

# Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização

Keila Barros Moreira

Centro Universitário Luterano de Palmas

**Resumo:** Buscou-se aprimorar os processos de trabalho e de cuidado de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), na perspectiva da Fenomenologia existencial e com as contribuições da Política Nacional de Humanização (PNH). Ambas propõem uma mudança na visão e formas de intervir com o homem. Acreditam na capacidade que ele tem de se refazer, respeitam sua singularidade e fomentam sua autonomia. A metodologia foi a cartografia, e a coleta de dados foi feita por meio de encontros em formato de roda com os técnicos do CAPS, objetivando construir o fluxograma e o Projeto terapêutico singular de um usuário do serviço. As contribuições desse trabalho são no sentido de aprimorar a gestão participativa e autonomia dos envolvidos, aperfeiçoando os processos de trabalho e cuidado.

**Palavras-chave:** fenomenologia existencial; saúde mental; sistema único de saúde; política nacional de humanização; fluxograma analisador.

## **Existential phenomenology and National Humanization Policy: contributions to the improvement of work processes and care**

**Abstract:** *This work sought to improve work process and mental health assistance in CAPS (Psychosocial Care Center), using an Existential Phenomenology perspective and the contributions of the National Humanization Policy (PNH). These two perspectives propose a change in the way we see intervene with the humanity. Both believe in humanity renewal capacity, respect singularity and promote humanity autonomy. The methodology used for this study was cartography, and the data collecting used sessions of talking circle with CAPS staff. The objective was build a flowchart and a singular therapeutic project to a service user. The contributions of this work intend to improve participative management and autonomy of all involved CAPS staff. This would improve the work processes and mental health assistece.*

**Keywords:** *existential phenomenology; mental health; unified health system; national humanization policy ; analyzing flowchart*

## *Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização*

### **Introdução**

Este estudo constitui um Trabalho de Conclusão do curso de Psicologia. O tema escolhido é resultado das aulas de Intervenção em crise, nas quais, ao discutir a realidade do fluxograma da Saúde Mental, surgiu a curiosidade de verificar como ocorrem as práticas de cuidado em rede dessa população, no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e demais serviços de Palmas - TO. A proposta inicial foi de abordar sobre tal cuidado, por meio de entrevistas com os apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH), e também dos gestores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, pensou-se em mapear o itinerário de um usuário da equipe do CAPS II. As análises e reflexões dessas falas e do itinerário resultariam num panorama de como se constituem tais práticas.

Após o encaminhamento da pesquisa ao Comitê de Ética<sup>1</sup> e da demora em obter uma resposta, discutimos os objetivos e traçamos um novo caminho. Focamos, então, na metodologia da Roda, com a equipe do CAPS II, e no fluxograma do usuário, prescindindo das entrevistas com os técnicos da RAPS e da PNH. Nesse percurso, fui orientada pelo professor Victor Meneses de Melo, que fez muito mais do que a instituição exigia. Além de me acompanhar desde o germe deste artigo e de estar comigo em todas as intervenções de campo, fizemos das frequentes orientações um importante momento de trocas e aprimoramento. Assim, divido com esse grande mestre o mérito de construção deste trabalho.

Humanizar o atendimento em saúde mental é o foco de pesquisas e intervenções que buscam promover uma ruptura com o velho modelo manicomial. Infelizmente, ainda temos notícias tristes a esse respeito. Um exemplo foi a reportagem exibida pelo SBT no programa Conexão Repórter, intitulada 'A casa dos esquecidos'. A equipe se infiltrou no manicômio Vera Cruz de Sorocaba – SP e registrou cenas de maus tratos, como: pacientes nus deitados no chão frio e nas grades de cama sem colchão; falta de higiene, falta de alimentação, entre muitas outras irregularidades<sup>2</sup>. Após denúncias ao Ministério Público e da repercussão dessa reportagem, a unidade transformou-se em um Polo de Desinstitucionalização. Assim, os esforços atuais são para promover a autonomia e reinserção social dos moradores/institucionalizados.

Ao fazer um panorama sobre as pessoas que sofrem de doenças mentais e sobre as diferentes formas como foram tratadas ao longo da história, percebe-se facilmente a necessidade de mudanças urgentes nesse contexto, como assinala Amarante (1995).

O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece,

---

<sup>1</sup> O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, de acordo com a Resolução NS 196/96. (Regimento interno do comitê de ética em pesquisa – CEULP/ULBRA, 2012). A pesquisa respeitou todas as exigências éticas na relação com os participantes.

