desafios do protagonismo foram destacados, após análise do mapa de associação de ideias e produção de sentidos, cinco subcategorias conclusivas que colocam os desafios do cuidado protagonizador:

- A violência territorial faz com que o CAPS não avance na comunidade.
- O analfabetismo cria barreiras para o protagonismo do usuário CAPS.
- A não adesão do familiar à terapêutica cria barreiras para o usuário.
- O desconforto de cuidar na crise pela equipe de Enfermagem.
- O sucateamento do CAPS como dificultador do protagonismo usuário.

No que tange ao processo de análise da categoria geral, podemos destacar os sentidos do protagonismo, após o mergulho reflexivo por meio do mapa de associação de ideias e

produção de sentido, assim, emergiram-se três subcategorias conclusivas para o cuidado protagonizador:

- Singularidade do cuidado de Enfermagem por meio dos “Olhos Noturnos”;
- A bravura existencial da equipe enfermagem para investir na valorização da subjetividade do usuário;
- A voz do usuário no CAPS como produtora de protagonismos e liberdades.

Por fim, por meio do mapa de associação de ideias e produção de sentido permitiu a construção dos sentidos narrativos dados pela equipe de enfermagem no contexto da produção de dados da pesquisa e produção do cuidado protagonizador para o usuário do CAPS III como uma negociação permanente com território.

## **6.0 AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PROMOVER O PROTAGONISMO DO USUÁRIO CAPS.**

As ações de enfermagem no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira são ressignificadas por uma busca terapêutica mais centrada no usuário e na aposta de um processo de trabalho vinculado a produção de cuidados via Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Conforme Souza (2003, p.684), elucida-se que nesse movimento de reconstrução da equipe de enfermagem é necessária “a discussão do papel do enfermeiro dentro da atual proposta de política de saúde mental do País, é evidente a reflexão sobre o que leva os enfermeiros a centralizarem suas ações em burocrático/administrativa e a necessidade de repensar o papel do enfermeiro” dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica.

Mas, há pontuais avanços da equipe de enfermagem em promover ações que vão além da questão administrativa nos Centros de Atenção Psicossocial. Esse fato é descrito no presente estudo no contexto do CAPS III, pois a equipe de enfermagem aborda que a comunicação criativa, o trabalho em rede, e a enfermagem como antena por meio da disponibilidade da equipe. Todas essas evidências são peças chaves para produção do protagonismo do usuário com a finalidade de modificar apenas conduta burocrática no CAPS.

Dessa maneira, a equipe de enfermagem se lança em apostas singularizadas por meio de diálogos cotidianos com o usuário e com a rede de serviços, a fim de disponibilizar a produção criativa nas ações cotidianas.

### **6.1 A Enfermagem produzindo a comunicação criativa e mediando o protagonismo do usuário.**

No ato comunicativo, há uma transmissão da mensagem (verbal e não verbal) do emissor com a finalidade enviar uma mensagem ao receptor (indivíduos ou grupos), a fim de obter uma resposta, um canal do diálogo, uma ideia, estabelecendo-se, assim, um elo com o processo comunicativo para transmissão de uma mensagem (PONTES, et.al.2008; GERGEN, 2010).

Segundo o Construcionismo Social “uma coisa é gerar ideias atraentes, mas a questão importante é verificar se existe uma relação produtiva entre as palavras e nossos modos de vida.” (GERGEN e GERGEN 2010, p. 55).

Para Pontes et.al. (2008, p.317) “Para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto à realização de procedimentos técnicos”.

A comunicação criativa é um recurso utilizado na Enfermagem para produzir efeitos na linguagem para favorecer a troca e o cuidado em saúde mental em uma relação de horizontalidade junto ao sujeito.

A Enfermagem, produzindo a comunicação criativa e mediando o protagonismo do usuário, surge a partir da reflexão e descrição da equipe de enfermagem no CAPS III, quando questionada sobre as formas de comunicação com o usuário, as ferramentas utilizadas para instruir o usuário, e as orientações aos usuários para a terapêutica.

Conforme, a descrição dada pelos participantes:

*“[...] as medicações a gente bota sol, lua, cafezinho, porque a grande maioria. Para facilitar tem um carimbo, a gente tem até um carimbo manhã com sol a gente fez um carimbo para fazer os envelopinhos [...] a Enfermagem está muito à frente disso por conta de deter mesmo, né! Essa questão do cuidado clínico da questão medicamentosa, se o paciente está tomando ou não, é meio que um termômetro para tudo da Enfermagem. Então, eu acho que isso vai muito do dia-a-dia mesmo no diálogo, no atendimento individual, no coletivo, na assembleia, eles tentam discutir algumas situações” (E1).*

*“Nós elaboramos métodos para que esse cuidado não se perdesse, um dos exemplos é você estabelecer criar um documento que fala através da linguagem, um sol, uma lua, uma xícara de café indica os horários. E como os medicamentos são padronizados, geralmente eles mantem aí um certo padrão na cor, por exemplo, o haldol é azul, então ele sabe lá no formulário, no documento que foi produzido, a gente bota primeiro azul, haldol, e bota lá um solzinho, uma xícara e uma lua, então, mesmo não sabendo ler ele sabe identificar que aquele comprimido azul é para ser tomado de manhã, para ser tomado a tarde e para ser tomado a noite” (E3.)*

*“Essa é uma questão que aconteceu até pouco tempo, do usuário, a gente trabalhava com um psicotrópico aqui de uma cor, aí ele, esse usuário em questão que estou falando, esse psicotrópico mudou a cor do medicamento, aí ele recebeu o medicamento e veio e voltou para mim, ‘não, esse aqui não é meu, o meu é de tal cor’. Eu percebi que pra ele, ele identificava pela cor e não pelo nome, ‘você sabe que medicação é essa?’, ‘não, eu sei que é para tal coisa’, ele sabia até qual era o efeito medicamentoso, mas não sabia qual era a medicação que ele estava tomando, eu falei: ‘mas você tem que saber o nome, cara!’. Eu vi que era necessário que ele soubesse o que ele estava tomando, o porquê ele estava tomando, ele sabia até o porquê, mas não sabia o nome da medicação, ele só via pela cor, aí ele: ‘não, agora eu vou prestar mais atenção’. Assim, na maioria das vezes, eles acompanham as medicações que estão tomando, se mudar o fabricante, aí muda a medicação e eles geralmente questionam a gente, eles questionam bastante essa questão medicamentosa, eles participam dessa parte, não é só tomar.” (E4).*

*“aí a questão da administração da medicação, mas aí como sempre a gente pensa 200 mil formas até com eles e aí por cores eles reconhecem, separa medicações por cores, medicação tarde e noite, a gente vai fazer o desenho da manhã, tarde o solzinho, o café e a noite a luzinha que aí a gente consegue dar conta disso. A dificuldade maior é a questão da administração da medicação que eles fazem por conta própria quando não consegue identificar o remédio” (E10).*

Nesse sentido, observa-se que a equipe de enfermagem fica atenta se o usuário faz o uso da terapêutica medicamentosa de forma correta, a equipe coloca-se em prontidão para comunicar ao usuário sobre uso e qual a medicação que deve ser tomada por intermédio de linguagem simbólica (figuras com sol, lua, cafezinho para expressar os horários). Além disso, estabelece uma linguagem criativa sobre os horários das medicações e sua importância.

Por meio da linguagem próxima ao sujeito no CAPS III, a equipe de enfermagem também desenvolve a comunicação criativa sobre o uso das medicações, uma vez que aborda que a prescrição medicamentosa pode ser negociada e alterada pelo médico. Contudo, a equipe deixa evidente que o usuário do CAPS III, necessita estar preparada para expressar tal negociação. É evidente quando um membro da enfermagem traz a ferramenta escuta, a fim de proporcionar ao indivíduo o questionamento sobre o uso da prescrição medicamentosa. Fato evidenciado nas seguintes falas:

*“A gente aqui monta pacote com tipo manhã, tarde, noite que é o horário da medicação faz um sol que eles sabem que é manhã, faz um prato de almoço que eles sabem que é o almoço e a noite que é uma lua. Então, acho que isso é uma parte bem de Enfermagem que é a gente mostrar para eles a medicação e o protagonismo deles de tomar” (E16).*

*“Nós como profissionais, assim de Enfermagem, até mesmo quando a gente vai administrar medicamento a gente reforça isso ‘Olha, está tomando por isso, isso e isso... Por tais condições. Até você se organizar e aí o médico vai rever sua medicação,[...]dependendo, simplesmente pode parar, ou reduzir essa medicação[...]. Já medida que você for se organizando, você pode negociar’. Então, é bem as claras, assim... Levando para o popular.” (E11).*

*“A gente tem um grupo de WhatsApp, né? a gente passa para a equipe: ‘olha tem um paciente que se sente mal, com a medicação que você está passando, vamos tentar rever de novo’ daí ele faz a nova prescrição ou na reuniãozinha pega o prontuário e diz: ‘olha gente, não tem como, infelizmente eu vou conversar com ele de novo’. Geralmente, resolve aqui. Já peguei muito paciente que: não vou, não vou e aí ele: ah está bom! faz assim... ‘eu vou tomar’! E você consegue resolver aqui e daí eu passo para o médico: ‘olha, tá difícil cada dia que ele vem é complicado!’ Agora, o que já estão acolhidos não, o que já estão acolhidos eles já estão aqui, então, eles já sabem que a medicação tem que ser feita para poder estar acolhido, para poder melhorar, para poder ir embora... “Agora se o paciente, chegar aqui e dizer: “não vou tomar”, eu não forço. Então, você vai dirigir ao seu médico, vai conversar com ele e dizer o porquê você não quer tomar essa medicação. ‘Ah porque me deixa com sono e me dá isso!’ ainda eu converso, e mesmo eu conversando, se ele não está aceitando eu me dirijo ao médico para ver o que a gente vai poder fazer, para ver uma alternativa, tem o comprimido, alguma coisa a gente vai ter que fazer. Então, eu considero que tenho uma participação, é! de negociação sobre a medicação” (E13).*

A comunicação terapêutica da equipe de enfermagem no CAPS III é atravessada por uma conduta clínica para trazer o sujeito ao encontro da terapêutica, traçando mecanismos criativos para o processo de cuidar para o investimento do cuidado protagonista.

Segundo Ponte et. al (2008) “o processo de comunicação terapêutica deve ser priorizado como atividade de Enfermagem relevante e essencial.” Dessa maneira, a comunicação terapêutica, relaciona-se ao processo de escuta e deve estar em todo encontro entre o enfermeiro e o usuário CAPS, mesmo quando há conflitos e divergência no plano de cuidados. Essa comunicação terapêutica vai para além das salas fechadas do CAPS, mas é presente nos espaços de convivências, no território, no dia a dia. Fato que pode ser observado quando:

*“A gente tem um quadro, né? De atividades tais. A gente descreve um pouco dessas atividades, coloca para ele diante de alguma coisa que ele exponha ‘Acho que é interessante você participar dessa oficina, trabalha com isso, trabalha com aquilo, o que você acha? A não. ‘Tem outras atividades’ faço essa construção geralmente, não gosto de botar nada, mas eu gosto de orientá-los, de dizer ‘acho que essa atividade vai trabalhar mais nessa questão que você tá precisando’” (E2).*

*“Nas conversas informais, é uma coisa muito importante porque o cuidado aparece muito mais do que no consultório. Ali, na conversa que você saca né... saca um pouco como está sendo o cotidiano daquele sujeito, se ele está usando drogas, se não está, se ele está saindo, é um pouco ali naquela conversa muito informal, normalmente fumando um cigarro que essas coisas da vida começam a aparecer, que isso também é produto de trabalho” (E14).*

A equipe de enfermagem no CAPS III constrói mecanismo para facilitar e instruir a compreensão do usuário sobre os procedimentos terapêuticos, e utiliza-se de ferramentas criativas em que o diálogo é construcionista, pois leva em consideração a realidade local e o contexto social do indivíduo e ressignificação por meio da linguagem compartilhada e relativizada em relação ao transtorno mental e/ou sofrimento psíquico.

Fato esse expressado nas seguintes falas dos participantes:

*“A gente trabalha, trabalha mais com outras figuras de linguagem mesmo. Com desenhos, com a expressão corporal, com a própria fala, a gente grava. Ah quer fazer um poema e não consegue escrever? Pode falar, a gente grava e tal, grava um vídeo, grava um pen drive, deixa guardado para ele ouvir. E a gente costuma trabalhar dessa forma mesmo.” (E2).*

*“[...] alguns casos novos que começam o sujeito ter aquela primeira crise. Aí isso aí é muito complicado, porque a gente tem que trabalhar fazer uma mediação de novo do que é da ordem do suportável do sujeito com essa realidade e tentar construir com ele, mas nunca colocando ele no lugar de doente. Quando eu falo doente não... O sujeito não é doente, tem distúrbio, mas vou falar assim nunca colocando ele no lugar de doente ‘ah oh! Isso não tem cura, não adianta.’ Eu não verbalizo isso, pelo contrário eu vou ressignificando isso com ele e naturalizando, sabe?” Bem subjetivamente e não trago o transtorno para ele ‘você não adianta, você é um ‘esquizo-paranóico’, estourou agora porque você se estressou. Tem algum fato que desencadeou’. Eu não faço nada disso igual o médico faz, não. Pelo contrário, naturalizando aquilo e ressignificando com ele os acontecimentos para que ele possa aceitar aquilo, bem natural” (E15).*

Conforme o Construcionismo Social, Gergen e Gergen (2010, p.27) argumentam que: “as palavras ajudam a manter essas formas de vida, ao mesmo tempo em que as formas de vida

conferem significados às palavras”. Dessa maneira, a equipe de enfermagem do CAPS III ressignifica sua forma de comunicação criativa por intermédio de uma escuta mais próxima do contexto do usuário, a fim de proporcionar diálogos construcionistas. Fato que pode ser observado nas seguintes falas:

*“A enfermagem tem uma, nós da equipe procuramos não ficar muito no termo técnico, procuramos mais ficar no jargão deles da comunidade em si, sabe? Então, assim, a gente tem uma facilidade maior do que outras equipes, sabe?” (E5).*

*“O que, às vezes, acontece é que é... São pessoas que às vezes falam rápido, mas dá para se compreender, né? A gente pede para ter calma vamos começar do zero” (E6).*

Essa comunicação criativa para instruir está relacionada a uma perspectiva construcionista que, segundo Gergen e Gergen (2010, p.31) “É a verdade em operação. Preferencialmente construcionista tende a favorecer formas de diálogo a partir das quais possam emergir novas realidades e novos valores”. O que pode ser evidenciado em:

*“Ah! É através da conversa mesmo, né? É uma construção não vai ser no primeiro dia que ele vai absorver tudo isso que você está falando com ele, vai entender como ele tem que se cuidar. Isso é construído né? A gente da saúde mental trabalha muito com apostas, a gente aposta, investe naquela aposta se der certo ótimo, se não der a gente vai tentar outro caminho. Então, a gente tem essa, pelo menos eu tenho essa coisa de estar deixando o sujeito por dentro de tudo que está se passando. Para que serve a medicação que está tomando, o que pode causar de efeito colateral, é claro que no caso grave de neurose, por exemplo, a gente vai pegar um pouco mais leve com isso. Mas, a gente mesmo, os psicóticos, a gente está o tempo inteiro informando sobre o tratamento, eu gosto de fazer isso com meus pacientes que eu sou referência, de estar falando assim.” (E7).*

*“A gente não diz que o cara tem um transtorno mental, a gente tenta pegar mais pelo cuidado, eu pelo menos não falo, ‘você tem um transtorno mental’, mas eu tento colocar mais na linha de um cuidado, até das medicações, as medicações são pesadas, não são medicações simples, e de uso contínuo” (E14).*

Segundo Dutra et. al. (2017) “os enfermeiros apontam que não há verdades ou saberes prévios, porque é nas práticas cotidianas que as decisões estão pactuadas.”, dessa forma, é no encontro entre a equipe de enfermagem e o usuário do CAPS III que se processa a comunicação criativa por meio de uma intersubjetividade entre o saber do profissional e a experiência do usuário.

Para o Construcionismo Social “o foco da investigação sobre a linguagem não deve estar na correspondência de um dado conceito de realidade, mas na relação que os conceitos estabelecem entre si segundo a estrutura da linguagem.” (MOSQUETA 2014, p.43).

Em suma, a comunicação criativa é uma ferramenta do trabalho cotidiano traçada pela equipe de enfermagem do CAPS III para poder orientar, dialogar e criar mecanismos

terapêuticos para a reabilitação do usuário. Tal mecanismo se configura como uma das ações de enfermagem necessária para a produção de protagonismo do usuário no CAPS III.

## **6.2 O Trabalho em rede é essencial para produção de protagonismos do usuário.**

As ações de enfermagem para promover o protagonismo do usuário CAPS estão relacionadas com o modo de construir redes de cuidado, em um trabalho focado nas ações territoriais.

Uma rede de cuidados é definida por atores e cenários que realizam ações de cuidados em saúde, que abarcam os locais no território como a escola, o domicílio, a igreja, o clube, o cinema, associações. Vale ressaltar que podem ou não estar incluídas as instituições de saúde. O fato é que os pactos efetivos dos usuários e seu vínculo com essa rede contribuem para a resolução de problemas e desencadeiam o processo de tratamento (BRASIL, 2005).

Tal instrumento é identificado nas seguintes descrições:

*“Eu acho que a gente faz uma construção do trabalho junto com as unidades básicas de saúde, costurar para não centrar o cuidado dele no CAPS, para dissolver esse cuidado porque ainda tem muito a ideia que o louco tem que ser visto da cabeça aos pés dentro do hospício, né? Então, a gente tenta desconstruir essa lógica no território a todo tempo, é um trabalho diário [...]. Então, a gente tenta esse trabalho muito junto com as equipes da saúde da família, né? Com os agentes comunitários subindo no território” (E1).*

*“A gente os convoca para estar, por exemplo: tem projeto na vila olímpica, futebol que a gente os chama para estar, tem outros projetos também de dança, às vezes, acontece também capoeira, atividades sociais que chamam tal, a gente leva para participar, para expor. Porque eles constroem em oficina para falar porque que fez, porque desenhou, porque levou para aquela exposição e etc. A gente tenta colocá-los inseri-los sempre e nos colocamos também para estar nesse espaço junto com eles, para cada vez mais dentro do cuidado do CAPS que também está na construção junto à sociedade um espaço de aceitação, né, menos discriminatória.” (E2).*

*“A gente até entra em contato com a vinculação, hoje mesmo foi um dia que dois agentes comunitários vieram trazer outro paciente aqui, foi bem importante. Aí tem um enfermeiro que faz a triagem conversaram com eles e tal. Para... Essa vinculação, essa união da saúde básica com a saúde mental é muito importante, ainda mais ainda agora que viraram porta de entrada e tal. E aí, a gente tem um acesso um pouquinho maior e melhor da clínica da família.” (E11).*

*“A gente sempre tá em contato com eles porque a gente procura até em alguns territórios mais perigosos ir fazer a visita domiciliar junto com o ACS (E12).”*

*“A gente é muito mais próxima das clínicas da família, do CREAS, da rede de saúde, e, também, ano passado a gente fez o nosso sarau no Oi Futuro de Ipanema, que é um espaço grande e num lugar nobre, a gente também tem essas articulações com espaços culturais.” (E14).*

Para o Construcionismo Social a criação de rede e de interligações produz efeito do que é verdadeiramente bom para o coletivo. Gergen e Gergen (2010, p.31) abordam que “o desafio não é encontrar a melhor forma, mas criar tipos de relação através das quais se possa construir o futuro de maneira mais colaborativa”.

