

Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil

I¹ Daiana de Jesus Moreira, ² Maria Lucia Magalhães Bosi I

Resumo: Este artigo objetiva compreender, com base nas experiências de usuários, como se revela a qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de pesquisa qualitativa crítico-interpretativa, desenvolvida por meio de análise de prontuários, observação sistemática e entrevistas narrativas com usuários (e seus familiares) em três serviços da RAPS de Fortaleza-CE. Os resultados apontaram a humanização e a integralidade enquanto dimensões da qualidade do cuidado, em seus aspectos formais, a centralidade dos psicofármacos, a ambiência e os aspectos relacionais nos modos de cuidar. Conclui-se que somente uma rede pautada pela qualidade do cuidado é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com sofrimento psíquico.

► **Palavras-chave:** qualidade do cuidado; acesso; avaliação; cuidado humanizado; cuidado integral.

¹ Universidade Federal do Ceará, Saúde Comunitária. Fortaleza-CE, Brasil (daianadjm@hotmail.com).
ORCID: 0000-0002-0202-3287.

² Universidade Federal do Ceará, Saúde Comunitária. Fortaleza-CE, Brasil (malubosi@ufc.br).
ORCID: 0000-0001-9742-9230.

Recebido em: 13/04/2018
Revisado em: 28/01/2019
Aprovado em: 15/02/2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290205>

Introdução

Este artigo tem por objetivo compreender, com base nas experiências de usuários, como e em que medida nas práticas implementadas pela Rede de Atenção Psicossocial, em um município de grande porte do Nordeste do Brasil (Fortaleza, Ceará), revela-se a qualidade do cuidado, nas dimensões integralidade e humanização, sob a perspectiva da avaliação qualitativa de serviços e programas de saúde. A escolha deste tema justifica-se nos níveis social, institucional e científico (CAMPOS, 2015).

Estima-se que, em termos mundiais, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, esse número crescerá progressivamente, gerando um custo substancial, não apenas econômico, mas em sofrimento humano e incapacidades. Segundo estimativas, uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre um transtorno mental ou comportamental (OMS, 2001, 2003, 2008).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, ou seja, são diagnosticados com transtornos mentais severos persistentes; 10 a 15% precisam de atendimento eventual para transtornos leves e moderados ou comuns; e 80% apresentam algum sofrimento psíquico com tendência à remissão espontânea (BRASIL, 2003).

Em Fortaleza, a taxa média de hospitalizações dos anos 2000 a 2010 para transtornos mentais ocupa o 6º e 9º lugares, respectivamente, entre as principais causas de hospitalizações (FORTALEZA, 2011). O número de internações compulsórias mais que triplicou: passou de 24 pacientes em 2006, para 74, em 2012. Nesse mesmo período, o número de internações involuntárias duplicou: passou de 601 para 1.145.

Do ponto de vista institucional, em 2011, o SUS passou a operar sob a lógica de Redes de Atenção à Saúde, e pelos dados impressionantes aqui mencionados como ilustração dessa problemática, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como uma das redes prioritárias (BRASIL, 2012). Contudo, a construção de redes de atenção para os usuários com sofrimento psíquico não é tarefa simples; implica uma complexa trama tecida entre diferentes serviços e estratégias de saúde. A qualidade do cuidado para a constituição dessa modalidade de rede é fundamental para a ampliação e qualificação do acesso e do atendimento a essa população (TEDESCO; SOUZA, 2009).

No plano da produção do conhecimento, constatamos lacunas no que concerne à literatura científica sobre esses dispositivos e sobre a temática aqui focalizada, em especial, em uma abordagem em rede, nos planos regional, nacional e internacional. Corroborando essa assertiva, no levantamento realizado em distintas bases bibliográficas, como parte deste estudo, examinando-as com os descritores *saúde mental, pesquisa qualitativa, integralidade, humanização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde*, de maneira isolada, localizamos centenas e, em certas combinações, milhares de artigos, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e PEPISIC. Entretanto, ao cruzarmos os descritores entre si, verificamos que há poucos artigos de saúde mental que se orientam pelo enfoque qualitativo na avaliação da qualidade do cuidado nas dimensões integralidade e humanização, constatando-se clara hegemonia de pesquisas avaliativas com métodos quantitativos. Acrescente-se a importância de estudos que subsidiem o avanço do conhecimento sobre modelos avaliativos qualitativos, rigorosamente fundamentados de modo a amparar a consolidação das redes de atenção, em particular no âmbito da saúde mental.