<sup>2</sup> Exibida no SBT em 26 de outubro de 2012, disponível em:  
<http://www.youtube.com/watch?v=VEuB0YQn230>.

inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo (Amarante, 1995, p. 494).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social que coloca em questão o modo de cuidar dos que sofrem mentalmente e busca a efetivação da desinstitucionalização. O debate ético da atualidade aponta a necessidade de construir relações de respeito, que promovam a inclusão, o trabalho em equipe e, como consequência, a promoção de um tratamento que estimule a autonomia das pessoas mentalmente enfermas. Este é o desafio das equipes que trabalham na Saúde Mental: promover uma terapêutica cidadã e a inserção/reinserção social e familiar dos usuários. Procuramos contribuir conhecendo melhor esse cuidado em nossa realidade e esperamos despertar novas dúvidas, pesquisas e debates. Assim, procuramos responder às seguintes inquietações: como se dão as relações entre os técnicos do CAPS II nas reuniões em equipe? Como se dá o cuidado desses técnicos com o usuário? Como é construída essa relação? A gestão participativa<sup>3</sup> e a autonomia<sup>4</sup> estão sendo vivenciadas nessas relações? E como um fluxograma analisador pode contribuir para a resolução de problemas em saúde?

As relações foram abordadas sob o prisma da Fenomenologia existencial. Essa abordagem enfatiza a experiência singular do sofrimento mental e não a descrição patológica. “Neste sentido, procuramos entender à ‘psicopatologia’ enquanto um fenômeno, enquanto uma manifestação humana, representativa dos ‘modos-de-ser’ deste humano. Nesta direção, cremos que a psicopatologia transcende as relações conceituais, tornando-se um modo de apreensão do humano” (Holanda, 2001, p.31).

O autor coloca como cerne da questão o estranhamento que temos com o que nos é diferente, pois, ao mesmo tempo que nos identificamos, nos incomodamos e, nessa dicotomia, muitas vezes criamos mecanismos de enjaular e afastar de nosso convívio o diferente.

Parece-nos necessário perceber a questão do patológico a partir de uma relação afastamento/aproximação, tanto do outro quanto de si mesmo, numa relação igualmente dialética que perpassa a consideração do “mesmo”, da “similitude” daquela loucura que nos é “alheia”, para percebê-la não mais como distanciada pela “diversidade”, que tanto atrai quanto rechaça, mas como uma manifestação do humano presente em mim e no “outro” (Holanda, 2001, p.38).

Assim, abraçamos esse desafio e, no desenvolvimento desse trabalho, o tempo todo nos colocamos com o intuito de dar ênfase à aproximação e ao respeito à diversidade humana.

Para que isso ocorra, é preciso desconstruir a percepção biomédica com relação ao doente mental, superar a visão de que eles são diferentes, limitados e nocivos à

---

<sup>3</sup> Modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2010, p.60).

<sup>4</sup> Designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem (Brasil, 2010, p. 54).

## ***Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização***

sociedade e, a partir dessa ruptura, formular uma nova forma de enxergá-los, como capazes de gerir suas vidas e participarem ativamente do núcleo familiar e da comunidade, como nossos iguais. Esse olhar diferenciado pressupõe um novo jeito de promover saúde – assim, uma nova clínica se apresenta: a clínica ampliada.

Essa clínica deve ser entendida “como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde, que obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde” (Brasil, 2010, p. 55). Assim, “além de promover autonomia, busca equilibrar o combate à doença com a produção de vida” (Carvalho & Cunha, 2007, p. 846). A clínica ampliada baseia-se no conceito da interdisciplinaridade e procura integrar várias abordagens, a fim de alcançar as diversas demandas. Seus pressupostos são: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde (Brasil, 2009). Colocá-la em prática exige um movimento de aprimoramento contínuo dos processos de saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>5</sup> foi criada pelo Ministério da Saúde para organizar e gerir os serviços que atendam as demandas das pessoas que sofrem mentalmente, proporcionando a inserção/reinserção dessas pessoas na família e sociedade, substituindo a institucionalização que antes vigorava. Por ser um modelo novo, há ainda dificuldades de organizar os serviços de Saúde Mental em formato de rede. Em Palmas, a RAPS se divide em: Atenção Básica (Unidade de Saúde da Família - USF), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS II e CAPSad), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Prontos Atendimentos-PA) e Atenção Hospitalar (Hospital Geral). Esses serviços precisam se articular de forma contínua para que as demandas dos usuários sejam atendidas. A Política Nacional de Humanização (PNH) surge como importante apoiadora desse novo modelo de saúde.