Em suma, “as práticas da Enfermagem Psiquiátrica relacionadas às autonomias dos usuários do CAPS em que permeiam e representam a finalidade de qualquer ação executada dentro ou fora do serviço: seja no cuidado com o corpo dos usuários, cuidados com a medicação, ou cuidados para o usuário dar conta da vida.” (DUTRA, et.al.2017).

A rede de cuidados é um dispositivo essencial para a Enfermagem produzir ações para o protagonismo do usuário no CAPS. Essa “teia” vai além dos serviços de saúde, é um mecanismo provedor de trocas sociais e terapêuticas, a fim de trabalhar possibilidades da promoção da saúde e da cidadania para “caber na vida com dignidade”.

Fato expresso nas seguintes falas:

*“Tenta trabalhar sempre autonomia, aquele que consegue a gente vai fazer uma orientação tem que ‘procurar lugar tal, ligar, vai ligar e etc. Assim, assim, assado’ e aí, a gente vai vendo o desenrolar aí, a gente se aproxima em alguns momentos que precisa, deixar ele andar um pouco mais, quando a gente acha que ele está andando bem.” (E2).*

*“Nós tivemos projetos aqui aonde pessoas foram incluídas num programa chamado PET, que é um programa assim as pessoas geralmente conseguem trabalhar oito horas por dia. Esse programa, a pesquisa identificou bem que tinham pessoas que conseguiam trabalhar oito, tinha pessoas que conseguiam trabalhar seis, tinham pessoas que conseguiam trabalhar quatro, e tinham pessoas que não conseguiam trabalhar. Então, a partir daí começamos a identificar a potencialidade dessas pessoas, eu estou falando de pessoas que até então não produziam nada e conseguimos inseri-los no mercado de trabalho, isso foi bem legal, aí você vê o protagonismo da pessoa podendo trabalhar, podendo ganhar o seu dinheiro, podendo tirar aquele rótulo “ah eu sou maluco, eu consigo produzir, eu faço parte de uma sociedade”, e isso traz muita felicidade para as pessoas.” (E3).*

*“Eu acho que quanto menos tempo o cara está no CAPS, eu acho mais interessante, a ideia é que ele possa estar em outros espaços, mas tem gente que precisa estar aqui todos os dias. Eu acho que essa é a delicadeza do prontuário de você ir atualizando, e percebendo qual a necessidade real dele estar aqui tantos dias, ou será que ele está vindo aqui pouco para o momento atual? De repente, o cara vem uma vez por semana, mas, nesse momento ele está em crise, a gente vai precisar intensificar mais isso.” (E14).*

*“eu entendo que os CAPS, como estrutura física, é apenas uma referência porque os CAPS somos nós a equipe composta de todos os profissionais do trabalho da saúde mental eu entendo que os CAPS são móveis porque nós podemos circular nos territórios e compartilhar o cuidado, fazendo isso com a rede” (E15).*

Há no cenário do estudo, uma Enfermagem com as ações de cuidado focadas no território para a construção de redes de cuidado, pois é uma equipe comprometida com a promoção da saúde do sujeito e sem que a condição psiquiatria do indivíduo seja um impedimento para produzir saúde para a reabilitação. Por fim, o trabalho em rede de cuidados é produto pautado pela dignidade e ética na construção do cuidado protagonista.

### **6.3 A equipe de Enfermagem como “Antena” e sua disponibilidade para promover o protagonismo do usuário CAPS.**

Segundo o dicionário Houaiss (2009) da língua portuguesa, o sentido figurado da palavra antena significa a sensibilidade para captar um meio de informação. É um canal para receber e propagar uma informação.

Nesse sentido, a enfermagem como antena constitui uma equipe que se disponibiliza a ficar atenta as necessidades do usuário CAPS, a fim de proporcionar o cuidado protagonista. Uma equipe antenada é uma equipe atenta, disponível, e atuante no serviço.

A enfermagem como antena é um elo fundamental na mediação da crise. Ela produz um campo de cuidado que se propaga pelo espaço. A equipe de enfermagem antenada é aquela que tem disponibilidade para exercer o cuidado protagonista.

A Enfermagem como antena, também, proporciona as ações pautadas para a disponibilidade do cuidar. Tal fenômeno é traçado por meio da prontidão com que a Enfermagem se lança nas ações de cuidado com o outro de maneira integral.

A disponibilidade do cuidado de Enfermagem no CAPS é relacionada por intermédio da entrega, da empatia e do compromisso com responsabilidade de um saber/fazer centralizado no indivíduo. A Enfermagem como antena medeia a sua clínica de cuidados e as ações cotidianas focada nas necessidades de vida do indivíduo, por meio de um olhar para além do campo da doença mental, e sim para uma visão holística.

Tal fenômeno sobre a equipe de enfermagem se colocar como “antena” em uma conexão disponível para o ato de cuidar pode ser visualizado nas seguintes falas:

*“Se acontecer alguma coisa você me liga? Posso contar com sua ajuda para dar o remédio’. E essas apostas são fora de sério, a gente tem muita aposta bacana aqui com vizinhos, com parceiros, está no território se identificar como uma pessoa que quer cuidar também [...] A vista domiciliar faz toda a diferença, pois ela mostra um*

*cuidado que é fora de série, que é essencial para um CAPS. Pois, tem pessoas ainda mais que precisam ser cuidadas e que não vão chegar ao CAPS nunca e que só são cuidadas por VD” (E2).*

*“o paciente que está num sofrimento, está muito invadido de vozes, o paciente que está numa agitação psicomotora severa, uma agressividade é... A gente consegue dar conta desse surto, né... Muitas das vezes se colocando disponível para estar ocupando ele de alguma coisa, tirando o foco de alguma questão que ele tem dessa agitação que ele não consegue trazer para gente, ele não consegue falar disso” (E10).*

*“Devidamente, algumas pessoas que estavam internadas mais de 30 anos, 20 anos internadas e você ter que inserir de novo o indivíduo na sociedade é um trabalho assim muito difícil, até você convencer o outro, convencer a sociedade de que ele ainda é capaz de viver nessa sociedade.” (E11).*

*“É isso, acho que... A gente tem essas funções mais específicas da enfermagem. Eu acho que a gente promove esse protagonismo do usuário quando a gente está junto”. (E14).*

Dessa forma, ficar atendida é um movimento da equipe de Enfermagem que se coloca disponível no campo das relações cotidianas para acolher e cuidar do indivíduo para ele exercer o seu protagonismo na vida.

Segundo Gergen e Gergen (2010, p.35), o Construcionismo Social privilegia a substituição do indivíduo pela relação, ou seja, é na relação que se constrói a verdade, o diálogo e o ato construtivo. Nesse sentido, apenas há disponibilidade para o ato de cuidar quando a equipe se coloca como “antena” sendo um elo para o cuidado protagonizador, o contrário, quando não há disponibilidade para a troca, também não há mediação para o protagonismo.

É essencial abordar que no modelo teórico do intuir empático, há os componentes que fazem parte do cuidado de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. Tal cuidado está relacionado a empatia, a intuição, a experiência de cuidar e ao conhecimento técnico (OLIVEIRA, 2005).

Os participantes do estudo abordam o fenômeno da Enfermagem como “Antena” a qual proporciona a disponibilidade para um cuidado de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental, a fim de promover o protagonismo do usuário. As seguintes falas expressam essa significação:

*“Eu acho que norteia de fato é o vínculo, porque eles têm muito vínculo com equipe de enfermagem por mais que a gente... Eu não ser referência de um caso, às vezes, o paciente chega ele me procura.” (E1).*

*“É, eu acho que a nossa, nossa função vital aqui que nos protagoniza são os cuidados, basicamente desde o início ao acordar do paciente que são os cuidados de higienização, preparação para que ele fique bem durante o dia fisicamente e eu acho fundamental isso [...] a gente vai construindo com ele todo esse processo para restaurá-la e torná-lo uma pessoa que possa retornar a sociedade um pouco melhor.” (E6).*

*“Minhas práticas de cuidado não são medicamentosas, a questão da conversa com muitos usuários daqui que têm uma carência muito grande de estar conversando a respeito de si próprio, entendeu?! E aí, eu acho que você parar escutar o indivíduo como um todo, dali dar voz ao indivíduo que naquele momento que está precisando é um dos maiores pilares, não é só a questão medicamentosa de curativo, não. Acho que vai muito, além disso, o cuidado”.* (E11)

*“Assim, aqui. A enfermagem está sempre mesmo na linha de frente, né? Quando chega, por ser um CAPS III, ter aquele acolhimento. Então, quando chega vem logo na enfermagem. Então, assim eu procuro estar olhando para eles se está com alguma lesão, alguma coisa, ver se ele realmente está bem clinicamente* (E12)

*“[...] eu não forço eles, diferente do hospital psiquiátrico que é forçado, vai ter que fazer... por exemplo. Aqui hoje, eu tenho nove pacientes acolhidos, então, eu já chego, a primeira coisa que eu faço, é ler sobre eles, a maioria eu já conheço, mas tem um que não conheço então eu já chego e já procuro conversar, antes de fazer a medicação, por exemplo.”* (E13).

Além disso, a equipe de enfermagem se coloca como “antena” disponível para amenizar quadros de agitação e ansiedade no acolhimento. Por consequente, é a equipe que se coloca “na linha de frente” nos quadros de agitação e crises:

*“A crise dentro deste serviço, por ser uma estrutura que não tem janela, a questão do fumar isso é uma coisa que a gente tem que ir lá fora com o paciente para fumar num momento de crise de uma contenção corporal se a gente não levar para fumar o paciente fica mais agitado”* (E1).

*“No CAPS III, a gente trabalha isso com o paciente, trabalha no corpo a corpo com o paciente mesmo ele em crise é um cuidado totalmente diferente ele te vê até mesmo como um familiar e não como faz parte da equipe de enfermagem”* (E8).

*“Eu gosto muito mais de atuar na questão da organização do dispositivo no dia do meu trabalho como mediador de crise. Por isso, que eu fico nessa circulação entre convivência, corredor e aí eu fico nessa como antena captando as coisas”.* (E15).

É importante evidenciar que a equipe de enfermagem se assenta como uma antena para a disponibilidade, a fim de mediar à autonomia do usuário e promover seu protagonismo por intermédio do cuidado protagonizador. Esse é provedor da independência do sujeito para que ele possa caber na vida com dignidade. Esse fato pode ser observado em:

*“Tenta trabalhar sempre autonomia, aquele que consegue a gente vai fazer uma orientação tem que ‘procurar lugar tal, ligar, vai ligar e etc. Assim, assim, assado’ e aí, a gente vai vendo o desenrolar aí, a gente se aproxima em alguns momentos que precisar, deixar ele andar um pouco mais, quando a gente acha que ele está andando bem”.* (E3).

*“A gente participa dos projetos terapêuticos de forma que... Como você explica isso? Digamos, por exemplo, vou dar um exemplo. Acho que, para mim, é mais fácil explicar dando um exemplo. Tem um paciente que eu acompanho [...], e o projeto terapêutico dele é basicamente sair da residência e vir aqui ao CAPS comigo, a gente fica aqui um pouco, e depois eu acompanho ele até uma feira que tem aqui que é o que faz bem pra ele, ficar naquele ambiente de feira, porque acho que ele já trabalhou*

*com isso, não sei, mas isso tem um contorno na questão da vida dele. Então, eu acho que basicamente as nossas ações são voltadas para o usuário”. (E4).*

*O pesquisador observou que no acolhimento de uma demanda espontânea de uma usuária idosa, o enfermeiro e um técnico de enfermagem, desenvolveram o processo de escuta. A usuária que se encontrava muito agitada e verbalizava que iria cometer suicídio. Os profissionais permitiram que ela falasse sobre a questão do suicídio. Em seguida, eles fizeram perguntas sobre sua história de vida. Ela contou partes de sua história de vida. Ao final do acolhimento o pesquisador observou que a usuária estava mais tranquila e satisfeita com o atendimento, ainda verbalizou que o CAPS “é a sua segunda casa dela” (REGISTRO DA OP2).*

O estudo identificou que a ação de Enfermagem como antena é ter disponibilidade para o cuidado no CAPS III. É necessária a construção de uma clínica de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica que se pauta nas seguintes ferramentas: escuta, vínculo, acolhimento, corresponsabilização e apoio matricial. Esses instrumentos são essenciais para a uma enfermagem antenada com as necessidades do usuário e com disponibilidade para cuidado protagonista.

## **7.0 OS DESAFIOS PARA O PROTAGONISMO DO USUÁRIO NO CAPS III POR MEIO DO DIÁLOGO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

A equipe de enfermagem, no cenário do estudo, descreveu os diversos modos como o protagonismo é dificultado por barreiras no meio social. Esses desafios estão relacionados à violência territorial, ao alto índice de usuários que não tiveram oportunidades de alfabetização e ao acesso à educação básica; ao familiar que não acompanha e se esquia em fazer parte do acompanhamento terapêutico do usuário; e ao atual contexto referente ao sucateamento do CAPS III no Município do Rio de Janeiro.

No estudo de Guimarães et.al. (2011, p.2153), são abordadas as principais causas de insatisfação dos profissionais do CAPS e estão relacionadas às seguintes situações: “aspectos inerentes à estrutura física e material, relações conflituosas dentro da equipe e com os gestores/coordenadores de serviços relacionados à organização do trabalho, o salário e a flexibilização da inserção no serviço público”.

Cabe destacar que mesmo com toda essa problemática destacada acima, a equipe de enfermagem aposta em sua conduta terapêutica por meio do acolhimento e vínculo para tentar amenizar os desafios e apostar no protagonismo do usuário por intermédio do cuidado protagonizador.

Segundo Gergen e Gergen (2010, p. 59), por meio do Construcionismo Social “podemos construir o indivíduo de formas diferentes, de maneira que tenha como pressuposto a ideia que vivemos no ‘aqui e no agora’ e que nosso bem-estar está fundamentalmente vinculado às nossas relações atuais”.

Os desafios para o protagonismo do usuário CAPS trazem um esgotamento da equipe, contudo não impedem à equipe de enfermagem de apostar no cuidado protagonizador. Entretanto, os desafios descritos colocam os participantes do estudo para uma reflexão e alerta que nem todos os usuários irão atingir o seu potencial protagonista devido às barreiras sociopolíticas que atravessam a rede de cuidados em saúde mental e o Sistema Único de Saúde.

### **7.1 A violência territorial faz com que o CAPS não avance na comunidade.**

A violência territorial foi o fenômeno que teve expressividade de sentidos, isto é, grande densidade do tema na codificação e análise dos resultados do estudo que amiúde descrevem os desafios encontrados pela equipe de Enfermagem para promover protagonismo no CAPS III.

Tal evidência está relacionada à violência urbana, tráfico de drogas, violência policial, desigualdades sociais, segurança pública e pouco investimento em políticas públicas no território. Para Minayo (2006), a questão da violência em suas distintas formas representa um novo perfil no quadro mundial dos problemas de saúde.

A violência no território do CAPS III no Município do Rio de Janeiro traz um agravante não só para a integridade física do indivíduo em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental, mas também opera na dificuldade do usuário em exercer o seu protagonismo e a sua cidadania. A violência social configura-se em um aspecto “marginalizador” do indivíduo inserido no CAPS e dificulta o trabalho e a terapêutica no Território. Tal fenômeno pode ser descrito nas seguintes falas expressadas pela equipe de enfermagem:

*“Eu acho muito por uma questão sociocultural de onde eles moram, esse território de violências aonde o medo, aonde eles são reprimidos, eles não podem falar no território onde eles moram. Eles sofrem muitas violências, então, eu acho que isso com a questão da doença né, isso é um agravante” (E1).*

*“Do tráfico também aqui, porque ele estava com algumas questões, não exatamente aqui na região, mas era bem próximo aqui, ele não podia entrar nessa região por conta de dívidas com drogas entendeu? E o pessoal respeita em saber que ele está em tratamento, só que é um respeito, mas se tiver uma oportunidade não vai passar em branco” (E4).*

O Construcionismo Social aborda que os conflitos, em uma sociedade, existem, pois são tratados de forma individualizada, isto é, sem o diálogo necessário para compartilhar no campo das relações o que é verdadeiro, real e bom. Tal individualismo na resolução das desordens, permite o não compartilhamento de ideias e diálogos para a amenização das mesmas. (GERGEN e GERGEN, 2010).

Segundo Gergen e Gergen (2010, p. 19) “Nós construímos o mundo de forma diferente, e esta diferença, encontra-se enraizada em nossas relações sociais, a partir das quais se tornou o que é”. Cabe destacar que o fenômeno da violência produz impactos importantes para o setor saúde, seja como fator de agravo à população, ou como barreira de acesso aos serviços (GONÇALVES et. al 2017).