O projeto social do SUS de ampliação dos serviços suscitou questionamentos sobre a qualidade dos serviços prestados e convocou a avaliação como instrumento na busca de respostas (NOVAES, 2000), tornando-se uma estratégia central para verificar alguns aspectos de qualidade desejáveis nos serviços de saúde, como: a efetividade, a eficácia, a eficiência, a equidade, a qualidade técnico-científica, a acessibilidade, a adequação e a aceitação dos programas (VUORI, 1991).

O enfoque na dimensão subjetiva da qualidade caracteriza o que se denomina avaliação qualitativa em saúde – sejam sistemas, programas ou serviços (BOSI; UCHIMURA, 2007). Nesse enfoque, o objetivo é compreender significados que os atores implicados na produção do cuidado atribuem às dimensões de um programa ou serviço e como se realizam no cotidiano as ações, mediante discursos ou concepções sobre tais ações (DESLANDES; GOMES, 2004).

Qualidade do cuidado e sua multidimensionalidade

Na área da saúde mental, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações, pois as demandas existentes nos serviços e programas de saúde mental, como já aludido, vêm se tornando cada vez mais complexas. A reorientação da assistência avançou de um modelo hospitalocêntrico

para um modelo de atenção extra-hospitalar, fazendo emergir um novo cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares. Sua implantação vem acontecendo gradualmente, considerando-se as perspectivas da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, do movimento de Reabilitação Psicossocial e da desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico.

Este arcabouço de mudanças nos planos conceitual e das práticas tem criado novas concepções e formas de cuidar em saúde mental, implicando a estruturação de uma rede de serviços e cuidados envolvendo usuários, familiares, trabalhadores, gestores e comunidade. Nesse contexto, considerando a multidimensionalidade inerente a esse cuidado, elegemos, neste estudo, a integralidade e a humanização enquanto dimensões que desvelam a qualidade do cuidado, em sua dimensão qualitativa, relacional.

O termo “integralidade” inspirou lutas do Movimento Sanitarista na década de 1980 e constitui hoje princípio doutrinário e diretriz do SUS.¹ Entretanto, apesar dos avanços inegáveis na construção do SUS no Brasil, a integralidade ainda não se concretizou plenamente no cotidiano dos serviços de saúde, persistindo como um desafio, notadamente no que concerne à saúde mental. Tal dimensão se caracteriza pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais para aumentar o seu nível de resolutividade e capacidade de atendimento às demandas específicas, compreendendo que o homem é um ser integral e deve ser atendido por um sistema integrado (BRASIL, 2000).

Para uma compreensão mais ampla da integralidade, Mattos (2009) propôs três conjuntos de sentidos que incluem atitudes dos profissionais de saúde: o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta; modos de organizar os serviços de saúde; e o plano das políticas de saúde.

Hartz e Contandriopoulos (2004) situam a integralidade como eixo importante na avaliação dos serviços e programas de saúde. Visualizamos uma interconexão intrínseca da integralidade com o conceito de humanização (BOSI; UCHIMURA, 2006), visto que, para a consecução do princípio da integralidade, faz-se necessário a humanização dos serviços prestados e das ações realizadas na esfera do SUS. Atualmente, sob vários olhares, a humanização pode ser compreendida como: princípio de conduta de base humanista e ética; movimento contra a violência institucional na área da Saúde; política pública para a atenção e gestão no SUS;

metodologia auxiliar para a gestão participativa; e tecnologia do cuidado na assistência à saúde (RIOS, 2009).

No campo da saúde mental, o termo “humanização” oferece dois sentidos que se complementam. O primeiro refere-se à humanização como a eliminação da violência decorrente dos maus-tratos sofridos por pacientes internados em hospitais psiquiátricos e manicômios. Este conceito anda paralelo à batalha pelos direitos humanos, à luta antimanicomial e às ideias iniciais da Reforma Psiquiátrica. O segundo sentido relaciona-se à capacidade de oferecer um atendimento de qualidade articulado com as tecnologias comunicacionais e relacionais.