A PNH foi “lançada em 2003, e busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar” (Brasil, 2012 p.1). Para esse movimento, humanização significa a “valorização dos diferentes sujeitos: usuários, trabalhadores e gestores. É norteadada pelos valores da autonomia e protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade entre eles, do estabelecimento de vínculos solidários, e da construção de redes de cooperação<sup>6</sup>,” (Brasil, 2010, p. 08). Dessa forma, assim como Santos Filho, Barros e Gomes (2009), afirmamos a PNH como um “conjunto de referenciais e instrumentos, que tem como finalidade maior estar em meio aos processos de trabalho, (...) buscando ajudar a desequilibrar seus arranjos (...) e relações instituídas, instigando novas composições e outras possibilidades no âmbito da Saúde” (Filho et al. 2009, p. 03).

Colocá-la em prática “implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades dos usuários responsabilidade de todos os envolvidos. A equipe de saúde deve discutir sobre sua prática em todos os momentos da relação com o usuário” (Simões, Rodrigues, Tavares & Rodrigues, 2007, p. 441) de

---

<sup>5</sup> Para entender melhor o funcionamento da RAPS, ler – BRASIL, Decreto N° 7.508/11, Portaria GM 3.088, de 23 de janeiro de 2011, e Frach 2012, disponíveis na bibliografia.

<sup>6</sup> Mais informações sobre a PNH, nos cadernos Humaniza SUS – 2012 e 2013 e site do Ministério da Saúde.

forma reflexiva, promovendo trocas e aperfeiçoamento de sua práxis – é a Interdisciplinaridade vivenciada no cotidiano dos serviços. E, para promovê-la, é necessário adquirir uma “atitude, postura profissional que envolve capacidade de cooperação, respeito à diversidade, abertura para o outro, vontade de colaboração, diálogo, humildade e ousadia” (Gattás & Furegato, 2006, p. 327). Essa é a postura que defendemos e vivenciamos no desenvolvimento da pesquisa.

## **Método**

A cartografia foi o método de delineamento da pesquisa. Nessa perspectiva o papel do pesquisador é de coprodutor, “uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo” (Romagnoli, 2009, p. 170). Dessa forma, o pesquisador afetará e será afetado pelas pessoas, cultura e locais com os quais tiver contato. Os dados foram construídos mediante o exercício dialógico em torno dos problemas inerentes ao caso escolhido. E os encontros foram em formato de roda (método da PNH), método criado por Campos, que tem como objetivo fazer que “os coletivos possam aprender e ampliar a capacidade de lidar com poderes, saberes e afetos, de forma mais consciente, já que se supõe que – querendo ou não, consciente ou não, com protagonismo ou com submissão, esta lida acontece” (Cunha & Campos 2010, p.38).

O movimento da Roda promove a gestão participativa, protagonismo e autonomia dos sujeitos envolvidos. Fomos mediadores das discussões acerca do caso, utilizando dois conceitos-ferramenta: o projeto terapêutico singular (dispositivo da PNH) e o fluxograma analisador. O projeto terapêutico singular – PTS exige a ampliação dos modos de ver o mundo e de avaliar os processos de adoecimento e saúde. Enfatiza a singularidade/diferença como elemento principal em sua construção, assim, demanda da equipe abertura para negociar, rever valores e percepções em prol da produção de vida (Oliveira, 2007).

Esse dispositivo deve ser utilizado nos casos mais difíceis da unidade, que exigem uma intervenção diferenciada para a formação de vínculo com o serviço. A proposta é construir um caminho que norteie a singularidade de cada encontro e, principalmente, que seja construído pela equipe de forma interdisciplinar (Cunha & Campos, 2010).

O fluxograma analisador é uma forma de conhecer com detalhe o percurso dos sujeitos e suas relações em um âmbito institucional. É o caminho do usuário representado por símbolos, promove a reflexão dos processos de trabalho e tem como objetivo, a partir das discussões oriundas de sua construção e análise, propor mudanças e alterações nas formas de gerir e cuidar, objetivando ainda despertar o poder fazer e o poder transformar dos envolvidos (Franco & Merhy, s\d).

As rodas foram registradas no diário de campo. Esse instrumento é “inspirado no trabalho dos primeiros antropólogos que, ao estudar, carregavam consigo um caderno no qual escreviam todas as observações, experiências, sentimentos etc. para posteriormente selecionar os dados mais relevantes” (Víctora, Knauth & Hassen, 2000, p. 73). Assim, durante e depois das rodas, foram feitas anotações detalhadas e, posteriormente, houve encontros de discussões para construção das análises, de forma qualitativa, por “centrar na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (Anjos, 2006, p. 4).

***Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS  
II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização***

Os procedimentos foram: a participação em quatro reuniões com a equipe do CAPS II; três visitas domiciliares ao usuário e duas visitas a USF. A escolha do usuário e os critérios de dificuldade foram determinados pelo próprio movimento do grupo. As discussões tiveram o objetivo de conhecer o caso e construir o fluxograma analisador da rede de serviços usados pelo paciente e posteriormente aprimorar o seu projeto terapêutico singular (PTS). As análises e descrição foram construídas conjuntamente e serão apresentadas em ordem cronológica.