O fato dessa vulnerabilidade social por meio da violência territorial que impede o CAPS de atuar em sua plenitude é expresso na seguinte descrição dos membros da equipe de Enfermagem:

*“Eu acho que, também, o próprio território, assim, hoje em dia tem. A gente passou por um momento melhor no território, hoje tá bem complicado a gente não está circulando mais, não tá desenvolvendo mais ações territoriais com os usuários por conta da violência territorial mesmo e a gente a qualquer hora do dia a qualquer*

*momento tem confronto, não tem mais hora marcada, assim. Então, isso e até o acesso deles ao serviço, o acesso da gente à comunidade, então isso, também é um fato que a violência territorial é um fato que impede muito assim o protagonismo, a construção dos projetos, né?” (E1).*

*“Porque a grande dificuldade da VD nossa é o território. É como a gente estava, agora em reunião, estava agora mesmo dando tiro ali, às vezes não dá para ouvir. Então, assim, a nossa dificuldade maior é o território nem mesmo o paciente” (E5).*

*“A questão da violência relacionada aos conflitos policiais com o tráfico de drogas tem gerado desconforto e medo no CAPS III, ao realizar a coleta de dados no município do Rio de Janeiro, ocorreu em um dia, no momento da coleta, um intenso tiroteio na comunidade próximo ao CAPS III, o pesquisador necessitou encerrar a coleta e aguardar o aviso dos membros da equipe para voltar ao trabalho bem como o pesquisador voltar a sua função. Foi um momento tenso. O pesquisador percebeu que alguns membros da equipe de enfermagem já “naturalizavam” tal episódio como parte cotidiana do território” (REGISTRO DA OP8).*

Conforme Dahlberg e Krug (2007), a violência impõe uma carga pesada no bem-estar da população. Gera medo, tensões e conflitos que podem paralisar o cotidiano do trabalho e de movimentar a vida. O que pode ser expresso nas seguintes falas:

*“A gente acaba se expondo, agora subir na comunidade para pegar paciente que está quebrando, tem lugares lá em cima que a grande maioria dos lugares lá em cima na verdade o bombeiro ou a SAMU não chega. Não vai por conta do risco territorial também” (E1).*

*“Outros profissionais encontra um pouco dificuldade e a gente fala de um lugar violento, a gente fala de um lugar que é estranho, que é ameaçador, muitas vezes, conflituoso” (E2).*

*“A grande dificuldade deste território continua sendo a violência, a violência faz parte do cotidiano dessa comunidade” (E3).*

*“Toda dificuldade que o território apresenta para você, muitas vezes, você é abordado com um fuzil na sua direção para saber se primeiro você é um profissional da área da saúde ou se é um policial que tá ali à paisana querendo entrar dentro do território.” (E8).*

*“O primeiro ponto eu vejo aqui nesse território é a violência” (E9).*

*“A dificuldade é só a violência e se tiver o tiroteio intenso a gente vai deixar de assistir esse paciente por causa que a gente não vai se colocar em risco” (E10).*

Conforme Budó et.al. (2012), a banalização da violência, a qual necessita, primeiramente, ser reconhecida como problema para depois ser abordada e enfrentada pela equipe de saúde. Tal fato é evidenciado em:

*“Por questões de violência, de tiroteio essas coisas a gente não vai, mas é a única coisa que dificulta nossa ida. Tiroteio, quando o tráfico está... O pessoal do tráfico está muito na rua, porque eles ficam geralmente armados, então, a gente não consegue subir, mas a gente tem uma sorte muito grande que esse CAPS trabalha quase que junto com uma clínica da família, então os agentes comunitários de saúde ajudam muito a gente. Eles sempre sabem como está o território, se está perigoso, se não dá para isso, se não dá para ir... Então, a gente sempre sobe com alguém do território que é o ACS” (E7).*

*“Ele não quer vir de jeito nenhum ao CAPS, o território tá conflituoso e eu falar com ele no telefone” (E2).*

*“O território é perigoso, mas a gente sabe pelo menos subir, sabe aonde ir.” (E16).*

Para o Construcionismo Social, ao entender o problema não está em nós, mas no sistema, desaparece uma camada de dúvida acerca de nós mesmos, abrindo possibilidades para novas alternativas de ações e resoluções de conflitos (GERGEN E GERGEN 2010). O CAPS, também, é um local para fugir de toda essa violência territorial. Fato que pode ser observado em:

*“Porque muitos não vêm, então, a gente tem que ir na casa do paciente para fazer essa medicação e, às vezes, a gente não consegue da conta de ir por conta da demanda do serviço e por conta da violência territorial” (E1).*

*“Eu acho que eles no território, eles ficam muito silenciosos, eu acho que se participa de alguma atividade lá é mínima e eles realmente vêm em busca do CAPS que é onde eles se sentem mais seguros e se sentem melhor e eles têm voz. Lá eles não têm voz, eles são só mais um que são manipulados, né?” (E6).*

*“A gente avalia que ele não tá bem, que ele não tem autonomia naquele momento para estar respondendo se ele tá apto para ir para casa ou não, então, muitas vezes, ele não sustente ficar aqui porque muitos pacientes, acho que a realidade deles, a vivência deles é essa a violência, as noites, os bares, as festas, então estar aqui para eles não é muito interessante quando eles estão desorganizados. Eles ficam muito vulneráveis no território.” (E10).*

Segundo Gergen e Gergen (2010), para o Construcionismo Social, os conflitos fazem parte do mundo e mesmo que alguns deles sejam apavorantes apenas com o diálogo será possível uma solução. É que no construcionismo chama-se de práticas de redução de conflitos. A evidência da violência como um fenômeno que impede o CAPS de avançar no territorial é um alerta de saúde pública para toda a sociedade. Uma vez que, quando essa CAPS não avança, ele se fecha em si, institucionalizando-se e rompendo com a lógica do paradigma psicossocial e da reforma psiquiátrica.

Mesmo que a violência proporcione um afastamento do CAPS III com uma clínica presente no território, torna-se necessária a urgência de articular tal conflito com diálogo intersetorial com políticas públicas mais atuantes em territórios vulneráveis.

Não é uma tarefa fácil, porém há que se dialogar com essa questão, a fim de permitir a existência do CAPS como um serviço territorial terapêutico. Em síntese, a tese esclarece que é primordial atentar a esse fenômeno para permitir a sobrevivência do CAPS III como um dispositivo territorial do cuidado protagonista.

Em suma, a violência territorial dificulta a possibilidade do usuário em exercer seu protagonismo de forma plena e a equipe de enfermagem exercer o cuidado protagonizador. Segundo a percepção da equipe de enfermagem, esse fator está relacionado ao silenciamento do usuário no território devido ao medo da violência a exposição dos profissionais CAPS à violência territorial que impede a sua saída para além do CAPS III e as possibilidades de manejo clínico territorial para exercer o processo de trabalho no CAPS III. Por fim, o serviço de atenção psicossocial em questão é local de proteção e acolhida do usuário devido suas vulnerabilidades ligadas à violência territorial em um contexto urbano da cidade do Rio de Janeiro.

## **7. 2 O analfabetismo cria barreiras para o protagonismo do usuário CAPS.**

A questão do analfabetismo é uma barreira para o processo do protagonismo do usuário do CAPS, pois na rua, no trabalho e na sociedade, esses sujeitos podem ser marginalizados por não ter acesso à alfabetização. Embora, mesmo no contexto do CAPS, o não acesso à alfabetização gera dificuldades, no que tange a comunicação, instrução por direitos e explicação sobre a terapêutica, dificuldade do usuário se expressar, mesmo que a equipe de enfermagem encontre mecanismos para amenizar essa barreira, pois quando o usuário está em sociedade ele encontrará as dificuldades pelo não acesso à educação.

Tal fenômeno é analisado nas seguintes falas:

*“Porque eles também dificuldade de se comunicar. Eles têm uma dificuldade muito grande de falar, né? De se colocar. [...] então, assim, eles chegam muito reprimidos, eles têm muita dificuldade de falar sobre que estão sentindo, o que eles desejam, tem muito medo disso (E1).”*

*“Então, assim, dificulta bastante. Até porque ele tem o direito de saber o que ele está tomando se está sendo administrado, né? E pelo fato dele não ter conhecimento o usuário ele fica um pouquinho mais... Mais frágil vulnerável. Até mesmo, ele não aceita a medicação justamente porque não tem conhecimento daquela medicação e assim a questão da... Da sociedade, novamente falando, difícil a gente conseguir integrar eles até mesmo porque pelo fato dele não saber ler, sabe? Ele se isola mais. Então é. Fica mais difícil trabalhar assim, entendeu? É isso, é complicado, complicado quando o usuário é analfabeto, sabe? (E5).*

*“Então, isso, assim, eu nunca é... Identifiquei, parei para pensar nisso, a dificuldade que a gente tem é de tanto um paciente quanto o familiar são analfabetos” (E10).*

Para o Construcionismo a comunicação está na relação em que se produzem sentidos. Esse está “para bem ou para o mal e cada tradição possui seus próprios valores e, nesse sentido, não existem descrições isentas de valores”. Logo, as pessoas definem a realidade elas falam a partir de uma tradição cultural (GERGEN E GERGEN 2010, p. 23).

O que se percebe como tradição cultural no contexto do CAPS, neste estudo, é que grande parte dos usuários estão em questão de vulnerabilidades por não ter acesso à alfabetização. Tal fato fica evidente nas seguintes falas:

*“Mais frágil, vulnerável. Até mesmo, ele não aceita a medicação justamente porque não tem conhecimento daquela medicação e, assim, a questão da... Da sociedade, novamente falando, difícil a gente conseguir integrar eles até mesmo porque pelo fato dele não saber ler, sabe, ele se isola mais. Então é, fica mais difícil trabalhar assim. Entendeu? É isso, é complicado, complicado quando o usuário é analfabeto, sabe?” (E5).*

*“A gente tem muitos usuários que são semianalfabetos. Muitos, muitos, muitos, né? E a princípio não tem atrapalhado muito, né? Por ser algo muito verbal, por ser atenção psicossocial algo muito da conversa, é algo muito... Então, eu acho que não tem atrapalhado muito” (E2).*

*“Chega a ser até engraçado, às vezes, você vê que o nível cultural não é assim, mas eles se expressam na assembleia, eles dão suas opiniões, mesmo sem entender, às vezes, do assunto que está sendo abordado ali a fundo, mas eles tentam expor ali o que eles pensam sobre aquilo da forma deles, mas eles participam, eles vivenciam, pra eles é muito importante” (E4).*

*“Então... Aqui, eu vejo esse processo um pouco assim... Carente. Pelo menos aqui nesse CAPS porque a gente tem as oficinas aí, tem a oficina de música, tem a oficina de jornal, mas a maioria ainda não sabe ler, né? Tem dificuldades, não tem estudos mesmo ou então não ler mesmo, né? Então, eu não vi aqui ainda uma oficina de alfabetização que seria interessante, não estou falando em criar uma escola, mas seria uma coisa como: vamos ler um livro, vamos ver como que se ler esse livro, começar tudo de novo mesmo, começar com aqueles livros que você abre assim” (E13).*

O contexto da vida dos sujeitos é que permite a criação de formas criativas e construtivas de propiciar o diálogo interativo. Na realidade do CAPS III, muitos sujeitos não tiveram a oportunidade de se alfabetizar ou por questões financeiras, por exemplo, ou quando o usuário necessitou trabalhar desde cedo e/ou não pode frequentar a escola. Evidencia-se, também, na história desses usuários, a privação do direito de acesso à educação quando eles vivenciaram as internações de longa permanência e a sua institucionalização em hospitais psiquiátricos. Tal fato pode ser evidenciado no seguinte registro da observação participante:

*“O pesquisador dialogava com os usuários na recepção, até que um usuário verbalizou que gostava muito de filosofia e estava estudando tal matéria no ensino médio, logo após uma outra usuária disse que gostaria muito de saber ler e escrever e que não teve essa oportunidade na vida, pois precisou trabalhar desde criança e nunca tinha frequentado a escola. O pesquisador percebeu a necessidade da usuária em alfabetização, dessa forma, ele pactuou junto ao usuário estudante do ensino médio, para que eles montassem um grupo de estudos e o usuário alfabetizado seria o mediador para ensinar o que sabia para a usuária, principalmente, a ler e a escrever. A usuária ficou muito emocionada, tanto que expressou com um choro emotivo e disse que isso era o grande sonho da vida dela. Eles combinaram dia e horário para fazer e iniciar essa troca de conhecimento” (REGISTRO DA OP10).*

É importante ressaltar que os cenários do estudo também preconizam essa iniciativa do acesso ao usuário no estímulo à alfabetização. Tal mecanismo está relacionado à comunicação criativa por intermédio das oficinas e ao estímulo da equipe de enfermagem. Conforme relato das seguintes falas:

*“O cuidado de enfermagem nesse protagonismo, muitas pessoas aqui eram analfabetas, as pessoas não sabiam ler, e a partir de... Eu não vou dizer uma alfabetização, vou dizer a partir de oficinas que buscam a compreensão, nós temos aqui uma oficina de café com letras, por exemplo, onde as pessoas eram estimuladas a retirar pequenos trechos ou palavras e ali iam formando, eu acho que com isso a pessoa começou a se descobrir. Como eu disse, ela saiu do anonimato e viu que era uma pessoa, que podia fazer coisas nesse sentido, né?” (E2).*

*“Não, aqui na saúde mental a gente tem muito essa experiência com usuários que não tem um grau de instrução, né? Às vezes, não tem nada, não tem nem alfabetizado. Às vezes, não sabe nem escrever ou ler, mas, assim, tanto a enfermagem como equipe em geral ele... A gente tenta passar para o usuário a melhor forma possível para que ele possa entender tanto a parte do tratamento com medicamentoso, quanto a participar de uma oficina. Tem usuário aqui que não tem, não tem é um grau de instrução, mas sabe ler, sabe escrever” (E8).*

*“Mas acho que poderia ser melhor essa alfabetização, muito melhor, não só alfabetização como até mesmo a questão de oportunidade de trabalho. Acho que usuário trabalhando já reduziria muito a questão de benefício, porque você trabalhando você não precisa de benefício, então, você estaria fazendo praticamente matando dois coelhos em uma cajadada só. Inserindo ele na sociedade e ao mesmo tempo dando a oportunidade de ele gerir a vida dele na forma que ele quer, do mesmo jeito que nós os chamados os normais gerimos nossa vida.” (E11).*

*“Tem, tem um usuário aqui sim que ele gostava muito de escrever carta, ele pedia muito para gente escrever” (E12).*

*“A gente aqui no CAPS quando a gente vê que um paciente não é alfabetizado, não terminou seus estudos, né? A gente vê a vontade deles de voltar a estudar e matricula ele, corre atrás, bota para fazer curso. Aqui a gente tem um livre leque de opções até onde o paciente quer ir tanto que a gente insere até no local de trabalho, né? Tendo vaga” (E16).*

Segundo Gergen e Gergen (2010, p.23), o Construcionismo Social privilegia o reconhecimento da tradição cultural, que será compartilhada. É um contexto do tempo vivido, pois: “os eventos narrados podem ser idênticos, mas a descrição dos fatos depende da tradição segundo a qual um estiver escrevendo”. Nesse sentido, a equipe de Enfermagem no CAPS III tenta construir formas de instrução e comunicação como, por exemplo, a atividade intitulada: “Café com letras no CAPS” para amenizar as barreiras impostas pelo alto índice do analfabetismo dos usuários.

A equipe de Enfermagem é atuante em criar mecanismo para o reconhecimento dos valores culturais. Dessa forma, a enfermagem se lança em uma linguagem próxima ao usuário e em ações criativas, a fim de estabelecer um efeito instrutivo. Mesmo que ela reconheça que o

analfabetismo é um fenômeno que necessita ser trabalhado para além do CAPS III, é um problema que envolve uma resolução intersetorial, isto é, para além dos serviços de saúde. Assim, um usuário que supera ou ameniza a barreira do não acesso à educação poderá exercer seu protagonismo de vida com dignidade, uma vez que ser analfabeto irá dificultar bastante o cotidiano do usuário quando estiver fora do CAPS III.

### **7.3 A não adesão do familiar à terapêutica cria barreiras para o usuário.**

A promoção do cuidado para o protagonismo do usuário não é uma questão intrínseca apenas na relação usuário e profissional, uma vez que a dimensão do sujeito envolve seu contexto social, portanto, familiar. A família é parte fundamental do acolhimento para um cuidado protagonizador e seu afastamento desse processo dificulta o dimensionamento do protagonismo do usuário. É evidente a preocupação da equipe de enfermagem do CAPS em relação a adesão familiar. Tal fato é expressado em:

*“Que tem dificuldade, que tem muita dificuldade de aderir também. Da família vir, a família tem dificuldade de estar presente” (E1).*

*“Tem muitas famílias que ainda vê o CAPES ainda como se fosse um manicômio “Não vocês têm que internar aqui que o fulano está dando trabalho”, sabe?! Mas, trabalho todo mundo dá as famílias não estão ainda com aquela consciência que o seu parente não precisa ficar internado para ser cuidado” (E11).*

*“O que aconteceu aqui já é de o filho trazer a mãe e a mãe trazer o filho, também e aí deixa aqui, quando a pessoa tá bem a gente tenta contato a pessoa não atende mais o telefone, mas depois aparece. Mas tipo assim, deixa um bom tempo, não quer levar para casa logo de imediato. Então a pessoa vem quando a gente fala talvez amanhã sai do acolhimento ‘Ah, mas não tá bom! Não dá, não posso receber em casa.’ Aí, a pessoa fica mais tempo, acontece muito disso” (E12).*

*“A grande dificuldade para o usuário não possuir o protagonismo é algumas famílias, eu sempre enxergo como a família mesmo. Até para dar esse protagonismo a ele, às vezes, a família é o grande problema até do fato deles ficarem acolhido, porque, às vezes, não têm necessidade de ficar e a família insiste, a família não faz nenhum esforço e ameaça se você não deixar e você não acolher eles ameaçam colocar em um hospital psiquiátrico e já falam com você e aí, todo nosso trabalho que a gente está tentando fazer, então tira esse protagonismo mesmo do usuário, no meu ponto de vista, o grande problema é a família. Pois a família,, muitas vezes, forçam situações que não têm que forçar. Vejo paciente, às vezes, descontando na família, é uma guerra, cara! Isso que incomoda a família não entende” (E13).*

*“Pais que querem tirar filhos daqui que querem levar para instituições privadas, já até teve, teve. A gente fala para o usuário, você só vai sair daqui se você quiser. Hoje teve, e o pai queria parar com ambulância e a gente bancando o sujeito aqui. Teve o caso de um usuário que o familiar trouxe de São Paulo uma ambulância para levar ele para São Paulo” (E15).*

A família é entendida como parceira no cuidado ao indivíduo que sofre psiquicamente, mas também necessita receber o suporte adequado para superar situações de desgaste físico,

emocional, mental e psicológico, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental, o acolhimento de suas necessidades e apoio para sua reestruturação (MIELKE et al. 2010). Tal fato é evidenciado em:

*“Alguns familiares já não sabiam mais o que fazer, já não tinha mais que fazer, passou por várias internações. Quando voltar, não vou conseguir e etc...” (E2).*

*“É importantíssimo, se a família não tiver conscientização ela simplesmente, ela não entende a questão da doença que seu parente tem e ela se pergunta mil vezes: por que aconteceu comigo? Por que aconteceu com minha filha ou com meu filho, com meu marido? Ela não consegue entender isso. E aqui é justamente onde ela pode encontrar as palavras certas para que ela possa entender e promover como que ela vai é... Criar alternativas de lidar com isso no dia a dia” (E6).*

*“Dificulta todo o trabalho, às vezes, a gente está aqui, libera o indivíduo bem, ficou bem e tal. Está aí um tempo, aí pode mandar ele para casa porque está bem organizado. Só que aí chega em casa o pai começa a fazer várias coisas ‘ah, indivíduo usa drogas’, está legal, mas tem uma coisa que a família tem que cuidar. Tem uma parte que é nossa que é deixar o indivíduo organizado e a outra parte que é da família de não ceder as coisas que ele quer” (E11).*

A clássica visão sobre a família enfatizando a sua responsabilização sobre o adoecimento dos seus membros, não oferece aos serviços possibilidade de aliança para o cuidado e não desperta o desejo de realizar intervenções no modo de funcionamento familiar por estabelecer uma aliança com o usuário e uma coalisão com o restante dos membros (SANTIN e KLAFKE, 2011). O que é representado na seguinte fala:

*“A gente entende sofrimento familiar muito grande. O CAPS não consegue dar conta de tudo, o trabalho de parceria com clínica da família, com as outras instituições é exatamente fazer essa aposta que entendendo que nós não somos os donos do saber, os donos de tudo que a gente não vai conseguir dar tudo” (E1).*

*“Fazer uma VD o que seja então assim às vezes têm uma família assim que não, não... Às vezes, a família também precisa também de cuidado e aí, não consegue trazer essa pessoa, esse usuário. Às vezes, a rede. Também. Aqui nem tanto assim não vejo muito isso aqui, a rede não sabe que tem um usuário no território que precisa entendeu? Fica difícil chegar aqui para gente aí a gente às vezes não sabe. Acho que isso dificulta um pouco também” (E12).*

*“Tem familiar que a gente precisa atender mesmo, receber de forma individual, às vezes, a gente precisa até separar a referência, por mais que a família não se trate, não precisa de um tratamento medicamentoso, ou que não tem um transtorno, mas precisa de um cuidado. Então, tem gente que a gente indica pro grupo de família, tem gente que é possível a mesma referência atender o usuário e o familiar, tem gente que a gente entende que isso não é possível, por mais que não seja um usuário nosso, mas é um cuidador é uma pessoa que está ali no cuidado de um usuário nosso que a gente também precisa estar junto” (E14).*

Em Gergen e Gergen (2010), aborda que para o Construcionismo Social para ter o poder de todas as organizações, não está em líderes individuais ou em pessoas, mas sim em suas relações. A relação familiar do usuário junto ao CAPS é um dispositivo primordial na produção do cuidado protagonista. Assim, sua adesão ao tratamento e acompanhamento é essencial

para produzir avanços terapêuticos. Referente a relação de negação do familiar, ela deve ser acolhida para sua transformação em diálogos construtivos do cuidado. Fato que foi expresso em:

*“O pesquisador observou que alguns familiares estavam na recepção aguardando a reunião da família. Essa reunião é um dispositivo em que familiares e usuários participam no CAPS através de uma roda de conversa onde eles expressam suas vivências junto aos usuários com transtornos mentais graves e como superam e enfrentam crises, além disso, é abordado questões sobre a relação familiar” (REGISTRO DA OPI0).*

A não adesão do familiar é um fenômeno que preocupa a equipe de enfermagem do CAPS III. A equipe aborda que é necessária a participação do familiar para a continuidade do cuidado protagonista e enfrentamento das questões sociais e psíquicas relacionadas ao sofrimento psíquico e/ou transtorno mental.

A equipe de enfermagem tenta mecanismos para convocar essa participação familiar no tratamento do usuário do CAPS III, sem deixar de perceber que há, também, a necessidade desse familiar em ser cuidado e orientado. Uma vez que a transformação cultural, em “olhar louco” incluído em uma sociedade de forma digna, perpassa também na primeira instituição desse indivíduo, isto é, da família, e essa necessita ser inserida nos projetos terapêuticos e no enfrentamento das complexidades que envolver o adoecer no campo mental e emocional.

#### **7.4 O desconforto de cuidar na crise pela equipe de enfermagem.**

A intervenção nas crises, nos espaços do CAPS, é sempre um momento de muita tensão nas relações da equipe e o usuário em crise.

*“A gente fala sobre um serviço substitutivo aos manicômios e que vai lidar com a crise, né? Que a princípio é bem difícil de lidar. A gente tenta tomar sempre da forma partindo do vínculo. Aí, depois medicação, não tendo resposta aí, a contenção. A enfermagem ela tem essa, esse respaldo de poder realizar a contenção mecânica e a contenção química mediante a prescrição do prontuário. Então, às vezes, é difícil lidar” (E1).*

*“A gente que fica na ponta, porque paciente agitou chama enfermagem. Enfermagem que está ali, como se diz no militarismo, a infantaria que está ali na frente. Então, a enfermagem é o primeiro a ser chamado, assim, a experiência, eu tenho várias experiências tanto com contenção física quanto contenção química” (E8).*

*“É a contenção física e química são ferramentas de trabalho, né? O que, assim, aqui no CAPS é a gente tenta lançar mão disso como último recurso, depois de esgotar todas as possibilidades de acolhimento da crise do paciente. Já esgotou tudo aí, a gente vai lançar mão do acolhimento uma contenção física ou química.” (E10).*

Para os construcionistas “a questão não é nada existe, mas nada existe para nós, ou seja, é a partir das relações que o mundo se faz preenchido.” (GERGEN e GERGEN 2010, p.21). Em relação à contenção nas crises realizada no CAPS III, a equipe de enfermagem tem uma relação de desconforto, de sensibilização sobre o enfretamento relacionado aos surtos. Tal fato é evidenciado nas seguintes falas:

*“Eu, particularmente, fico muito envolvido, sabe? Eu não, eu odeio fazer a contenção física e química, tanto uma quanto a outra. Sei que é necessário e eu sei que em certos momentos não tem como fazer, sabe? Mas, eu fico muito sensibilizado com a situação tanto da contenção química quanto a mecânica, né? A mecânica, ainda acho um pouco mais dura sabe, porque é uma... Para quem não está acostumado para quem não vê é uma coisa muito agressiva, né? Mas, às vezes, é necessária infelizmente, mas pessoalmente eu fico muito mal” (E5).*

*“Depois, me dá um alívio, mas me dá uma certa pena do usuário. Já teve uma questão não de participar da contenção quando cheguei aqui ele já estava contido. Mas, assim, depois ele começou a chorar assim ‘me solta, me solta.’, me deu uma pena, mas eu falei ‘não posso soltar ele ainda porque ele ainda está agitado’, mas eu fiquei com uma peninha do usuário” (E12).*

*“É que assim, é complicado tem diversos sentimentos assim... É muito ruim, tipo assim, quando um paciente está agressivo, muito agressivo eu até contendo de boa, assim porque eu sei que ele vai machucar alguém, como já vi diversas vezes, mas quando não... Que a gente não contém só pela agressividade, né? Quando não é mais complicado você conter. Tipo assim, a gente tenta relevar ao máximo, entendeu? ‘Não, vamos lá. Vamos fazer uma aposta assim, assim’, mas é um sentimento ruim que eu sinto de conter nesses casos que... Não sei... Ninguém gosta de ver ninguém preso, né? Eu não gosto de ver um animal preso imagina uma pessoa, entendeu? É ruim falar sobre isso” (E16).*

Dessa forma, a dificuldade no manejo das crises, as quais produzem desconforto na equipe de enfermagem irá depender das relações construídas com o usuário no momento da intervenção. Tal desconforto é intrinsecamente ligado a forma de comunicação e da compreensão sobre os significados no que diz respeito ao diálogo com a loucura, podendo ser algo bem desconfortante, tanto para a equipe de enfermagem quanto para o usuário.

*“É trabalhando nessa linha que o CAPS poder ser um lugar diferente, a contenção é realmente que nos move muito, nos machuca muito. A aposta em não tentar conter, ela é muito grande, que a gente se coloca muito em risco. Eu já tomei soco, já tomei cotovelada, já tomei uma cadeirada nas costas. Vou ficar ‘cuida do corpo a corpo, não vou conter, vamos tentar aqui pelo vínculo’ e, às vezes, isso é insustentável demais, porque a gente tenta fazer diferente, mesmo e a gente acaba se colocando em risco. É muito difícil, para mim quando eu vejo o paciente que eu acompanho que tenho lidado na lida e conter acho muito ruim, muito, muito. É muito doloroso” (E1).*

*“Muito doloroso em ver contido, e ouvir ‘me solta e etc.’. Por ser mesmo esse espaço diferente, por esse processo de vínculo não ser só vínculo do usuário ao profissional, mas ser do profissional ao usuário. Tem essa coisa do profissional que se separa, mas tem algo que é humano aí. Acho que é isso que faz total diferença, né? No cuidado com eles mesmo” (E2).*

*“Eu não gostaria de estar, eu não gostaria de estar preso ali por várias horas na contenção física. É ruim, isso é muito ruim, é muito ruim, mas tem momentos que é*

*necessário. Tanto para o usuário para o paciente como para o profissional. Assim, não tem como, não tem como para gente colocar o paciente numa contenção física e até química, primeiro a gente tem que ter orientação médica. Então, assim, qualquer conduta que a enfermagem aqui no CAPS, a gente tem, a gente tem que consultar é... Ter orientação do médico para a gente fazer tal conduta” (E8).*

Para Silva e Dimenstein (2014): “Enquanto não funcionarmos como espaços continentes de sustentação das crises nos territórios existenciais das pessoas, não estaremos cuidando, aliançados, com a Atenção Psicossocial.” Tal fato é expressado em:

*“Geralmente, eu não gosto de contenção física, isso me remete ao passado, remete à violência, muitos atos que aconteceram no passado, mas a diferença, quando a gente precisa fazer, não vou dizer que a gente não faça, mas quando a gente precisa fazer a gente faz de uma forma mais humanizada, a gente não faz de uma forma assim desprezível, “ah, eu vou conter porque é violento, você não tem condições de ficar na sociedade”, não tem condições de estar na sociedade naquele momento, por isso a necessidade da contenção. Mas, tão logo a gente vai observando, tão logo essa pessoa restabeleça a sua condição clínica, essa contenção, ela é cessada, ela é retirada e a gente avalia de dia a dia” (E3).*

*“Não é que me incomoda, mas acho que a equipe não chega muito junto e a gente fica muito sozinho fazendo isso, eu entendo que a contenção mecânica é um instrumento de trabalho, mas a gente tem que ter muita delicadeza ao usá-la. Eu acho que aqui no CAPS a gente, às vezes, perde até o tempo de fazer uma contenção e o cara nessa tensão de “vai amarrar o cara”, às vezes ia ser importante para ele naquele momento estar contido mesmo, ele está se colocando em risco, está quebrando tudo, não está conseguindo dormir” (E14).*

Vale lembrar que na perspectiva construcionista são as relações que produzem significados e não apenas as ideias intrínsecas dos sujeitos (GERGEN e GERGEN, 2010). O significado na relação entre o profissional e o usuário por meio da contenção na crise pode ser identificado nas seguintes falas:

*“Eu acho que é um sentimento de que você está sabe observando um paciente e vendo a transformação do que é ele no momento, né? Nessa hora você faz um comparativo, né? Que você está com aquela pessoa ou a hora ou alguns dias bem, né? Completamente dentro de um equilíbrio e naquele momento a gente se encontra dentro de uma crise, ou seja, aguda, em fim. E é. Dói um pouco fazer esse tipo de serviço, mas se faz necessário para bem dele e segurança nossa também. É necessário” (E6).*

*“No início, o meu sentimento era uma angustia muito grande, sofrimento, muito grande. A partir do momento que eu fui aprendendo mais sobre isso e entendendo que pode ser terapêutico e vendo resultado eu passei a ficar menos angustiada, mas é isso eu preciso estar junto, eu preciso estar vendo que está tudo bem que ele está melhorando ou não e aí, se não tiver, a gente estuda uma possibilidade de tirar e depois voltar para contenção, tirar um pouco não ficar tanto tempo. Mas, o meu sentimento antes, era de muita angustia hoje em dia, eu entendo o efeito terapêutico nisso, mas a minha sensação de angustia era por todo histórico da história da loucura daquela coisa primitiva. E hoje, eu entendo que quando é bem avaliada a necessidade é terapêutico, tanto a química quanto a física” (E7).*

*“Já contive aqui um que estava muito sonolento e ele levantou e caiu, levantava toda hora, chegou a abrir aqui um pouco e teve que fazer a contenção. E o sujeito ali e você preservando ele, não como no hospital que fica três a quatro dias, mas até ele*

*sair dessa sedação, você vai ter que conter, que as vezes até chegam sedados e você tem que conter” (E13).*

Cabe ressaltar que, segundo Lima et.al. (2014), o manejo da crise pela participação compartilhada histórica entre o profissional e o usuário junto com sua família irá permitir a potencialização do mecanismo de gestão coletiva, tornando a crise menos necessária e amenizando situações de sofrimento da desordem, de desestruturação e de caos. Os participantes trouxeram a necessidade dessa contenção, mesmo com o desconforto da equipe de enfermagem. Fato que pode ser evidenciado nas seguintes falas:

*“Contenção física não é legal assim, na questão visível da coisa, mas, às vezes, acredito que o paciente tem um contorno da contenção física é bom para ele, porque você vê que aquilo ali está tirando ele de uma situação que ele não está entendendo porque ele está passando por aquilo. Tem uma paciente aqui que ela pede para ser contida, ela: por favor, me contém porque eu não estou me aguentando” (E4).*

*“Acho... Já, já várias vezes. A contenção física tem o seu lado bom e seu lado ruim, como tudo na vida. Assim, em alguns momentos eu acho até realmente válido você chegar a conter o indivíduo que esteja botando a vida dele em risco, vida de outros também. Acho que nesse ponto para ele dar uma situação, acho até válido. Porém, só não aceito de castigo igual como se fazia antigamente, ‘ah vou conter o indivíduo porque tá perturbando, tá, não sei o quê’. Assim, é isso que não acho certo. Até porque se a gente for parar e se colocar no lugar do outro, eu particularmente, não gostaria de ser mantido em uma cama, a não ser se eu tivesse muito doido e colocando a vida dos outros em risco e a minha também. E aí não teria, tivesse esgotado todas possibilidades que o indivíduo ...” (E11).*

*“É algo desumano, reproduzir essa questão da punição e tentar não entender o sujeito quando ele tenta se comunicar através dessa construção com a base psicótica, ver que aquilo está muito invasivo, insuportável para ele” (E15).*

A crise está presente no CAPS, afinal é um local onde o pedido de socorro existe para amenizar quadros de intensos sofrimentos existenciais e/ou do próprio transtorno mental. Apesar do desconforto gerado pela equipe, tornar-se necessária à sua atuação de forma humanizada, pois “ainda que se apresentem fragilidades em lidar com o paciente em crise psiquiátrica, tal fato não os impede de prestar um cuidado qualificado e humanizado ao paciente com sofrimento psíquico, visando sua autonomia e ressocialização” (SILVA et. Al. 2012).

A contensão na crise do usuário CAPS feita pelo a equipe de enfermagem é percebida pelos participantes como um paradoxo sobre a tensão e o alívio para a proteção do usuário. Um dilema moral, uma vez que a equipe faz a crítica sobre, quando a contenção física e química tem que acontecer, mesmo no CAPS III, ser sempre a equipe enfermagem que é colocada na “linha de frente”.

Tal fato afeta o profissional de Enfermagem que se sente angustiado, afetado por aquele episódio, porém é convocado para realizar tal procedimento. A contenção para a equipe de enfermagem remete ao passado manicomial o que gera certa contradição no processo de trabalho do CAPS III como um lugar que deveria ser pautado por práticas antimanicomiais.

### **7.5 O sucateamento do CAPS como dificultador do protagonismo usuário**

Segundo Machado e Lima (2008), o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta inúmeros desafios que são atravessados: pela organização do sistema, pelo financiamento do SUS e pelo planejamento da gestão em saúde no que tange efetivação de políticas públicas. Os entraves estão na ordem da distribuição mais equânime das ações e serviços, da melhoria da infraestrutura física e das condições de trabalho, a fim de oferecer maiores condições aos serviços responder com resolutividade as questões em saúde.

Esses determinantes sobre o SUS refletem, também, no aporte e na manutenção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com um cenário da atenção oferecido pelo gestor municipal. Tal fato é expressivo no contexto atual dos Centros de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro onde a gestão municipal em contrato com Organizações Sociais de Saúde (OSS) não têm feito um planejamento público efetivo e descartam a agenda de investimento no setor de saúde e, também, na manutenção dos serviços em saúde mental, em um contexto de não investimento na saúde pública no Brasil. Fato que pode ser visto na fala a seguir:

*“O pesquisador observou que durante a despedida com a equipe devido o encerramento da coleta de dados, os profissionais mostraram bastante preocupados com a situação do SUS e do CAPS no município do Rio” (REGISTRO DA OP 14).*

O sucateamento do CAPS é um fato que reflete na falta de recursos humanos e materiais para sobrevivência de tal serviço. Além disso, o não interesse da gestão municipal em prover recursos e um planejamento adequado pode ser observado nas seguintes falas dos participantes:

*“Eu realizo muitas, muitas visitas domiciliares aqui. A dificuldade é no transporte, não ter transporte. Eu realizo ela por meios próprios, né? Com meu próprio veículo.”(E2).*

*“Nós, da Enfermagem que trabalhamos na saúde mental, principalmente no CAPS III que vive com paciente 24 horas por dia, vamos dizer assim, os desafios são muitos, são grandes, então, às vezes, você quer fazer alguma coisa para melhorar a vida daquele paciente e, às vezes, o território não deixa, às vezes não tem material para isso. Então, assim, não só depende da Enfermagem depende de outra instância para que a gente possa apresentar um serviço melhor para aquele usuário” (E8).*

*“Tem a questão financeira também e aí, vai muito do profissional como ele se coloca para essa situação, mas eu acho que passa muito por isso: violência, transporte e questão financeira que infelizmente, nossa empresa não dispõe de dinheiro para estar pagando as nossas saídas. Mas, aí, a gente está muito tempo aqui no serviço acaba que a gente, de certa forma, consegue se inserir junto com os agentes comunitários e, também, conseguem fazer as VDs da melhor forma possível” (E9).*

*“Questão, assim, de funcionários passando por vários tipos de problemas, a prefeitura tem passado por problema financeiro e tem mexido em alguns contratos e isso tudo é passado para os usuários, ‘olha se vai ter demissão de funcionários, se não vai ter tal’, isso tudo é passado. Para o usuário ficar ciente do que realmente está acontecendo no serviço” (E11).*

*“Eles reclamaram muito, por exemplo, sobre os leitos, a gente tem poucos leitos, vamos lá então, ampliar os leitos... O banheiro está assim, o papel higiênico é pouco, vamos lá colocar mais papel. A camisinha, não tem distribuição de camisinhas [...] A gente fazia muito destes passeios no início, nos seis primeiros meses, não sei também, se era porque de uma situação financeira, mas era uma coisa rotineira, até dia de sábado e a gente levava na praia, a gente levava para o Museu do amanhã, tinha uma coisa legal e parou muito isso aqui. O Extramuro parou muito, eu vejo muito, agora do muro para cá, tem muita atividade agora do muro para lá... É o que eu te falei, os seis primeiros meses foram perfeitos, bombou! Mas agora... (pausa)” (E13).*

*“Eu acho que o financeiro, porque a gente sai aí, tem passagem, e, às vezes, o nosso cartão de passagem já acabou aí, a gente vê qual o usuário tem acompanhante para pagar a passagem do outro, às vezes, a gente acaba tendo que pagar uma passagem ou outra. Eu acho que muito do financeiro, tem gente que não tem dinheiro, a gente passa do cartão do CAPS ou então está no final do mês e já foi todo o dinheiro, e, às vezes, o usuário acaba não conseguindo ir” (E14).*

*“Se o serviço vai trabalhar de forma reduzida por causa de atraso de pagamento, a gente de uma forma bem delicada, a gente trata isso sabemos o perfil da clientela que temos, mas não deixamos de informá-los para que eles não possam sentir o impacto da nossa mudança de movimento e isso não causar um transtorno, com efeito, cascata.” (E15).*

*“Bom, o que dificulta hoje em dia, no momento que a gente está passando, é o atraso de pagamento que deixa a gente de fazer visita domiciliar, deixa a gente de ver paciente que está mal no hospital que é longe. Tem um paciente que eu acompanho que ele tem uma casa em Belford Roxo que eu não estou podendo ir ver como está a situação dele lá, porque eu não tenho como tirar do meu bolso para ir ver como está lá e ele fica me cobrando isso e eu falo ‘Calma a situação é essa, e essa,’ ele entende. E é isso que no momento atrapalha, fora isso não tem, tipo assim, eu não vejo uma coisa que atrapalha esse protagonismo” (E16).*

*“O pesquisador observou que na organização de uma assembleia dos usuários com pauta sobre a manifestação de rua com tema valorização do SUS e dos serviços públicos territoriais e comunitários da saúde mental. A Manifestação também foi organizada, a fim de reivindicar o abuso dos atrasos salariais e dos recursos da prefeitura aos CAPS” (REGISTRO DA OPI0).*

É consensual o debate, por intermédio da equipe de enfermagem do CAPS III, sobre a precariedade do investimento e do planejamento da esfera municipal para viabilização do CAPS. Segundo Gergen e Gergen (2010, p.61), para o Construcionismo Social “as narrativas de uma cultura são de vital importância, e são particularmente decisivas aquelas que criam um sentido coletivo de história e destino”.