**Descrição e análises – cartografando encontros**

Na descrição e análises, foram evidenciadas as situações que nos pareceram mais pertinentes aos objetivos do trabalho. Como propõe a própria cartografia, elas foram feitas mediante as experiências que tivemos ao emergir no campo de pesquisa, com toda a afetação das relações que formulamos.

2 de maio de 2013 – Roda com a equipe do CAPS II - Apresentamos o projeto, deixando claro que estaríamos abertos a sugestões. Eles apoiaram a proposta e externaram que a unidade tem alguns casos difíceis. Os critérios de dificuldade apontados pela equipe foram: não adesão aos serviços oferecidos pelo CAPS II, dificuldades no relacionamento da equipe com os familiares, a cronicidade e o estado que o usuário é mantido pela família, em cárcere (quarto com grades nas janelas e porta). A equipe percebeu que as discussões oriundas do fluxograma lhe trariam subsídios para lidar com outras situações parecidas. Assim, eles apresentaram três casos e juntos escolhemos um deles.

Apresentação do caso – conhecendo histórias - Trata-se de um homem de 44 anos, ao qual darei o nome fictício de Aquiles. É do interior da Bahia, o nono de 12 filhos e não frequentou a escola. Começou a ter crises agressivas por volta dos 14 anos, e desde então, nestes momentos, era mantido em cárcere. Passou a ter acompanhamento psiquiátrico apenas quando veio morar em Palmas, no final dos anos 90<sup>7</sup>. Atualmente Aquiles mora com a mãe de 81 anos, a irmã e um sobrinho de 8 anos. De acordo com os relatos da equipe do CAPS II, o usuário é mantido em cárcere em um dos quartos, local fétido, onde permanece a maior parte do tempo nu. No quarto, ele urina, defeca e dorme. Nesse ambiente mal iluminado, contém uma pequena janela no alto, uma cama e um vaso de cimento. A mãe justifica o cárcere, alegando não ter condições de cuidar/dominar o filho. O usuário não aceita os cuidados da genitora e da irmã, e só se alimenta, higieniza e sai do quarto quando o irmão Heitor (nome fictício), que mora perto com esposa e uma filha, vai até sua casa. Com o caso escolhido, ficou acordado que as discussões ocorreriam todas as quintas feiras, às 11 horas, aproveitando dia e hora da reunião de equipe.

9 de maio – Roda CAPS II - A equipe descreveu o irmão do usuário (Heitor) como intransigente e com discurso religioso; relataram também a falta de abertura da mãe de Aquiles, pois ela teria sido orientada por Heitor a não dar nenhuma informação na sua ausência. Enfatizamos que mesmo com todas as dificuldades, o PTS precisava ser discutido e reestruturado, para alcançarmos o objetivo proposto.

---

<sup>7</sup> Relato da mãe, de 28/05/13.

14 e 21 de maio – Construção do fluxograma – Informações retiradas do prontuário de Aquiles - Tentamos exercer a redução fenomenológica, suspendendo crenças e valores, para perceber a essência desse percurso. E foram muitas sensações: tristeza, inclusão, abandono, autonomia, descaso, sentimento de impotência, frustração, esperança, força, novas possibilidades, entre outros. O usuário é acompanhado pelo CAPS II há 12 anos. Foi encaminhado pela APAE em maio de 2001, diagnosticado como portador de retardo mental e sintomas psicóticos. Esperou 21 dias para começar a participar das atividades em grupo e 81 dias para a primeira consulta médica. Essa espera indica um alto número de usuários (quase trezentos) para uma equipe reduzida de profissionais. Desde sua entrada até início de 2010, os relatos que prevaleceram foram de participação nas atividades, com momentos de aparente apatia e desinteresse. O PTS foi elaborado pela terapeuta ocupacional em 2001, quando o usuário entrou no serviço, e novamente em 2010. Nos dois momentos, as atividades oferecidas foram similares, de acordo com o que era disponibilizado na unidade, o que, por vezes, poderia não despertar o interesse de Aquiles. Não houve a participação do usuário nessa construção, não condizendo com o que se espera da formulação do PTS: escuta, negociação, reconhecimento e aceitação da singularidade, empatia, acolhimento.

O vínculo foi evidenciado quando o usuário era acompanhado por até 10 encontros pelo mesmo psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, o que coincidia com a evolução do paciente, quando participava das atividades ofertadas. Nessas ocasiões, houve relatos de: “conseguir se expressar, cooperar, participar de passeios, compreender as instruções”, chegando a escrever seu nome e a perguntar o das pessoas a sua volta. Ao enfatizar a relação dialógica, ocorre maior segurança entre os envolvidos, facilita o vínculo e traz segurança e continuidade. Talvez tenha sido o que ocorreu.

Com relação a ajudar na limpeza e organização do CAPS II, foi algo que o usuário manteve mesmo quando não participava dos grupos, e desenvolvia com aparente satisfação, “estava motivado limpando o pátio”, “recolhia os colchões cantarolando”. Em nossos encontros, ficou muito clara essa característica, talvez fizesse como um pedido de socorro para a forma que era mantido em casa, ou mesmo por gostar de sentir-se útil e de contribuir com a organização do ambiente. Fato é que foi uma forma de ele se vincular ao serviço, e que, ao que parece, não foi utilizada como estratégia de mantê-lo junto ao CAPS II, pois nos relatos não é descrito como atividade – ‘ajudou na limpeza, mas não participou das atividades’. Esse fato pode ser um indício de como a técnica nos afasta de nossas reais vivências e nos aproxima da falta de sentido no mundo, decorrente da automatização de nossas práticas, quando deixamos de vivenciar a magia do encontro. Como não notar a intensidade da relação que Aquiles fazia com a limpeza? Como não fazer dessa ponte o seu PTS? Tão singular, como deveria ser.

O primeiro episódio de agressividade aconteceu em janeiro de 2010 e, após esse, teve outros surtos graves (janeiro e maio 2010, janeiro, fevereiro, abril e novembro de 2011), quebrando objetos e agredindo outros pacientes e funcionários da unidade, fato que coincide com um período de distanciamento entre Aquiles e CAPS II. Mesmo prevalecendo o comportamento colaborativo, seus momentos de agressividade são mais lembrados, enfatizando o estranhamento e afastamento.

A Integralidade entre os serviços não ocorreu de forma efetiva: o usuário foi internado algumas vezes no Hospital Geral e foi encaminhado para consultas na USF e PA, mas não há indícios de troca de informações para dar continuidade ao seu

***Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS  
II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização***

tratamento. Mesmo com o surgimento de lesões ulcerosas no pênis do usuário (abril 2009), com ocorrência de dores abdominais e vômitos acompanhados de estado febril e crises convulsivas (dezembro 2002, março, abril e maio 2009) e quadro de desnutrição e magreza excessiva (janeiro de 2007, maio 2009, novembro 2012), a rede/relação entre os serviços não aconteceu. É mencionada uma única comunicação entre CAPS II e USF em 11/2012, por telefone.

Em fevereiro de 2012, a irmã entra em contato com a equipe para informar que Aquiles não vai mais frequentar a unidade diariamente. Desde então, a família só vai ao CAPS II para pegar medicação e o usuário vai apenas para consultas médica. O desafio atual da equipe é fazer que Aquiles e sua família voltem a utilizar o serviço e tenham um cuidado adequado.

16 de maio – Intensidades - Primeira visita domiciliar. Ele estava lá, nu, naquele lugar que já havia sido descrito com detalhes, exatamente como narraram. No início, ficamos com receio de sermos agredidos e mantivemos certa distância, ao mesmo tempo que nos aproximamos – Aqui vivenciamos a luta entre estranhamento e aproximação, para que este último prevalecesse. Estabelecemos diálogo e, por meio de mímicas e palavras soltas, ele se fez compreender. Mostrou-nos o quarto (apontando), o teto, as paredes, a janela, o vaso e a cama de concreto, dizendo as palavras: “triste, sujo, ruim”, e fazendo gestos de choro. Visualizamos um caroço na região do pênis, o que pode ser o mesmo relatado pela equipe do CAPS II em 2009. O incômodo foi grande, e o primeiro sentimento foi de impotência.

Após acalmar os corações e de discutirmos o caso, vislumbramos algumas estratégias. Primeiro, a necessidade de fomentar parceria com a USF, e buscar saber: como está sendo feito o acompanhamento dessa família? Foram feitos exames e encaminhamentos? Quando? Como? Não foi possível buscar os dados naquele mesmo dia por ser necessária a autorização da Secretaria de Saúde. Tivemos que buscar essa permissão no Órgão. Esse fato pode ser indício do excesso de formalidades e da dificuldade de articulação da rede.

23 de maio – Roda CAPS II - Após a descrição da primeira visita, a equipe enfatizou novamente as possíveis dificuldades de relacionamento com Heitor, e nós sugerimos que fôssemos desarmados e compreensivos em relação à realidade vivenciada pela família. Dessa forma, foi marcada uma nova visita com Heitor. A equipe informou que haveria uma mudança no cenário: por causa do aviso prévio, o usuário estaria higienizado, com quarto limpo e incluído no convívio familiar.