A equipe de Enfermagem, nesse cenário, percebe que o seu processo de trabalho é prejudicado por faltas de recursos públicos e o investimento no serviço. Toda essa problemática afeta o futuro do serviço territorial com um dispositivo essencial para a rede de cuidados em saúde mental. Tal fato é evidenciado em:

*“O pesquisado vivenciou uma grande preocupação na reunião girava em torno do sucateamento do serviço e possibilidade de paralisação, pois a prefeitura do Rio ainda não tinha passado recursos financeiros para pagamento dos salários dos funcionários do CAPS via OSS” (REGISTRO DA OPI).*

Conforme Guimarães et.al. (2011), é evidente que os profissionais do CAPS estão insatisfeitos com a gestão do trabalho devido à falta de investimento, flexibilização da inserção no serviço público, salários reduzidos, organização do processo de trabalho. Há uma grande tensão nas falas dos participantes quando abordam a questão da sobrecarga de trabalho devido à falta de investimentos e recursos humanos, evidenciados em:

*“Então, eu acho que acaba a gente construindo um vínculo isso pode ou não ser prejudicial, que eu acho que em alguns momentos isso interfere de fato de forma negativa. Pela sobre carga. O cara fica cansado, esgotado, já chega certo momento já do dia, já não suporta e acaba respondendo negativamente aquela demanda do usuário” (E1).*

*“É, é incomodo, mas a gente consegue falar bastante disso nas supervisões, vira e mexe a gente... Eu até brinco: gente, eu não fiz na faculdade rouparia 1, rouparia 2, pra ir na rouparia qualquer um pode ir” (E14).*

*“Eu tão cansado estressado com meu trabalho, semana passada que eu estava com uma dor na nuca contínua e uma dor de cabeça, eu sou hipertenso, quase 40 anos, [...], quando foi quatro horas da tarde eu fui lá chamar o médico: ‘Você está estressado, sobrecarga, trabalho’ [...]. Foi o tempo de eu sair de lá e vir para cá, eu tinha uma acatisia, eu entrei em pânico. Você entende que a medicação foi só o start para poder disparar tudo que fica tensionado na nossa neurose segura, a sobrecarga do trabalho, o serviço nos adoece” (E15).*

Vale destacar que a organização do processo de trabalho junto à equipe local CAPS também é um fator que desencadeia desafios para a produção do cuidado, uma vez que com uma equipe reduzida e em meio à complexidade do cuidar em saúde mental, nem todos os profissionais ficam disponíveis para atuar junto à equipe em épocas de crises. Atrelado a esse fato, a equipe de enfermagem encontra desafios para promover ações para o protagonismo do usuário na construção efetiva de um projeto terapêutico singular (PTS) e na distribuição de tarefas cotidianas com outras profissionais de saúde, e no cuidado protagonizador. Fato que pode ser evidenciado nas seguintes falas:

*“É, não tem um quantitativo delimitado para cada profissional não. Vai muito da demanda do serviço e muito também da escolha do próprio paciente. Eu sou enfermeira plantonista, eu só tenho uma carga horária de 12 horas dia, né? São 40 horas semanais nossa carga horária. Mas, eu só trabalho doze horas, então quer*

*dizer é, as demandas de construções dos projetos. E para dar continuidade de fato, fazer acontecer os projetos terapêuticos eu tenho 12 horas semanais para fazer. Então, assim, é um acúmulo de função muito grande. Porque além dos projetos terapêuticos, né? Que eu... Eu tenho 24 referencias, é... No CAPS e, além disso, eu sou enfermeira do plantão, tem que acolher a crise, porque tem uns pacientes acolhidos na crise, eu tenho que estar dando conta desse cuidado, eu tenho o matriciamento, eu matricio uma equipe de saúde da família. Então são bastante” (E1)*

*“A gente tem passado por momentos difíceis, então é mais complicado. A gente não tem carro para fazer isso. O carro é uma vez na vida e outra na morte. E para você conseguir, você briga com outros profissionais, né? A questão da briga é que tem muitos querendo fazer essa aposta e é um carro, vamos fazer uma aposta são mais de 600 pacientes cadastrados. Então tu fica um pouco meio estressado” (E2).*

*“Às vezes, assim... É uma equipe pequena, às vezes é uma equipe que não é parceira. Entendeu? Acho que assim, a gente tem que tá trabalhando todo mundo junto, tem que ser parceiro porque se não dá, você não consegue ajudar essa pessoa, não vai dar, não vai rolar, às vezes, você sozinho, você não consegue, acho que é uma dificuldade quando você não tem uma equipe parceira, às vezes, por questões assim de alguns serviços, aqui não é tanto o caso de ter uma equipe reduzida entendeu acho que isso atrapalha um pouco” (E12).*

*“A grande dificuldade que a equipe de enfermagem em participar na construção do PTS, principalmente os técnicos de enfermagem, é a nossa voz que não aceita, quer dizer, não é que não é aceita, ela não é valorizada, e isso é bem claro. Eu tiro os enfermeiros porque esses fazem o PTS quer dizer, fazem acordos com outros profissionais que são muitas vezes técnicos de referências para muitos usuários. Mas, no momento que o técnico de enfermagem fala ele dá a voz dele, ela não é muito ouvida aqui e isso me deixa muito chateado, porque somos uma equipe e quando você fala em equipe engloba até a equipe de faxina, engloba o porteiro, engloba todo mundo” (E13).*

*“Não, às vezes, me incomoda um pouco porque quando fala assim, “medicação é com a enfermagem” e têm coisas que você pega uma receita e tá escrito lá, “prometazina”, se você vai pegar uma cartelinha lá escrita “prometazina”, não tem muita dificuldade em fazer isso, tem gente que não se autoriza a maioria das pessoas né? Mas a galera, também, não chega muito junto assim pra isso, fica mais com a enfermagem. É obvio que ninguém vai fazer uma injeção, mas tem coisas que dá pra chegar junto” (E14).*

*“Primeiro o desgaste, né? Porque o enfermeiro de saúde mental ele não tem o desgaste só físico como os colegas tem nas clínicas que fica para lá e para cá como te falei é tão mecanicista. Tem um desgaste mental muito grande como a gente está ali como mediadora da crise entre um insuportável e o sujeito de novo nós somos o muro” (E15).*

As ideias construcionista vão alimentar questões a respeito do individualismo, tanto da visão das pessoas como uma ideologia política, vale lembrar que o pensamento individual é subproduto da imersão de alguém nas relações (GERGEN E GERGEN, 2010). Dessa forma, mesmo com a precariedade dos serviços públicos de saúde, a organização do processo de trabalho pode ser algo individualizado pela equipe no que tange a uma divisão de tarefas mais justa e disponível em processar o cuidado de saúde, porém só será possível com o engajamento da equipe.

Outro fator em que os profissionais destacaram como agravamento para a prestação de cuidados em saúde mental e produção do protagonismo, que irá alimentar e reproduzir práticas velhas práticas no CAPS foi a questão sobre a formação profissional da equipe de Enfermagem. Tal aspecto relacionado ao sucateamento desencadeia, segundo o pessoal da Enfermagem, um processo de trabalho que não opera na produção de cuidados em saúde mental atrelada a Reforma Psiquiátrica Brasileira. O que pode ser observado nas seguintes falas:

*“Eu tive toda minha formação em enfermagem norteando muito as questões clínicas, né? Ela é 95% do tema as questões clínicas [risos]. Pouco se fala da questão psicológica, pouco mesmo” (E2).*

*“Eu acho que as dificuldades esbarram na formação, porque muitos enfermeiros têm essa consciência do que é um trabalho em CAPS” (E7).*

*“A formação da saúde é muito “hospitalocêntrica” ainda, você sai da faculdade sabendo trabalhar num hospital, sabendo cuidar de uma infecção renal crônica conjuntiva, mas você não sai sabendo ouvir o sujeito, você não sai sabendo dar voz ao que ele está ouvindo, você sabe fazer os procedimentos, aí quando foge disso é um desespero. Então, a minha formação ajudou muito pra eu saber fazer uma injeção, pra se alguém tem uma parada cardíaca eu conseguir fazer alguma coisa, mas acho que nesse trabalho mais fino que é muito importante na saúde mental não foi na faculdade que eu desenvolvi, foi nos estágios, durante a faculdade, eu fiz estágio em saúde mental, nas leituras, esse meu estranhamento com os protocolos, normas da enfermagem, a gente não tem essa formação mais fina” (E14).*

*“Porque eu já entrei já com uma constituição de um conceito mesmo sem nenhuma base de estrutura de que eu queria saúde mental. E o que me deixou muito triste foi porque a saúde mental dentro da formação de nível superior para o enfermeiro ela é transversalizada” (E15).*

Segundo Zerbetto et.al. (2011), as estratégias a serem pensadas e implementadas para garantir a qualidade da atenção e da assistência de Enfermagem ao usuário que busca ajuda no CAPS, bem como o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, envolvem a revisão dos currículos das escolas formadoras das diversas categorias e de novos cenários de formação profissional.

A equipe de Enfermagem quando aborda os desafios de promover o protagonismo do usuário CAPS colocam o desmantelamento do SUS, isto é, o sucateamento, como um fator que irá prejudicar as relações de trabalho, sobrecarregar a equipe, institucionaliza velhas práticas da enfermagem, práticas essas não coexistentes aos diálogos com o subjetividade do sujeito, tenciona a equipe CAPS nas suas relações de trabalho e abandono das tarefas. Além disso, o fenômeno da formação da Enfermagem é um fator que ainda atravessa o profissional em desenvolver um processo de trabalho focado na produção de ações protagonistas para o usuário CAPS III.

## **8.0 OS SENTIDOS DO PROTAGONISMO DO USUÁRIO NO CAPS III PERCEBIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Na categoria, os sentidos do protagonismo foram destacados, após análise do mapa de associação de ideias e produção de sentidos, três subcategorias conclusivas: Singularidade do cuidado de Enfermagem por meio dos “Olhos Noturnos”; A bravura existencial da equipe enfermagem para investir na valorização da subjetividade do usuário; A voz do usuário no CAPS como produtora de protagonismos e liberdades.

O mapa de associação de ideias e produção de sentido permitiu analisar, conforme aponta Mirim (2013), a produção de sentido como um fenômeno sociolinguístico permeado por diferentes temporalidades, mas em um contexto de consideráveis tensionamentos que a equipe de enfermagem vivenciava no CAPS III do Município do Rio de Janeiro.

Segundo Amarante (2007), o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira está na possibilidade de transformação das relações e dos diálogos sobre a loucura, no sentido da superação do estigma, da marginalização e da segregação, assim como de estabelecer com a loucura um sentido de coexistência, de troca e solidariedade e do cuidado.

Ao mergulhar sobre as ideias construcionistas para explicar a realidade vivida por esses participantes, pode-se afirmar que, conforme Gergen e Gergen (2010), os modos de saber como as formas do falar e do perceber modelam nossas práticas são necessários para compreender o contexto das relações. O estudo foi essencial para visualizar o encontro da equipe de enfermagem com os usuários do CAPS III, a fim de alcançar como foram produzidos os sentidos e ideias nas ações de Enfermagem para o cuidado protagonizador. Esse fenômeno está no campo do compartilhamento de diálogos do que é verdadeiro, real, bom e necessário para promover as ações que produzem protagonismos de vida

Percebe-se que a equipe de Enfermagem se lança em uma produção do cuidado em saúde mental, criando ações que se transformam em cuidado protagonizador. Nesse contexto, surgem os seguintes sentidos: a singularidade do olhar noturno que ela detém e que proporciona a importância do existir para o usuário que recebe esse olhar; o aspecto subjetivo da bravura existencial para se lançar em ações cotidianas e investir no protagonismo do usuário; e oferecer no CAPS um lugar para que o usuário tenha voz para expressar a sua liberdade, a fim de produzir o protagonismo necessário a sua digna existência.

## 8.1 Singularidade do cuidado de Enfermagem por meio dos “Olhos Noturnos”.

A singularidade do cuidado de Enfermagem por meio dos olhos noturnos é um sentido que a equipe de Enfermagem traz para a construção do protagonismo do usuário. Ela é relacionada à evidência de que a equipe de Enfermagem é a categoria profissional, que fica disponível de forma integral para prestar ações em saúde no espaço do CAPS, conforme descrito em:

*“Por a enfermagem estar aqui 24 horas, com aquele sujeito no momento da crise ou não, a primeira... Esse paciente, quando chega aqui no CAPS, a primeira pessoa que ele procura é o enfermeiro ou o técnico de enfermagem do plantão. Para pegar medicação, para perguntar alguma coisa, para se queixar de algo” (E1).*

*“Temos um paciente, né? Que ele não aceita de forma alguma, sabe?! É... O contato no olho da gente com ele, na rua. Se você falar com ele, ele não fala. Então, assim, justamente pelo preconceito e, assim, como eu tinha falado e a gente atuando 24 horas a gente o traz para o serviço e aqui a gente consegue dar um contorno a isso, respeita também as particularidades dele. Muito legal!” (E5).*

Um olhar noturno é um olhar clínico que opera na atenção a todas as situações, demandas e necessidades do usuário do serviço de saúde. Esse olhar é a sentinela que observa e atua em ações para o cuidado de Enfermagem psiquiátrica e em saúde mental de maneira integral, até mesmo no turno noturno, onde há grande presença da equipe de Enfermagem no CAPS III. Assim, configura-se a singularidade do cuidado de Enfermagem para promover ações para o protagonismo do usuário na Reabilitação Psicossocial, conforme apresentado nas falas analisadas a seguir:

*“Como nós passamos 24 horas com eles aqui dentro não é o caso da equipe técnica, infelizmente, eles não têm nada noturno os olhos da equipe técnica é os olhos da Enfermagem” (E6).*

*“É um trabalho que está diretamente ligado, né? Ao usuário tempo inteiro a gente é quem tem mais contato dentro do CAPS, né? As práticas, elas se misturam, né? Por causa da interdisciplinaridade que tem no CAPS, né? E a Enfermagem como uma dessas categorias, da equipe multidisciplinar ela tem um alcance maior porque está no fim de semana, está no feriado, está à noite, está o tempo inteiro diretamente ligado a esses cuidados” (E7).*

Estar atento a todas situações e ser presente onde ninguém está, irá formar o aspecto da singularidade do cuidado de Enfermagem por intermédio do olhar noturno. Os olhos noturnos são uma habilidade especial da equipe de Enfermagem, em ficar presente no cenário e de forma integral, já que a equipe de Enfermagem é permanente no cuidado, e a categoria profissional em maior número à noite.

Os olhos noturnos têm uma capacidade de visão ampliada. A equipe de Enfermagem, por meio deles, consegue ver onde ninguém mais está. Fenômeno esse reconhecido no cenário do estudo, pois é a única equipe de saúde, isto é, enfermeiros e técnicos que são presentes no plantão noturno.

A singularidade do cuidado de Enfermagem através dos olhos noturnos é uma expressão colocada pela equipe de enfermagem para dar sentido ao protagonismo do usuário do CAPS III. Essa propriedade está relacionada ao processo de trabalho da Enfermagem Psiquiátrica no que se refere à especificidade do cuidado nesse cenário. Vale lembrar que tal equipe é a única que permanece 24h no serviço, na produção de cuidados. Sendo permitida para essa equipe encontrar cada usuário que é acolhido no serviço de forma permanente ou temporal.

Para que se desenvolva a singularidade do cuidado por meio dos olhos noturnos, é necessário entender a complexidade humana e sua singularidade. Conseqüentemente, não há uma “receita”, “um padrão de cuidado”, porque é em cada encontro, nas trocas subjetivas e nas intersubjetividades entre a equipe de enfermagem e o usuário do serviço de saúde mental, que se processa o cuidado singular mediante ao olhar noturno provedor protagonismo do usuário.

Cabe ressaltar sobre o modelo do intuir empático proposto por Oliveira (2005), que reforça a dialética dessa singularidade do cuidado da Enfermagem ao indivíduo com transtorno mental. No intuir empático, as ações de cuidado devem ser atravessadas por meio da empatia, intuição e tempo. A escuta qualificada, a prontidão para o cuidar, o esperar e o cuidado pós-demanda são ferramentas necessárias para uma clínica de Enfermagem produtora do cuidado terapêutico em saúde mental para autonomia do sujeito.

Segundo Dutra et.al. (2017), os enfermeiros apostam na autonomia e na liberdade como fundamento do cuidado. Dessa maneira, em cada encontro para o cuidado há uma negociação, uma singularização do processo de cuidar.