28 de maio – Segunda visita domiciliar – Houve de fato a mudança de cenário. Fomos cordialmente recebidos e Heitor e sua mãe narraram um pouco da história familiar. Aquiles estava comunicativo, interagiu e teve bom comportamento, sem gritos, agressividade e agitação (o que relatam que ocorria em encontros anteriores). Sentimo-nos seguros e não tivemos medo, e a aproximação prevaleceu, ao invés do estranhamento.

28 de maio, formulando rede, Primeira visita a USF- A USF fica a duas ruas da casa da família. Apresentarmos a autorização da Secretaria e formulamos uma roda com a gerente e a médica da unidade. A conversa começou com a tentativa de explicar o inexplicável: a falta de comunicação entre o CAPS II e a USF. Depois das justificativas e esclarecimentos sobre as atribuições de cada unidade, a médica relatou que estava acompanhando o caso há um ano e meio e que, nas primeiras visitas, a genitora



queixava-se muito de suas dificuldades nos cuidados com Aquiles. Depois, a mãe passou a não falar nada durante as visitas, e não deixava a equipe examinar Aquiles sem a presença do irmão. A equipe não entrava em contato com Heitor para avisá-lo sobre as visitas, alegando que não é seu papel, e, nesse impasse, Aquiles deixou de ter a assistência médica adequada.

Uma ressalva sobre o fato de Heitor ter assumido essa comunicação entre serviços de saúde e sua família. Ele descreve um episódio, em que uma equipe de saúde em visita domiciliar foi muito dura em suas declarações, dizendo do descompromisso e desamor em manter um filho nessas condições. A mãe ficou abalada e, por isso, Heitor assumiu esse diálogo, no qual já se coloca na defensiva pelo fato ocorrido.

Ao olhar o prontuário de Aquiles, visualizamos as lacunas existentes nele. Constavam duas visitas no primeiro semestre de 2009, e reiniciava em janeiro de 2012, com seis relatos posteriores, sendo o último de novembro de 2012. Como explicar a falta de acompanhamento de Aquiles pela USF? A unidade alega que não visita com mais frequência porque as visitas precisam ser solicitadas por um membro da família. Porém, o que o Ministério da Saúde preconiza é que a equipe da USF faça visitas regulares aos pacientes portadores de doenças crônicas, idosos etc. Esse acompanhamento deve ser regular e de acordo com as necessidades de cada caso.

Formulação do PTS - Sugerimos que as visitas da USF fossem agendadas com o irmão por telefone, e também que o CAPS II e USF fizessem visitas agendadas a cada 30 dias, de forma intercalada. Dessa forma, as visitas a Aquiles aconteceriam de 15 em 15 dias. No final de três visitas de cada unidade, haveria uma roda entre os serviços para atualização de informações, trocas e a elaboração de novas estratégias de intervenção; e que inserissem a família nessa discussão. Essa articulação seria a vivência da interdisciplinaridade entre esses técnicos, pois, juntos, teriam mais respaldo e efetividade nas suas ações. Recomendamos, ainda, que o usuário voltasse a frequentar o CAPS II, pelo menos uma vez por semana.

6 de junho – Roda no CAPS II - Refletimos sobre as limitações e dificuldades de Heitor e de sua mãe, para os cuidados, com Aquiles e, posteriormente, percebemos uma maior disposição da equipe em colaborar com o PTS. A assistente social sugeriu que Aquiles ajudasse na organização do CAPS II, como algo terapêutico, pois percebeu que era algo que ele gostava de fazer. Enfatizamos esse aspecto e apresentamos o PTS. Alguns ficaram receosos, apontando as dificuldades com a falta de higiene e agressividade do usuário. Discutimos sobre a necessidade de mudança dessa perspectiva e de construir/reconstruir uma nova forma de enxergá-lo. Heitor já havia mostrado disposição em estar com o irmão no retorno dele ao CAPS II, então sugerimos que ele poderia ajudar nessa readaptação. A equipe, novamente, enfatizou as dificuldades de ter Heitor na unidade por muito tempo, pois suas características poderiam tumultuar os usuários. Enfim, após algumas ponderações quanto ao dia mais apropriado, a equipe concordou com o PTS.