A singularidade do cuidado de enfermagem, via o olhar noturno, é uma realidade, isto é, uma verdade construída socialmente nos CAPS III. Cabe salientar que para o Construcionismo Social, nas abordagens de Gergen e Gergen (2010, p.29) “a verdade decorre dos modos de vidas compartilhados no grupo.” Tal evidência de sentido pode ser visualizada nas seguintes descrições da equipe:

*“Eu acho que é uma clínica tão cuidadosa, tão minuciosa, assim, a gente tem uma observação de cada caso, de cada paciente pelo vínculo que é o principal instrumento de trabalho da enfermagem para mim. A escuta, eu acho da enfermagem, ela é tão sensível, a observação é tão sensível que eu acho que a gente consegue promover um*

*cuidado singular para cada caso. Isso se a pessoa estiver disponível, favorecendo esse trabalho, né? Fornecendo esse cuidado, né? Porque a gente consegue encaminhar um paciente que estava dias sem tomar banho, a gente consegue dentro da observação, dar construção do vínculo, do diálogo ali, a gente consegue de repente encaminhar o paciente para o banho, fazer o paciente comer, a gente consegue mesmo que a gente prove a comida antes. Eu acho que a enfermagem ela está muito envolvida” (E1).*

*“O cuidado de enfermagem que promove o protagonismo é exatamente o olhar amigo, o olhar que não é preconceituoso. O olhar acolhedor, todos eles chegam, a maioria com vários estigmas de sofrimento familiares, sofrimentos institucionais e poder encontrar no CAPS na porta do acolhimento um olhar que vai diferente de todas as coisas” (E2).*

*“Ele precisa ser ouvido, precisa ser visto, ele precisa ser visto não só como uma pessoa de transtorno mental, tratamento na cabeça, mas ele precisa ser visto como um todo, nós estamos falando aqui de uma pessoa, de uma mulher psicótica que teve uma criança, então não foi visto só a cabeça, foi visto outros órgãos, outras partes do corpo, é preciso que a pessoa se sinta se descubra, pra que ela possa ser realmente a protagonista da sua vida” (E3).*

*“Eu acho que, eu acho não, eu tenho certeza, eu acho que desde quando a gente escolhe a enfermagem como profissionalismo ali, já se preparando para cuidar do próximo. Então, muitas vezes, a gente trabalha a gente presta um cuidado de enfermagem não só um cuidado de enfermagem, mas um cuidado de amor, de carinho, de compreensão com o usuário na saúde” (E8).*

*“Sim é... Acho que é assim, você está ali, olha ele, o paciente ali, como um todo. Ajudar ele, como ele vai atuar sem você estar ali junto com ele, ajudando. Acho que é isso. Ele que é o protagonista ali, no CAPS” (E12).*

*“A minha convivência é o coração do CAPS e automaticamente, fazendo essa detecção da necessidade, do pedido do sujeito porque aqui a gente não quer colocar ele aonde a gente entende que vai ficar bom para ele. A gente conduz a ele aonde ele deseja chegar, né? Então, aí, a gente faz esse trabalho com parcerias contata os conselhos e tal, vai para reunião de discussão de território, assistente social faz o dispositivo, aperta, encaminha. Se for o caso a gente matricula e aí é ele com ele” (E15).*

*“Eu acho que é o jeito de tratar eles, porque eles não veem a gente como tipo o técnico ou o enfermeiro ou médico, eles veem a gente muito como amigos. A gente tem muito, a gente diz que nossos pacientes, a gente tem uma união com os pacientes que são referências nossas. Que eles não veem a gente como funcionários veem a gente como amigo mesmo. Então, eu acho que isso faz muita diferença” (E16).*

Segundo Dutra et al. (2017), as práticas da Enfermagem Psiquiátrica estão voltadas para a autonomia dos usuários do CAPS através do Investimento no sujeito social na mediação da Autonomia. O fenômeno da mediação da autonomia por meio da permanência do cuidado também foi observado neste estudo, conforme expressões nas seguintes falas:

*“Acho que seria algo que tipo... Se o usuário é o protagonista, então acho que seria algo que beneficia ele quase que 100%. Acho que seria um cuidado 100% voltado para a questão da visibilidade de melhoria de vida do usuário do serviço” (E4).*

*“O usuário do CAPS é parte fundamental de todos os processos de trabalho nosso, eles são, assim, tudo que a gente faz é voltado para eles a participação deles, nada*

*que a gente faz aqui deixa o usuário de fora, até mesmo as assembleias eles participam. Acho que é total, na minha opinião” (E5).*

*“É, eu acho que a nossa, nossa função vital aqui que nos protagoniza é os cuidados basicamente desde o início ao acordar do paciente que são os cuidados de higienização, preparação para que ele fique bem durante o dia fisicamente e eu acho fundamental isso. E depois, a gente vai fazer os cuidados, como sou técnico de enfermagem eu estou muito envolvido com esses cuidados. Eu acho que, primeiro, eu tenho que ser detentor desse conhecimento e praticar, exercitar isso diariamente para depois sim eu poder me debruçar uma outra ação que seja outra coisa qualquer” (E6).*

*“Assim, é engraçado que aqui eles ficam acolhidos e fazem amizade, às vezes, não se conhecia. Aí, faz aquela amizade, sai do acolhimento, aí eles marcam ‘vamos na praia e não sei o quê.’ Tem uns que fazem isso, vão na casa um do outro” (E12).*

*“Eu acho que a gente pode dar um suporte, mas eu acho que tem que ser fora, tem que ser na escola, tem que ser no cinema, tem que ser em outros espaços” (E14).*

*“Mas, também convoco sempre eles e tento explicitar para todos eles, eu digo os que eu tenho a referência como direcionamento de trabalho, de que o cuidado do sujeito não é de responsabilidade nossa é compartilhada, é compartilhada e digo para eles que, às vezes, eu uso uma frase de impacto até para poder acolher o sujeito e eu conseguir ter um certo manejo com ele porque eu entendo que ele é uma peça importante para beneficiar o usuário. Se você pedir para eles ‘olha, a partir.’ quando eu assumo o projeto ‘a partir de hoje vocês não estão mais sozinhos, você pode contar comigo. Estou com vocês’. Essa coisa impacta para eles, sabe?” (E15).*

A singularidade do cuidado de enfermagem pelo olhar noturno fomenta a construção de sentido para o investimento no protagonismo do usuário CAPS III. Tal fenômeno é pautado pela prontidão, negociação, e reconhecimento das necessidades. São necessárias a empatia e a compaixão com as demandas do usuário, centralizando o indivíduo no plano de cuidados por meio de uma relação horizontal.

A singularidade por meio do olhar noturno significou, para os participantes, o momento de permitir as trocas e mediações para o protagonismo do usuário, trazendo à tona a tolerância e a intersubjetividade presente na relação do cuidado protagonizador no contexto do Centro de Atenção Psicossocial.

## **8.2 A bravura existencial da equipe de enfermagem para investir na valorização da subjetividade do usuário.**

O sentido produzido pela equipe de enfermagem para promover o protagonismo do sujeito se configura na bravura existencial em investir na valorização da subjetividade. Tal sentido se relaciona as formas de acolher o outro na sua dimensão subjetiva e na sua complexidade. Para França (2008), a questão da subjetividade, no campo da Saúde Mental “é

voltada para a inclusão social, é indissociável da consideração da cidadania da clientela atendida”.

Cabe salientar que o conceito de bravura existencial é expressado na obra intitulada “a arte da felicidade no trabalho” escrita por Dalai-Lama e Howard C. Cutlher, onde os autores colocam um poderoso comentário sobre a bravura existencial para superação de obstáculos e barreiras no processo de viver (DALAI-LAMA e HOWARD C. CUTLER, 2017).

Pode-se afirmar que a equipe de Enfermagem percebe o sentido da bravura existencial quando acredita no indivíduo em sofrimento psíquico e/ou transtorno mental. Desse modo, faz apostas para um manejo clínico, onde é necessário investir no usuário e por meio da valorização da sua subjetividade, a fim de acreditar nas transformações que amenizam os quadros que impedem o usuário de ser protagonista de sua própria vida.

O significado da bravura existencial relaciona-se a uma forma de acolhimento das necessidades dos usuários por meio de um processo intersubjetivo, a fim de ajudá-lo a superar crises e fazê-lo caber na vida com qualidade.

Segundo o Construcionismo Social (Gergen e Gergen, 2010), o significado é construído nas relações, quando a equipe de enfermagem se coloca em um aspecto relacional com o usuário para prestação de cuidados e compartilha a subjetividade da relação, isto é, a intersubjetividade para o cuidado terapêutico. Fato que é evidenciado nas seguintes falas:

*“Então, o cuidado de enfermagem norteado pelo protagonismo do usuário, eu acho que... Uma frase de Nise, “conhecer o outro e estabelecer espaços”, só conhecendo o outro que você pode criar e você pode desenvolver outras percepções em relação à pessoa. É muito importante você conhecer a personalidade, e a pessoa também conhecer aquilo que ela é capaz de fazer, eu acho que é isso” (E3).*

*“Principalmente, a valorização da subjetividade, né? Que é uma coisa que era tão negligenciada no período do manicômio e o CAPS como veio mudar toda essa lógica manicomial, né? Esse dispositivo com a reforma é a gente valorizar o protagonismo pensando na atuação do sujeito, tocante a dignidade, autonomia, né? A responsabilidade de ação social que é o que a gente visa com nosso trabalho. Que é levar, dá essa autonomia para o sujeito ser protagonista da própria vida, das próprias ações, território, dia a dia. E adquirir mesmo, cidadania é valorização da dignidade que eram coisas que não apareciam que eram completamente silenciadas no período manicomial” (E7).*

*“Cuidado de enfermagem para promover o protagonismo eu acho que cuidar do outro como de si mesmo, acho que é o grande protagonismo, assim” (E11).*

*“Então, eu procuro, assim, pra mim poder chegar a eles, eu procuro primeiro conversar, tem uns que não entende, como essa paciente que está gritando, mas só um gesto que você faz pra ela, ela vai entendendo e então eu procuro não avançar porque quando eu cheguei aqui, eu cheguei meio manicomial, eu cheguei aqui naquela mentalidade, então eu fui orientado pela equipe, vai assim... a gente chega muito empolgado, nossa aqui é hospital... Mas, não é, aqui é outro mundo e eu*

*procuro fazer assim, meus cuidados são esses, é pouco invasivo, não invado o espaço deles” (E13).*

*“Mas, eu acho que é isso, a gente trabalha muito isso de os usuários serem protagonistas das próprias vidas, porque foi muito tempo e muitos anos dentro de hospital psiquiátrico, hospital que tudo provê e não precisa sair dali de dentro para nada, tem comida, o médico vai se precisar tirar identidade o DETRAN vai até lá. E acho que isso também é um desafio na saúde mental, quando você recebe pacientes oriundos de hospital psiquiátrico, “o que você prefere? Tanto faz”. E a gente auxiliando é muito difícil” (E14).*

*“Bom, é... Eu entendo como uma questão fenomenológica né? Tem tanta coisa, sabe. Porque se pararmos para pensar eles são os centros de todo esse universo, se não fosse eles nós não estaríamos aqui, nenhum de nós, dentro do corpo da saúde mental claro” (E15).*

Conforme o Construcionismo Social “podemos construir o indivíduo de forma diferente, de uma maneira que tenha como pressuposto a ideia de que vivemos no aqui e no agora e que nosso bem-estar está fundamentalmente vinculado às nossas relações atuais” (GERGEN e GERGEN 2010, p.59).

A bravura existencial é um sentido produzido pela equipe de Enfermagem a qual se lança no cuidado protagonizador. Nesse há o investimento no usuário, há uma prontidão para dar suporte psicossocial ao usuário em meio as crises e as barreias que essa equipe encontra no seu processo de trabalho. É na bravura existencial que a equipe de Enfermagem no CAPS III encontra o sentido para investir no protagonismo.

O sentido em valorizar a subjetividade pela equipe de Enfermagem está no campo das relações cotidianas para promover o protagonismo do usuário. A equipe deve estar em relação com o outro, entendendo a sua complexidade e singularidade para o cuidado em saúde mental. Segundo Brunello et. al. (2010), “o estabelecimento deste tipo de relação entre a equipe de saúde e os usuários tende a melhorar o conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida pelos serviços de saúde, e facilitar o relacionamento dos usuários”.

O vínculo é fundamental para a resolução de conflitos e crises existenciais dos sujeitos. Ele se configura por uma corresponsabilização do enfrentamento dos problemas de saúde. Tal fenômeno é percebido quando:

*“Eu acredito muito no vínculo, a proximidade, a conversa, sentar juntos, fazer outras coisas que flui que é longe da aposta manicomial, que é longe da aposta da coisa do hospital” (E2).*

*“Então, o cuidado de enfermagem norteado pelo protagonismo do usuário, eu acho que... Uma frase de Nise, “conhecer o outro e estabelecer espaços”, só conhecendo o outro que você pode criar e você pode desenvolver outras percepções em relação à*

*“pessoa. É muito importante você conhecer da personalidade, e a pessoa também, conhecer aquilo que ela é capaz de fazer, eu acho que é isso” (E3).*

*“Então, alguma coisa para além não conseguia enxergar, mas com o tempo e com a prática eu pude entender que isso era subjetividade. E aí quando eu passei a prestar atenção nisso aí eu fiz a passagem de lado porque aí, eu consegui dar voz ao louco, eu consegui trabalhar a questão da escuta que eu tinha, mas contornava por conta dessa origem de formação opressora e reprodução de tarefas que a gente tem como formação identifica os sinais, diagnóstica, médica e só” (E15).*

*“Protagonismo... Tipo, o usuário no CAPS eu acho que ele tá tendo a chance de viver, de viver uma vida normal. Que aqui a gente bota o paciente, a gente... Pode ver que a gente não chama nem o paciente de paciente, chama de usuário, né? Que ele... Faz de tudo para que ele leve uma vida normal como nós, que ele trate a doença dele, mas que ele viva normalmente entre as outras pessoas. Acho que é isso” (E16)*

Para o Construcionismo Social é a partir das relações que tudo se considera real, racional, verdadeiro e de valor emerge por meio de performances juntos aos outros e junto a nós mesmos. Dessa forma, criamos nossas realidades racionais e emocionais (GERGEN e GERGEN, 2010). Tal registro expressa a importância do vínculo na vida dos usuários do CAPS, quando:

*“O pesquisador foi convidado pelos usuários e pela equipe em participar de um grupo. Era o grupo da rádio onde os usuários escolhiam músicas e fazia toda a programação de uma transmissão de rádio, como: entrevistas, reflexões, previsão do tempo, debates e notícias. A ideia foi bem interessante. Na reflexão o pesquisador colocou como proposta para que os usuários verbalizassem o significado do CAPS para vida deles. Elas falaram sobre a necessidade do CAPS para a vida, como um lugar onde eles têm voz e são tratados com respeito e dignidades, um lugar de afetos, e uma grande família” (REGISTRO DA OP11).*

*“Eu acho que norteia de fato é o vínculo, porque eles têm muito vínculo com equipe de enfermagem por mais que a gente... Eu não ser referência de um caso, às vezes, o paciente chega ele me procura. Porque... Eles nos veem de frente, ‘preciso de uma roupa, preciso tomar banho’ paciente não está... Eu acho que a própria equipe multidisciplinar, eles atribuem muito o cuidado direcionado a enfermagem no sentido o cuidado, o cuidado clínico também no sentido o paciente quer tomar um banho, é a enfermagem que vê o banho. O paciente quer tomar café, pode? Pergunta lá o pessoal do plantão se ele pode tomar café. O paciente está em acolhimento cigarro fica de posse da enfermagem. Então, a enfermagem é muito detentora do sim e do não, das tarefas. Do se pode ou se não pode” (E1).*

*“Eu acho que o... Nesse tempo, que eu estou nessa área de saúde mental o cuidado de enfermagem ele abrange muito mais do que você só cuidar do sujeito ali, no momento que ele esteja numa situação complicada não só no sentimento na dor, num machucado, numa ferida, mas eu acho que é para, além disso. Acho que é de oferecer facilidades para que ele consiga com as próprias pernas dele essa autonomia essa, essa, esse protagonismo mesmo de se conseguir, de conseguir principalmente ser inserido nessa sociedade” (E9).*

Podemos observar que é através do vínculo resolutivo para a valorização da subjetividade que se constrói “pontes”, “caminhos” para o cuidado em saúde mental. Essa ferramenta está atrelada ao processo da escuta e de acolhimento dos sujeitos.

### 8.3 A voz do usuário no CAPS como produtora de protagonismos e liberdades

Esse sentido traz um feito da centralidade do usuário CAPS. Dar voz a esse usuário é uma forma de protagonismos, pois embarca em uma perspectiva humanitária de reconhecer a singularidade do sujeito. Tal fato foi descrito por um membro da equipe de Enfermagem sobre sua percepção do protagonismo do usuário:

*“O que vem na minha mente é a voz dele dentro do serviço né, como ele consegue se colocar, se... Colocar suas vontades está colocando seus medos, suas dificuldades, o que ele pensa para o tratamento dele, como ele acha que ele deve ser tratado, cuidado, tocado, observado. E vem muito dessa questão singular de cada um, né? Acho que cada paciente é um cuidado diferente que a gente tem que está propondo, né?” (E1).*

*“Acho muito importante as assembleias que acho que é... A gente está incluindo eles num processo de trabalho, na dinâmica do nosso dia a dia, para fortalecer mais ainda a direção de trabalho que o CAPS propõe para eles. E, ainda tem o grupo de família que é importante também, para eles estarem dando retorno para gente da nossa linha de trabalho. Vê o que é possível, o que pode ser mudado, o que pode ser melhorado, o que está ruim, o que está bom, é importante essa assembleia com eles, com o grupo de família” (E10).*

*“Eu vejo como uma participação boa, assim, nas assembleias que a gente tem aqui há uma participação bem grande dos usuários de querer transformar o ambiente e tal é, assim, a direção deixa bem claro, assim, que eles podem estar falando se achar que tem que melhorar alguma coisa, fazer algum tipo de mudança e os usuários daqui são bem participativos nessa questão até com as questões das assembleias que a gente tem aqui” (E11).*

Segundo Gergen e Gergen (2010), para o Construcionismo Social é nas situações tumultuadas que emergem novos diálogos e das conversações que cruzam os continentes culturais desencadeando novas práticas culturais. A partir desse pressuposto construcionista, os espaços das assembleias do usuário no CAPS III são cenários de tensão para o bom diálogo na resolução de conflitos e possibilidade de dar voz a esse sujeito. Fato evidenciado nas seguintes falas:

*“Percebo através de assembleias, as assembleias instituídas pelo serviço fazem com que a pessoa com transtorno mental tenha voz e isso é um marco, é algo muito importante, porque, como eu disse, ela começa a se identificar, ela percebe que ela tem voz, que outras pessoas escutam o que ela está fazendo, ela é incluída a todo o momento em ações.” (E3).*

*“Porque, quando a gente se incomoda que o sujeito fique bem, que a gente quer saber a opinião dele sobre o que a gente está fazendo acho que ele é protagonista nisso, entendeu?” (E4).*

*“O CAPS III é muito legal por isso, aliás, o CAPS em geral, mas eles participam muito, eles reclamam do que eles não gostam, eles escutam quando a gente traz uma situação que aconteceu no outro paciente” (E7).*

*“Acho que aqui no CAPS eles têm protagonismo porque eles têm muita liberdade. Entendeu? Eles já chegam para a gente diferente de um hospital psiquiátrico, eles já chegam sem muita timidez. No hospital psiquiátrico, ele já é muito tímido, ele já sabe que situação vai ser aquela... Aqui não! Aqui, eles já chegam falando seu nome, já chegam muito para frente. Tem uns que tem uns problemas, já chegam acolhidos aqui para a gente, mesmo eles acolhidos, até a forma dele lidar com a gente, como eu técnico de enfermagem, no caso, é diferente, então, no meu ponto de vista, o protagonismo dado é esse, porque eles têm uma liberdade que eles não têm em outro lugar. Só vão encontrar essa liberdade aqui mesmo, e eu posso falar isso porque já fui técnico de enfermagem em hospital psiquiátrico. Então, já vivi manicômios muito bravo mesmo. Aqui não... Aqui eles têm uma liberdade e eu acho que já entram sabendo dessa liberdade. É incrível!” (E13).*

*“Eu acho que o protagonismo é, de alguma forma, ser senhor do seu destino, dos seus espaços. Quando alguém diz que não vai comer e aí a gente não vai obrigar ele a comer, quando alguém prefere essa roupa a outra roupa, e você dá essa voz.” (E15).*

*“Acho que... Foi aquilo, a gente, eu acho que o protagonismo deles tanto a gente dar a oportunidade que lá fora eles não têm de ser autônomos, de fazer as coisas e que em outros lugares não acontece. Eu acho que é isso, eles têm autonomia aqui de fazer as coisas” (E16).*

É no entendimento da tradição cultural que se aborda no Construcionismo Social, em que a equipe de Enfermagem oferta a possibilidade de espaços de troca e, também, reconhece que dá voz aos usuários é um sentido para promover o seu protagonismo, ter liberdade de escolhas e aumentar suas trocas sociais, tão necessárias para vida e cidadania.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protagonismo do usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III é um fenômeno relevante a ser estudado em outros estudos, a fim de dar subsídios para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, concomitante a luta antimanicomial. Estudar o protagonismo da pessoa usuária de um serviço de saúde mental possibilita traçar dimensões de uma tríade política, ética e clínica.