11 de junho – visita à USF- Apresentamos o PTS, e eles contestaram dizendo não haver justificativa para visitas tão frequentes. Enfatizamos a necessidade de resgatar o vínculo e comunicação entre eles, e que as visitas iriam auxiliar na manutenção da higienização e cuidados a Aquiles. Além disso, argumentamos que as visitas poderiam ser feitas pela agente comunitária, enfermeira e não só pela médica. Depois de muitos argumentos, fechamos algumas datas para as visitas, intercaladas com as datas sugeridas

## ***Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização***

pelo CAPS II, sujeitas a alterações posteriores se fosse necessário. Essas possíveis mudanças nos deixaram inseguros, pois, ao mesmo tempo que os dois serviços concordavam, abriam espaço para modificações. Mesmo com essa ressalva, definimos seis visitas intercaladas entre equipes do CAPS II e USF e, no final, esperamos que ocorra uma discussão para avaliar as intervenções e criar novas estratégias.

11 de junho – Visita domiciliar - A mãe relatou a melhora de Aquiles, que já estava ficando vestido e se relacionando melhor com a família; há três dias não jogava fezes nas paredes do quarto. A aproximação dos serviços de saúde despertou na família um movimento para melhorar as condições de vida de Aquiles. Esse fato nos diz o quanto é necessária a contribuição de pessoas/serviços ‘de fora’, para que os familiares coloquem em frequente análise as formas de cuidado. Quando nos acostumamos com os fatos, deixamos de refletir sobre eles, o que dificulta a promoção de mudanças.

Percebemos também que o discurso de Heitor é de fato religioso, talvez pelas dores e sofrimentos já vividos, talvez a crença em Deus lhes dê a força necessária para, dia após dia, encarar os desafios de sua existência. Uma estratégia poderia ser a de reconhecer o valor dessa crença para esses sujeitos e não criticá-la, como parece estar acontecendo.

As relações entre os técnicos nas rodas se deu com momentos de empolgação e comprometimento de alguns e aparente apatia e desinteresse de outros, talvez porque não estavam diretamente ligados ao caso. A gestão participativa foi mais evidente nos técnicos diretamente envolvidos com Aquiles, que se comprometeram e atuaram de forma dinâmica. Porém, percebeu-se que, na presença da médica – participou de uma roda –, o grupo expunha seus comentários e esperava o parecer da médica, o que pode indicar uma soberania do saber médico ou uma passividade da equipe diante desse saber. De qualquer forma, essa postura inviabiliza a gestão participativa. Quanto ao cuidado dos técnicos com o usuário, existe a vontade de fazê-lo por parte da equipe, como Heitor confirma em seu discurso, porém, a falta de carro, combustível, materiais, profissionais etc. inviabiliza um cuidado contínuo.

A autonomia pode ser prejudicada quando os acordos/tarefas programados (como o PTS) não forem firmados, ou seja, antes de o fato ocorrer, já existe uma justificativa de possíveis adiamentos. Dessa forma, o grupo perde a capacidade de construir regras eficientes de funcionamento para si e para o coletivo. Aquiles e Heitor não são incluídos pela equipe como sujeitos autônomos e protagonistas do coletivo de que participam (CAPS), e isso afeta o desenvolvimento da corresponsabilidade neles, pela produção de vida no cuidado com Aquiles. Percebemos, também, a importância do fluxograma analisador, que mostra um panorama dos sucessos e insucessos das intervenções, o que baseará práticas posteriores.

A RAPS – REDE teve dificuldades em suas articulações, pelo menos no caso em questão, o que evidencia a necessidade de mais pesquisas que ajudem na efetivação prática dessa teia de sujeitos e saberes.

### **Considerações finais**

É difícil finalizar acerca da construção de um PTS que ainda não se encerrou. Porém, nas discussões, já se dispôs de uma série de conclusões que foram obtidas mediante as reflexões do próprio movimento da roda, das visitas domiciliares e a USF.

Nas reuniões, notamos a dificuldade da equipe em se organizar no formato de roda e de trabalhar de forma Interdisciplinar. O protagonismo e gestão participativa ficaram afetados, pois, ao não utilizarem esse espaço democrático de maneira efetiva, tomando decisões e dando continuidade a elas, não se estabelece um trabalho resolutivo.

Percebemos a força do fluxograma analisador e da roda como dispositivos de transformação. Tais dispositivos congregaram os esforços para a resolução dos problemas em volta do caso de Aquiles. Como já havíamos previsto, trabalhar nesse formato pressupõe uma postura de colaboração dos técnicos, para contribuir e ouvir, para ceder e agregar novos conhecimentos, e, ao mesmo tempo, exige um esforço coletivo de revisão dos processos de trabalho e cuidado. A PNH tem muito a contribuir, pois promove constantes reflexões na promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e coletivos e aumenta o grau de corresponsabilidade na produção de saúde.

A aproximação dos serviços despertou na família reflexão e aprimoramento no cuidado com Aquiles, assim, a desinstitucionalização deve ser efetivada não só nas instituições, mas também nas famílias, onde se deve promover a aproximação em detrimento do estranhamento. Afinal, quantos Aquiles espalhados pelo país estão ansiando por liberdade, ressocialização, uma terapêutica cidadã, um cuidado efetivo? A percepção de que há muitos evidencia a necessidade de mais pesquisas, rodas e discussões nessa área, para concretizarmos de fato a mudança nas formas de enxergar e cuidar dos que sofrem mentalmente. Difundir o tema facilitará esse processo de transição do modelo anterior para uma rede de serviços/pessoas que promovam a desinstitucionalização nos serviços como o manicômio Vera Cruz, nos usuários/familiares e sociedade. Concluimos que, apesar do atraso do Comitê de Ética e mudanças de objetivos, houve a construção de um interessante caminho. Houve fatores que exigiram a criação de novas estratégias, características do próprio método cartográfico, e, como ele propõe, foi um trabalho construído a partir da imersão no campo, das relações que foram formuladas e das trocas promovidas. E, ao final dos encontros, houve uma abertura maior das equipes para lidar com o caso considerado muito difícil. Esperamos que a gestão participativa seja vivenciada na continuidade da prática desse PTS, e que ele possa ser fomento de autonomia dos sujeitos envolvidos.

## **Bibliografia**

- Anjos, G. C. B. (2006). Pesquisa qualitativa em estudos sobre Terceiro Setor: uma análise nos artigos apresentados no Semead. SEGeT – *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, 4. Acesso em 04/09/2012 do [http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos07/1288\\_1288\\_Pesquisa%20qualitativa\\_final.pdf](http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos07/1288_1288_Pesquisa%20qualitativa_final.pdf).
- Amarante, P. (1995). *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica*. Acesso em 03/09/2012 do <http://www.uff.br/saudemental/RP3.pdf>.
- Brasil. *Portaria GM 3.088, de 23 de Janeiro de 2011*, Republicada em 30/12/11. Dispõe sobre o funcionamento da Rede de Atenção psicossocial. Acessado em: 11/10/2012 do <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>.
- Brasil, *Portaria N° 224/MS, de 29 de janeiro de 1992*. Dispõe sobre atendimento ao

***Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS  
II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização***

- Doentes mentais. Acesso em 10/10/2012 do <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%>.
- Brasil. Humaniza SUS. Brasília – DF. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS 4ª edição*, 2010.
- Brasil, *Ministério da Saúde*, Portal da saúde, 2012. Acesso em 07/09/2012 do <http://portal.saude.gov.br>.
- Brasil, *Ministério da Saúde*, Clínica Ampliada e compartilhada, 2009. Acesso em 10/10/2012, do [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf).
- Carvalho S. R & Cunha G. T. (2007). A gestão da atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. *Tratado de saúde Coletiva* \ Gestão Wagner de S. et al. Acesso em 10/10/2012 do <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>.
- Cunha G. T. & Campos G. W. de S. (2010). *Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho*. Acesso em 10/10/2012 do <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>.
- Flach P. M. V. (s/d). *Rede de Atenção Psicossocial*. PDF. Acesso em 20/11/2012, do <https://twiki.ufba.br/twiki/pub>.
- Franco T. B.; Merhy E. E. (s/d). *O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da UNICAMP (Campinas-SP)*. Acesso em 07/10/2012 do <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-13.pdf>.
- Gattás M. L. B & Furegato A. R. F. (2006). *Interdisciplinaridade: uma contextualização*. Acesso em 19/08/2012 do [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300011&script=sci_arttext).
- Holanda, A. (2001). *Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia*. Acesso em 19/08/2012 do <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a05.pdf>.
- Oliveira G. N. (2007). *O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. Acesso em 07/10/2012 do [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto\\_terapeutico\\_singular.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto_terapeutico_singular.pdf).
- Romagnoli, R. C. (2009). *A cartografia e a relação pesquisa e vida*. Acesso em 05/09/2012 do <http://www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3>.
- Santos Filho S. B.; Barros, M. E. B. de & Gomes, R. da S. (2009). *A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde*. Acesso em 10/03/2013 do

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012)

Simões, A. L. de A.; Rodrigues, F. R.; Tavares, D. M. dos S. & Rodrigues, L. R. (2007). *Humanização na saúde: enfoque na atenção primária*. Acesso em 05/09/2012 do [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300009&script=sci_arttext).

Víctora, C. G.; Knauth, D. R. & Hassen, M. de N. A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Acesso em 10/09/2012 do [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000173&pid=S0102-7182201100030001200033&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000173&pid=S0102-7182201100030001200033&lng=pt).

*Recebido: 07 de setembro de 2014.*

*Aprovado: 12 de dezembro de 2014.*