No aspecto político, o protagonismo do usuário trouxe a ideia de empoderamento da pessoa, como uma forma de manter sua autonomia da gestão da vida e independência na realização das suas atividades. Esse fenômeno pode ser promovido pela equipe de Enfermagem e de saúde ao adotar ações e possibilidades de espaços e contextos que valorizem a voz e a participação do usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Na dimensão ética no cuidado em saúde, o protagonismo mostrou-se não apenas como um conceito, mas uma prática terapêutica com o propósito de nortear as ações dos profissionais de saúde. Para isso, requereu a adoção de projetos terapêuticos singulares que valorizaram a subjetividade dos indivíduos e o seu contexto sócio-cultural.

Na perspectiva da clínica, isto é, das medidas e práticas terapêuticas da equipe de Enfermagem para promover, mediar e adotar condutas no processo de trabalho que vão viabilizar a promoção do protagonismo do usuário, é uma prática em construção. Para esse fim, é necessário, ainda, empreender esforços para colocar em prática o projeto terapêutico singular, no intuito de organizar a prática terapêutica. Para além dele, a adoção de ferramentas do cuidado em saúde onde a empatia, a escuta, a bravura, a prontidão e negociação para o cuidado, o reconhecimento sobre o território e territorialidades da pessoa são instrumentos essenciais para semear o cuidado protagonista.

É preciso lembrar que em todo território nacional, a ideia de serviços substitutivos, como os CAPS, são espaços de ruptura aos manicômios. Serviços de base territorial são iniciativas primordiais para permitir a dignidade e cidadania aos indivíduos com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico em espaço comunitário de troca de saberes, transformando a história perversa no tratamento em relação à loucura e sua exclusão, em espaços que possam usar ferramentas para um cuidado criativo, com a intenção de produzir saúde e trocas sociais.

Trazer a discussões à luz do Construcionismo Social possibilitou compreender as evidências para o protagonismo no campo das relações, do diálogo, do que é possível e do que se deseja compartilhar, consolidando os fazeres e saberes do cuidado em saúde mental.

O referencial teórico do Construcionismo Social foi pertinente, uma vez que nos permitiu uma análise profunda, gerando construtos teóricos no contexto da modernidade tardia, por meio de diálogos com as diversas experiências trazidas no campo da linguagem sobre as verdades compartilhadas da equipe de Enfermagem sobre o que é verdadeiro, real e bom ao se promover o cuidado protagonizador, mesmo diante dos desafios lançados no contexto do SUS e do trabalho de base comunitária e territorial.

Não é uma tarefa fácil, colocar-se em campo de pesquisa para produzir trocas e conversações sobre o fenômeno estudado, visto que o cenário do CAPS III é um serviço de grande rotatividade, tanto dos usuários como dos profissionais de enfermagem. Tais profissionais nem sempre estiveram disponíveis para troca de ideias e para a produção de dados do estudo.

A utilização de método indutivo com técnicas da observação participante e a entrevista não estruturada possibilitaram caminhar com estudo em uma coerência metodológica e epistemológica ao objeto do estudo, visto que o fenômeno estudado e os dados analisados são do campo das subjetividades. Compreender as falas dos participantes e realizar o registro no diário de campo, exigiu do pesquisador um domínio metodológico e teórico para que os dados registrados retratassem de forma fidedigna os dados extraídos do cotidiano. A adoção do *check list*, com pontos relacionados aos direitos e diretrizes, clínicas do cuidado em saúde nos Centros de Reabilitação Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi fundamental para possibilitar diálogos e perspicácia investigativa para responder as questões do estudo.

Em relação a organização dos dados para análise, a utilização de *software* NVivoPro12 foi uma ferramenta interessante para propiciar a organização da codificação dos temas que surgiram nos registros. A análise dos dados só foi possível por meio do mapa de associação de ideias e produção de sentidos, técnica essa utilizada em pesquisas qualitativas guiadas pelo Construcionismo Social.

Os dados apontaram que a equipe de enfermagem produz ações em seu cotidiano de trabalho por intermédio do cuidado protagonizador com o propósito de promover o protagonismo do usuário do CAPS III, em uma negociação constante com o território do CAPS. O cuidado protagonizador é fenômeno produzido pela equipe de Enfermagem do CAPS III por

intermédio da comunicação criativa, do trabalho em rede e da equipe de Enfermagem, como “Antena” disponível para promover o protagonismo do usuário.

No que se refere à comunicação criativa como categoria do estudo, ela é uma ação da equipe de Enfermagem para promover o protagonismo do usuário. É evidenciada quando a enfermagem lança mecanismo para dialogar e negociar com a loucura e suas subjetividades de cada usuário. É necessária uma mediação com as territorialidades da pessoa, e, assim, compreendermos ser essencial conhecer e valorizar o contexto sociocultural do indivíduo e a sua história para promover as ações de cuidado.

Cabe ressaltar que as ações para o protagonismo não é uma prática que envolve apenas a equipe de Enfermagem, e sim toda a sua rede de cuidados. Para tal fim, a enfermagem possibilita organizar-se em uma prática que envolve o trabalho em rede, acionando atores e contextos para além do território em que a pessoa habita e, assim, promovendo trocas sociais para além do CAPS.

O cuidado protagonizador requer uma Enfermagem como “Antena”, isto é, atendida nas necessidades do usuário. Tal categoria diz respeito a capacidade da equipe de Enfermagem poder captar o cuidado, o que de fato poderá ajudá-lo, reconhecendo situações de crises, promovendo projetos de vida, para além do CAPS na mediação com os familiares e na terapêutica que valorize o direito e cidadania do usuário.

No caminho de mediar e construir possibilidades para que esse usuário possa ser o protagonista na vida, evidenciou-se que a equipe de enfermagem encontra grandes desafios que estão relacionados as seguintes categorias: a violência territorial, o baixo nível educacional dos usuários do CAPS III, a não adesão do familiar à terapêutica, o desconforto de cuidar na crise pela equipe de Enfermagem e ao sucateamento do CAPS.

O fenômeno da violência do território foi uma categoria do estudo. Essa nos coloca em alerta para a desconstrução do CAPS como serviço territorial e comunitário em atividades de extramuros da própria visita domiciliar, pois com a violência urbana o CAPS acaba “fechando-se em si”, no sentido de não ir para o território devido às vulnerabilidades colocadas tanto para a equipe quanto para o próprio usuário e seus familiares.

O analfabetismo do usuário do CAPS, outra categoria do estudo, é uma questão social a ser alertada, já que impede de exercer sua cidadania e independência. A equipe de Enfermagem traz essa questão como problema e desafio para promover o protagonismo do

usuário, visto que mesmo com a comunicação criativa e diversas outras medidas que o CAPS adota para ultrapassar a barreira comunicativa, é lá fora, isto é, quando o usuário não está no CAPS que o analfabetismo irá trazer processos de exclusão social.

Uma outra categoria no campo dos desafios para a equipe de Enfermagem está relacionada a não adesão familiar no processo de cuidado. A família em suas diversas e plurais dimensões são autores-chaves nos processos de trocas sociais e inclusão do usuário no CAPS. O fato da não adesão da família ao tratamento está relacionado, ainda, ao processo histórico-cultural de exclusão da pessoa acometida pela loucura. Além disso, familiares preferem posturas relacionadas a medicalização da saúde lançado para equipe do CAPS quaisquer responsabilidades no tratamento e no acompanhamento do adoecimento psíquico, pois vislumbram respostas imediatas às crises e ao adoecimento.

Também é evidente que a equipe de Enfermagem se sente desconfortável em cuidar do usuário em crise. Tal desafio, como categoria, está relacionado ao processo formação e qualificação dessa equipe como também a dificuldade de manejo clínico para um lugar em que a crise possa acontecer. A crise é um processo esperado em um adoecimento psíquico, ou seja, ela não pode ser esquecida ou negligenciada em um CAPS.

O sucateamento do CAPS, como categoria, está relacionado a falta de investimentos no setor saúde que traz uma perspectiva de grandes dificuldades tanto no campo da terapêutica como no aspecto sociocultural, que envolve um CAPS. Já que, sem investimento, há uma sobrecarga de trabalho do profissional, não inovação das ações em saúde e desvalorização da equipe que sente-se desmotivada para o processo de trabalho e pode acabar também adoecendo.

A evidência do sucateamento do CAPS trouxe atravessamentos no campo terapêutico, sendo que a equipe fica engessada em produzir saúde, trazendo, além disso, riscos ao adoecimento do profissional de saúde no contexto do campo de trabalho. A ideia do CAPS como cenário criativo e terapêutico para o cuidado no adoecimento psíquico e no transtorno mental se inviabiliza, quando não há investimentos tanto de recursos humanos como de capital financeiro para promover um cenário com recursos necessário para produção de saúde. Assim, o sucateamento do CAPS e o desmonte do SUS impossibilita avançar com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em síntese, a equipe de Enfermagem produz sentidos para o protagonismo do usuário e na construção do cuidado protagonizador traçando as seguintes categorizações: a singularidade do cuidado de Enfermagem por meio dos “Olhos Noturnos”; a bravura existencial da equipe de

Enfermagem para investir na valorização da subjetividade do usuário; a voz do usuário no CAPS como produtora de protagonismos e liberdades.

Na perspectiva dos “Olhos Noturnos” se singulariza na equipe de Enfermagem, pois é a categoria profissional de saúde que está em todos os períodos do dia no CAPS III. Um olhar noturno é uma visão atenta e alerta para o cuidado protagonizador. Esse olho noturno atua dia e noite para reconhecer necessidades dos usuários CAPS e mediar a sua autonomia para que exerça o seu protagonismo.

É necessário que a equipe de Enfermagem se aperfeiçoe em sua bravura existencial, ou seja, se lance em um intersubjetividade e reconhecimento da subjetividade do usuário para negociar, mediar e construir projetos que promovam o conforto, a escuta, o vínculo a autonomia e independência e o empoderamento do usuário CAPS.

A equipe de Enfermagem traz o sentido da valorização da voz do usuário como um mecanismo clínico para promover autonomia e liberdade do usuário, a fim de romper com processos de exclusão e marginalização. A equipe de Enfermagem no seu saber-fazer traz sentido para o empoderamento do sujeito, quando ele é valorizado e há o reconhecimento da voz, mesmo no adoecimento e sofrimento psíquico.

A tese evidencia o cuidado protagonizador em uma negociação permanente com território e territorialidades do indivíduo. O estudo traz um contexto de uma equipe de enfermagem humanizada e empática na construção de ações para o protagonismo do usuário CAPS com a intenção de promover o caber na vida do usuário.

Em suma, a tese traz constructos teóricos sobre as ações de enfermagem para promover o protagonismo do usuário CAPS e na negociação com território para construir o cuidado protagonizador. Mesmo com os inúmeros desafios lançados ao um serviço territorial.

Por fim, as ações de enfermagem para promover o protagonismo do usuário é um fenômeno em negociação permanente com o território e as territorialidades do indivíduo acolhido no serviço de saúde mental. A partir dos dados analisados, a tese propõe a ideia dialogada e compartilhada sobre a possibilidade da construção de ações de Enfermagem para a promoção do protagonismo do usuário no território do CAPS III e sobre o cuidado protagonizador construídos pela equipe de Enfermagem.

Assim, as ações, os desafios e os sentidos que equipe de Enfermagem do CAPS III produz, o cuidado protagonizador é dimensionado pela relação clínica-política-ética em uma negociação constante com o território do usuário no CAPS III.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Manoela; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de. Enfermagem Psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Esc. Anna Nery. Enferm. [on-line]**. 2010 jan-mar; v.14 n.1 pp. 64-70. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a10.pdf>>. Acesso 04 de dez. 2016.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.735-760.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Lucélia; VELÔSO, Thelma Maria Grisi. Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular. **Pesquisa práticas psicossociais**. 2015, v.10, n1. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v10n1/07.pdf> >. Acesso em: 07 de out. 2016.

BARKER P, BARKER PB. The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. **Issues Ment Health Nurs**. 2010 Feb.; v.31, n.3, p. 171-180.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A Construção Social da Realidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1985. 288p.

BEZARRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis[ on-line]**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 maio 2014.

BRANDAU, Ricardo; MONTEIRO, Rosangela; BRAILE, Domingo M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Rev Bras Cir Cardiovasc [ on-line]**. 2005, vol.20, n.1. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v20n1/v20n1a04.pdf> >. Acesso: 15 de out.2015.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento**

**apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: OPAS; novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**– Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n.34.** Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Lei de n.10.216, 06 de abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União, Brasília, DF** abr. 2001. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em 02 maio de 2014.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil: **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005, 56p.

\_\_\_\_\_. **II Seminário Nacional de Promoção à Saúde.** Brasília 08 a 10 julho de 2010. Brasília: Brasília: Política Nacional de Promoção à Saúde/ Ministério da Saúde,2010.

BRUNELLO, M.E.F; PONCE, M.A.Z; ASSIS, E.G.A; ANDRADE, R.L.P; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F; VILLA, T.C.S.V. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm. [on-line]** 2010.vol.23 no.1. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>>. Acesso 01 de dez. 2017.

BUDÓ, M.L.D; SCHIMITH, M.D; SILVA D.C; SILVA, S.O; ROSA, A.S; ALMEIDA, P.B. Percepções sobre a violência no cenário de uma unidade de saúde da família. **Cogitare Enferm. [on-line].** 2012; v.17, n.1p.21-8. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26370>>. Acesso em: 01 dez.2017.

BUSS, Paulo Marchiori. **Uma introdução ao conceito de promoção à saúde.** In: CZERESNIA, Dina (Org.). *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009.

CASTAÑÓN, Gustavo Arja. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. **Temas psicol. [on-line].** 2004, v.12, n.1, p.67-81. Disponível em <<http://www.swarthmore.edu/sites/default/files/assets/documents/kenneth-gergen/Movimento.pdf>>. Acesso em: 07 de ago.2015.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm. USP [on-line].** 2011, v.45, n.3, pp. 687-691. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf> >. Acesso em: 15 de julho de 2015.

CARVALHO, L.G. P.; MOREIRA, M.D.S.; RÍZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. A Construção do Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da saúde [on-line].** 2012, v.36, n.3, pp. 521-525. Disponível em:<[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/construcao\\_projeto\\_terapeutico\\_singular\\_usuario.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf) >. Acesso em: 14 de jul. 2016.

CARVALHO, Sara. **Manual de Boas Práticas em Reinscrição** (1º Caderno)- Enquadramento Teórico. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Janeiro 2007.

COELHO, R.S; VELÔSO, T.M.G; BARROS, S.M.M. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicologia: Ciência e Profissão [on-line].** 2017; v.37, n.2. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0489.pdf>>. Acesso em 07 de maio 2017.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social. **Saúde debate [on-line].** 2012, v.36, n.95, p. 572-582. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a09v36n95.pdf> >. Acesso em: 14 julho de 2015.

COSTA, Marco Antônio F.; COSTA, Maria de Fátima Barroso. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça.** 6 ed. Petrópolis- RJ: Vozes, 2015.

DAHLBERG, L.L; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva [on-line].**2007; v.11, supl.p.1163-78. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>>. Acesso em: 01 dez.2017.

DALAI-LAMA XIV; HOWARD C. CUTLER; TRADUÇÃO Lúcia Brito; Revisão da tradução Marina Appenzeller. **A arte da Felicidade no Trabalho.** [on-line]. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books/about/A\\_arte\\_da\\_felicidade\\_no\\_trabalho.html?id=fZhODwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/A_arte_da_felicidade_no_trabalho.html?id=fZhODwAAQBAJ&redir_esc=y)>. Acesso: 09 de março de 2018.

DALLA VECCHIA, Marcelo e MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu) [online]**. 2009, v.13, n.28, p. 151-164. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf> >. Acesso em: 15 de julho de 2015.

DALMOLIN, Bernadete Maria. Inter-Relações e tensões que permeiam o circuito da atenção à saúde mental. In:\_\_\_\_\_ **Esperança Equilibrista: Cartografias de sujeito em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006. p.147-180.

DUTRA, V.F.D; BOSSATO, H.R; OLIVEIRA, R.M.P. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. **Escola Anna Nery [on-line]**. 2017; v.21, n.3. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf)>. Acesso 01 de dez. 2017.

FABRI, Janaína M.G. e LOYOLA, Cristina M. L. Desafios e Necessidades atuais da Enfermagem Psiquiátrica. **Revista de Enferm. UFPE [on-line]**. 2014, v.08, n.03. p.695-701. Disponível em:<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3504/pdf\\_4749](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3504/pdf_4749)>. Acesso em: 07 de out.2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; VAZ, Fernando, A.C.; CAMPOS, Francisco C.C de.; ÁLVARES, Juliana; AGUIAR, Raphael, A.T.; OLIVEIRA, V. de A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [on-line]**. 2008, vol.13, suppl.2, pp.2115-2122. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a16.pdf>>. Acesso em: 07 de outubro. 2016.

FRANÇA, A.C.S.L.G. A saúde mental e a subjetividade-cidadã. **Fractal Revista de Psicologia**. 2008, v. 20, n. 1, p. 129-134. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v20n1/a14v20n1.pdf>>. Acesso 01 de dez.2017.

FONSÊCA L.M. **O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS)**. Juliano Moreira. 2005. 100f. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Osvaldo Cruz, 2005.

GALEANO, Eduardo. **Las Palabras Andantes**. Montevideo, Uruguai: Ediciones Chanchito, 2013.

GERGEN, Kenneth J; GERGEN Mary. **Construcionismo Social: um convite ao diálogo**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010. 119p.

GERGEN, Kenneth J. O movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. **Interthesis**. 2010, v.6, n.1, pp.229-325. Disponível: <

<https://www.swarthmore.edu/sites/default/files/assets/documents/kenneth-gergen/Movimento.pdf> >. Acesso: 17 de maio de 2016.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am. Enfermagem**. v.9, n2. p 48-55. 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf> >. Acesso em: 16 de maio de 2015.

GONÇALVES, H.C.B; QUEIROZ, M.R; DELGADO, P.G.G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? *Fractal: Revista de Psicologia*[on-line].2017, v. 29, n. 1, p. 17-23. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v29n1/1984-0292-fractal-29-01-00017.pdf>>. Acesso em 10 dez.2017.

GUANAES-LORENZI, Carla. Construcionismo social: tensões e possibilidades de um movimento em permanente construção. In: GUANAES-LORENZI et. al. (org.). **Construcionismo Social: discurso, prática e produção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014- p. 89-104.

GUATTARI, Félix, 1930-1992. **Micropolítica: Catografias do Desejo**/ Félix Guattari, Suely Rolnik, 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GUIMARÃES, J.M.X; JORGE, M.S.B; ASSIS, M.M.A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciências e Saúde coletiva**[on-line]. v.16, n.04, p.2145-2154. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>>. Acesso em: 15 março de 2018.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma re (visão). **Ciência e Saúde coletiva**. 2009, v3, n1, p.297-305. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf> >. Acesso em: 15 de maio 2015.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2009.

KIDD J. Cultural boundary surfing in mental health nursing: A creative narration. **Contemporary Nurse** [on-line]. 2014; v.34, n.2. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2010.34.2.277>. Acesso 07 set. 2017.

KINOSHITA, RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.p. 69-74.

KONOPIK, A. Debra; CHEUG, Monit. Psychodrama as a Social Work Modality. **Soc Work**. 2013 Jan, vol.58, no.1, p.9-20. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/235626655\\_Psychodrama\\_as\\_a\\_Social\\_Work\\_Modality](https://www.researchgate.net/publication/235626655_Psychodrama_as_a_Social_Work_Modality) >. Acesso: 08 out. 2016.

LEMKE, R. A. e SILVA, R. A.N. da. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis [on-line]**. 2011, v.21, n.3, p. 979-1004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/12.pdf> >. Acesso: 15 de julho de 2015.

LIMA, M; JUCÁ, V.J.S; NUNES, M.O; OTTONI,V.E. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface (Botucatu)[on-line]**.2012 vol.16 no.41. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a11v16n41.pdf>>. Acesso em 01 dez.2017.

LORY, Salva Shanseddini; YOUSEFI, Soghra; AHMADI, Armindokht; NASERI, Rahim; TORFI, Fatemeh. Theater therapy and its integration with improvisation. **Life Science Journal**. 2012. p.3971-3978 Disponível em: < [http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life0904/592\\_13092life0904\\_3971\\_3978.pdf](http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life0904/592_13092life0904_3971_3978.pdf) >. Acesso em: 07 de ou. 2016.

LUSSI, I. A. de O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [on-line]**. 2006, v.14, n.3, p. 448-456. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf> >. Acesso em: 12 jul.2016

MACHADO, A.R.M. et. al. Potencializado um grupo de terceira idade de uma comunidade rural. **Rev. Esc. Enferm USP [on-line]** 2015, v.49, n.1, p.96-103. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0096.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0096.pdf) >. Acesso em: 12 de jun. 2016.

MACHADO, C.V; LIMA, L.D. Os desafios da atenção à Saúde em Regiões Metropolitanas. In: GIOVANELLA, Lígia et. al. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 945-978.

MAJZLANOVÁ, K. Application of psychodrama with people addicted to alcohol. **Ceska a Slovenska Psychiatrie**. 2013., v.109, n.3 p. 141-142.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C. de C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enferm.** vol.17 no. Florianópolis Oct./Dec. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf> >. Acesso em: 07 de ou.2016.

MESQUITA et al. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. **XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**, 2010. Disponível em:< [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010\\_2526.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf) >. Acesso em 12 maio de 2016.

MIELKE, F.B; KANTORKI, L.P; JARDIM, V.M.da R; OLSCHOWSKY, A; MACHADO, M.S. O cuidado em saúde mental no entendimento dos profissionais. **Ciências e Saúde Coletiva** [on-line]. 2009.v, 14, n.1.p 159-169. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a21v14n1.pdf> >. Acesso em: 12 de maio de 2016.

MIELKE, F.B; KOHLRAUCH, E; OLSCHOWSKY, A; SCHNEIDER, J.F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf. [on-line]**. 2010; v.12;n.4;p.761-5. Disponível em:<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6812/8500>>. Acesso em 01 dez.2017.

MINAYO, Maria C. Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec. 2014. 407p.

\_\_\_\_\_. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva [on-line]**. 2001, v.6, n.1, p. 07-19. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v6n1/7022.pdf> >. Acesso em: 14 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

MIRIM, Lia Yara Lima. Garimpando sentidos em base de dados. In: SPINK, Mary Jane P (org.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013.

MONSALVE, M. H. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.** [on-line] 2017; v.37, n.131. Disponível em:< <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16996/16866> >. Acesso 07 de set. 2017.

MOREIRA, L.O. e LOYOLA, C. M.D. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. **Rev. esc. enferm. USP [on-line]**. 2011, v.45, n.3, p. 692-699. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v45n3/v45n3a21.pdf> >. Acesso em: 15 de agosto de 2014.

\_\_\_\_\_ A instituição psiquiátrica e o doente Mental: a percepção de quem vivência esse cotidiano. **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery [on-line]**. v.04, n.1 Abri. 2000, p.95-100. Disponível em: < [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1169](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1169) >. Acesso em: 12 de maio de 2016.

MOSCHETA, M.S. A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: GUANAES-LORENZI, C; MOSCHETA, M.S. CORRADI-WEBSTER, C.M; SOUZA, L.V.(org). **Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014. p.23-48.

MRUS, Maria Paula. **Concepções sobre protagonismo dos usuários no cuidado em saúde: perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 2014. Trabalho de Conclusão de

Curso (Residência em Saúde da Família e Comunidade) - Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, 2014.

OLIVEIRA, R.M. P. e LOYOLA, C.M.D. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery [on-line]**. 2006, v.10, n.4, p. 645-651. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a05> >. Acesso em: 15 de julho de 2015.

OLIVEIRA R. M. P. **Por uma Clínica de Enfermagem Psiquiátrica**: o Intuir Empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra. 2005. 228f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa e FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública [on-line]**. 2006, v.22, n.5, p. 1053-1062. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf> >. Acesso em: 25 de maio de 2015.

PAIM, L. Impactos produzidos pela Pesquisa Convergente Assistencial. In: **Pesquisa Convergente Assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de Saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014. p.71-91.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2011, v.16, n.4, pp. 2067-2076. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf> >. Acesso em: 15 de julho de 2015.

PEPLAU, Hildegard E. **Interpersonal relations in nursing**: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York, NY: Springer Publishing Company. 1991.

PINHEIRO, Odette de Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane P (org.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes; Macedo, Domingos Coutinho; Rocha, Clarissa Carvalho Moura. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o Quality Rights – WHO. **Saúde debate [on-line]**. 2015, vol.39, n.106, pp.760-771. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00760.pdf> >. Acesso em: 07 out. 2016.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4ªed. São Paulo: HUCITEC, 2016.

\_\_\_\_\_ Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva [on-line]**. 2011, v.16, n.12, p. 4579-4589. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf> >. Acesso 01 maio de 2014.

PITTA, A.M.F; MACEDO, D.C; ROCHA, C.C. M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o Quality Rights – WHO. **Saúde debate [on-line]**. 2015; v.38, n.106. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00760.pdf>>. Acesso 07 de set. 2017.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm. [on-line]**. 2008. vol.61 no.3. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>>. Acesso em: 01 dez 2017.

QRS, Nvivo: **Nvivo Pro 11 for Windows 2017**. Disponível em < <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo11/11.4.0/pt-BR/NVivo11-Getting-Started-Guide-Pro-edition-Portuguese.pdf> >. Acesso 01 de dez 2017.

REIBNITZ, K.S. et.al. Pesquisa convergente-assistencial: estudo bibliométrico de dissertações e teses. **Texto contexto - enferm. [on-line]** v.21 n.3. Florianópolis July/Sept.2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a27.pdf>>. Acesso 17 de jul. 2016.

SANDUVETTE, Verônica. Sobre Como e Por Que Construir, (RE)Construir e Avaliar Projetos Terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Psicologia USP [on-line]**. v.18, n.1. p.83-100. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a05.pdf> >. Acesso em: 14 de maio de 2016.

SANTIN, G; KLAFKE, T.E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói [on-line]**. 2011; n. 34. Disponível em < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>>. Acesso: 01 de dez. 2017.

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. In: **Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Coleção espaço território e paisagem. 3ed.Rio de janeiro: Lamparina, 2007.

\_\_\_\_\_. O retorno do território. In: SANTOS, M; SOUZA, A.M. (orgs): **Territórios, globalização e Fragmentação**. 4ed.São Paulo: Hucitec/Anpur, 1998.p.15-20.

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. Salvador: **Interface - Comunic., Saúde, Educ[on-line]**.2011. p.715-726 Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop3511.pdf>>. Acesso: 13 ago.2015.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITA, Ana (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2016.p.19-26.

\_\_\_\_\_. Reabilitação Psicossocial: uma prática a espera de teoria. In: PITA, Ana ( org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2016.p.193-198.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA, 2010, 180 p.

SCHITTAR, Lucio. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, Franco. **A instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

SILVA, A. T. M. C. et al. A Propósito da Diversidade, Cultura e Saúde Mental: Novas Dimensões para a Compreensão da Loucura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**.2012. v.16, n.3, p.435-438. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/13626/7886> >. Acesso 12 de maio de 2016.

SILVA, H.H.S; SILVA, P.M.C.; AZEVEDO, E.B; ROCHA, D.C; COSTA, L.F.P; MUSSE, J.O. Intervenção de enfermagem ao paciente em crise psiquiátrica nos centros de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm [on-line]**; 2012.v.17, n.3, p.464-70. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29286/19036>>. Aceso em 01 dez. 2017.

SILVA, M.L.B; DIMENSTEIN, M.D.B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia[on-line]** 2014; v. 66, n3. Disponível em<<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/viewFile/865/875>>. Acesso 01 dez. 2017.

SPINK, Mary Jane; FREZZA Rose Mary. Práticas Discursivas e Produção de Sentido: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, Mary Jane P (org.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013.

SPINK, Mary Jane; LIMA, Helena. Rigor e visibilidade. In: SPINK, Mary Jane P (org.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2010. 72p.

SOUZA, Laura Vilela. Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In: LORENZI, Carla Guanaes et al. (org). **Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento**. Rio de Janeiro: Instituto Noos. 2014.

SOUZA, M.C.B.M. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. **Rev Latino-am Enfermagem [on-line]**; 2003 setembro-outubro; v.11; n.5; p.678-84. Disponível em < <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1818> >. Acesso 10 de março de 2018.

SUMSION. T; LENCUCHA, R. Balancing challenges and facilitating factors when implementing client-centered collaboration in a mental health setting. **British Journal of Occupational Therapy. [on-line]**.2007 vol. 70 no. 12 p. 513-520. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/233610580\\_Balancing\\_Challenges\\_and\\_Facilitating\\_Factors\\_when\\_Implementing\\_ClientCentred\\_Collaboration\\_in\\_a\\_Mental\\_Health\\_Setting](https://www.researchgate.net/publication/233610580_Balancing_Challenges_and_Facilitating_Factors_when_Implementing_ClientCentred_Collaboration_in_a_Mental_Health_Setting). Acesso 07 set. 2017.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1.p.25-59. 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf> >. Acesso em: 14 de maio de 2015.

TRENTINI, Mercedes. Tendências Paradigmáticas prevaletentes na pesquisa em saúde. In: TRENTINI, M. et. al. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. p.129-144.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva [on-line]**. 2001, v.6, n.1, p. 73-8. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2015.

VASCONCELOS, M.G.F.; JHORGE, M.S.B.; CATRIB, A.M.F.; BEZERRA, I.C.; FRANCO, T.B. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface (Botucatu)**. 2016; v.20, n. 57p.313-23. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-20-57-0313.pdf>>. Acesso em: 07 de out.2016.

ZERBETTO, S. E; EFIGÊNIO, E.B; SANTOS, N.L. N, MARTINS, S.C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [on-line]**. 2011, v.13, n.1, p.99-109. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>>. Acesso em: 12 março de 2018.

## **APÊNDICES**

UFRJ



Escola de Enfermagem Anna Nery  
(EEAN)

### **APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde**

Primeiramente, queremos agradecer a sua participação na pesquisa científica intitulada: “As ações de Enfermagem para o protagonismo do usuário na Reabilitação Psicossocial: um território em negociação”.

Esta pesquisa é uma tese de doutorado que está inserida no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelo grupo núcleo de Pesquisa Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (NUPESAM). O estudo pretende contribuir para a construção e a participação da Equipe de Enfermagem nas ações de cuidados que promovam o protagonismo dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III).

Assim, objetivamos com este estudo: Descrever a participação da equipe de Enfermagem frente as ações de cuidado que promovem o protagonismo do sujeito no CAPS III; identificar as ações da equipe de Enfermagem que impactam no protagonismo do usuário do CAPS; relacionar quais são os sentidos produzidos pela equipe de Enfermagem nas ações de Saúde que favorecem o protagonismo do sujeito.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tipo descritivo-exploratória e os dados serão coletados através de entrevistas não estruturadas, que serão gravadas em dispositivo eletrônico. Além da observação participante que será registrada em um diário de campo (Apêndice D).

É importante que, ao participar da coleta de dados, você saiba que os seguintes aspectos estarão assegurados: Sua identidade será considerada confidencial, isto é, seu nome não será

divulgado em qualquer fase do estudo. Quando houver necessidade de identificação, será utilizado nome diferente do seu. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode se negar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e sair do estudo. Sua saída ou recusa não causará nenhuma mudança em sua relação com a instituição. Os responsáveis pela realização do estudo se comprometem a zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa. Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, assim como os hábitos e costumes dos participantes. Serão assegurados aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do estudo, seja em termos de retorno social, de acesso aos procedimentos da pesquisa, das condições de acompanhamento e produção dos dados. A sua entrevista será gravada em dispositivo eletrônico, objetivando a transcrição literal de sua declaração.

O resultado da transcrição de sua entrevista será apresentado na íntegra para sua concordância ou não acerca do conteúdo. O material coletado será guardado em arquivo, físico ou digital, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos. O pesquisador compromete-se a não utilizar os dados de sua entrevista em outra pesquisa sem sua devida autorização por escrito.

A pesquisa tem respaldo ético em dois comitês de ética em pesquisa (CEP): Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ (instituição proponente) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (instituição coparticipante). O pesquisador responsável e o projeto de pesquisa são vinculados à EEAN/HESFA/UFRJ e o cenário de coleta de dados, e, também, os participantes do estudo estão vinculados a um CAPS III do Município do Rio de Janeiro, atrelados a Superintendência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (instituição coparticipante).

Lembrando que a pesquisa pretende realizar a coleta de dados em todos os CAPS III do Município do Rio de Janeiro. Os CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos—Resolução CNS 466 /12, VII.2).

O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento social da comunidade.

Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. Você poderá recorrer aos CEPs em casos de dúvidas sobre a pesquisa ou caso queira tirar dúvidas sobre seus direitos enquanto participante, uma vez que esses comitês visam garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar da pesquisa.

O CEP faz a avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Esse papel está bem estabelecido nas diversas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Resolução CNS 466/12 e complementares), diretrizes estas que ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando a salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do participante da pesquisa.

Dessa maneira e de acordo com a Resolução CNS 466/12, “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa” e cabe à instituição onde se realizam as pesquisas a constituição do CEP.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos dos CEPs e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento.

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

**Hércules Rigoni Bossato**

celular: (21) 981950204

e-mail: herculesbossato@gmail.com

> **Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ** – Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 200 E-mail: cepeeahesfa@eean.ufr.br

> **Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ** - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ - CEP: 20031-040 - Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 .

Assinatura do(a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B: ROTEIRO DE TÓPICOS NORTADORES PARA A ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Parte A: Caracterização do sujeito de pesquisa
1. Sexo: ( ) Masculino                      ( ) Feminino
2. Tempo de formação/ Instituição:
3. Tempo de atuação na saúde mental no CAPS:
4. É técnica de referência de quantos usuários:
5. Motivo de escolha pelo trabalho em saúde mental:

Parte B. Entrevista

1. O que você entende por protagonismo do usuário?
2. Quais ações de cuidado que permite o protagonismo que você observa na prática?
3. Na sua percepção quais são as dificuldades para promover o protagonismo do usuário?
4. Como você descreve suas ações no PTS do usuário?
5. Na sua percepção, o que seria um Cuidado de Enfermagem norteado pelo protagonismo?
6. Sobre o controle da medicação. Há preferência pela medicação psicotrópica oral ou injetável? Por quais motivos?
7. Os usuários participam de alguma associação/ participação social?
8. Como é feita a Assembleia de usuários no CAPS III?
9. Qual sua percepção sobre Contenção física?
10. Os usuários são alfabetizados?
11. Como são as visitas domiciliares realizadas pela equipe de Enfermagem? Como foi pra você essa experiência?
12. Como são os espaços de convívio com as redes sociais dos usuários do CAPS III?
13. Como é o acesso dos usuários aos Registros Cíveis (RG, CPF, Carta de habilitação e passaporte)?

14. Há visita em horário integral?

15. O Agente comunitário de Saúde é ativado pela equipe CAPS?

16. Como é construído o conhecimento do usuário em relação à doença mental e/ou sofrimento psíquico?

17. Qual sua percepção sobre a Internação involuntária?

18. Como você constrói a sua comunicação sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental?

19. Em palavras ou frases na sua percepção quais são os sentidos produzidos em um cuidado de Enfermagem que promove o protagonismo do usuário?

## **APÊNDICE C: CHECKLIST PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CAPS III.**

### Tópicos de Observação e das Entrevistas com a Equipe de Enfermagem

1. Controle da medicação. Há preferência pela medicação psicotrópica oral ou injetável.  
Por quais motivos?
2. Os usuários participam de alguma associação/ participação social?
3. Assembleia de usuários no CAPS III.
4. Contenção física.
5. Os usuários são alfabetizados?
6. Visitas Domiciliares realizadas pela equipe de Enfermagem.
7. Espaços de convívio com as redes sociais.
8. Como é o acesso dos usuários aos Registros Cíveis (RG, CPF, Carta de habilitação e passaporte)?
9. Há visita em horário integral?
10. O Agente comunitário de Saúde é ativado pela equipe CAPS.
11. Como é construído o conhecimento do usuário em relação à doença mental.
12. Internação involuntária.

**APÊNDICE D: REGISTRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cenário: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

<b>Horário</b>	<b>Descrição da situação</b>	<b>Tema encontrado</b>
<b>Descrição das percepções do pesquisador sobre as situações observadas</b>		

## CRONOGRAMA DA PESQUISA

Ano	2016					2017										2018									
Semestre	2º Semestre					1º Semestre					2º Semestre					1º Semestre									
Mês	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Atividades	8	9	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Reunião do Núcleo de Pesquisa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Confecção do projeto de tese	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Defesa do projeto					X																				
Correções no projeto						X																			
Envio e aprovação pelo CEP							X	X		X															
Coleta de dados												X	X	X	X										
Análise Preliminar dos dados															X	X	X	X	X						
Qualificação do Projeto																		X							
Análise final dos dados																		X	X	X	X				
Elaboração do Relatório Final																				X	X	X			
Revisão da tese																						X	X		
Defesa da tese																								X	
Elaboração de artigo científico																						X	X	X	
Disseminação do conhecimento e envio de artigo para publicação																						X	X	X	