Merhy (2006, p. 10) aponta algumas características para haver um cuidado integral e humanizado que, dentre outros aspectos, inclui “Relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o seu modo de representar e construir necessidades de saúde”, perpassando acolhimento, vínculos, responsabilizações dos atores implicados no cuidado; cidadania; interdisciplinaridade e defesa da vida, dentre outros.

Rede de Atenção Psicossocial

A preocupação com a melhoria da articulação entre os serviços, tornando-os capazes de responder de forma mais inteligente e eficiente às condições agudas e crônicas, gerou a portaria 4.279 do Ministério da Saúde, que define e estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no Brasil (RASs) (BRASIL, 2010).

O atributo principal das RASs é a busca pela integralidade do cuidado através da eficiente integração dos serviços, o que geraria consequências positivas para a gestão do cuidado, o financiamento, a alocação dos profissionais e a divisão de responsabilidades (MENDES, 2011).

Inserida na lógica das RASs, a saúde mental seria uma rede temática (RT), incluindo serviços de nível secundário e terciário, com a regulação através da atenção primária, pela qual estariam submetidas também as outras RT. Além disso, a “RT saúde mental” manteria contato com outras redes temáticas através de diversos sistemas logísticos (transporte em saúde, prontuário clínico comum etc.) e sistemas de apoio (apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, sistemas de informação). Posteriormente, houve o reconhecimento legal da Rede de Atenção Psicossocial por meio da Portaria 3.088 do Ministério da Saúde. A proposta fundamenta-se na

criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011). Essa rede teria como objetivos: facilitar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial; promover a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção coexistentes na rede.

Delineamento metodológico

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

Selecionamos como campo ou cenário do estudo três dispositivos da RAPS: o CAPS Geral (do tipo II); leitos psiquiátricos em hospital geral (HUWC); e um hospital psiquiátrico (HSMM), único hospital psiquiátrico público estadual e central reguladora de leitos psiquiátricos da rede de saúde nesse município. Neste dispositivo, acessamos os participantes das unidades de internação feminina, Hospital-Dia para pacientes psicóticos e o Serviço de Pronto Atendimento. Os participantes da pesquisa são usuários (e /ou seus familiares) dos dispositivos mencionados. Seguindo Turato (2005), trata-se de uma amostra intencional, haja vista termos escolhido deliberadamente os segmentos entrevistados e ambientes estudados, consoante o acúmulo ante as questões da pesquisa, em contraposição à amostragem estatística, orientada por probabilidades e, portanto, não congruente, em termos epistemológicos com estudos compreensivos.

No que tange aos usuários entrevistados do HUWC: a maioria é do sexo feminino com idades variando de 22 anos a 70 anos; com distintos diagnósticos; a maioria possui renda mensal igual a um salário mínimo; todos já foram internados em hospitais psiquiátricos, além de outros tratamentos. Quanto aos entrevistados do HSMM, sete são do sexo feminino e cinco do sexo masculino; média de 35 anos de idade; a maioria desempregada; os diagnósticos foram psicose puerperal, transtorno bipolar e esquizofrenia; a maioria já foi internada outras vezes em hospitais psiquiátricos. Apenas uma usuária entrevistada estava no serviço pela primeira vez.

No que se refere aos entrevistados usuários do CAPS, cinco são do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idades variando de 21 anos a 65 anos. Os diagnósticos mais frequentes são: transtorno bipolar, depressão e esquizofrenia. Apenas três não haviam sido ainda internados em hospitais psiquiátricos.

Para obtenção das informações, valemo-nos dos prontuários dos usuários, entrevistas e observação sistemática, buscando realizar uma pesquisa por triangulação metodológica, para captar tanto as dimensões estruturais como as dimensões relacionadas à produção subjetiva dos atores envolvidos (BOSI; MERCADO, 2007, p. 49). Quanto ao fechamento amostral, adotamos o critério de saturação teórica (FONTANELLA; MAGDALENO JÚNIOR, 2012).

O material empírico (discursivo) registrado em áudio foi transcrito pelos próprios pesquisadores e submetido às leituras transversal e horizontal, de maneira a, na perspectiva crítico-interpretativa da hermenêutica filosófica de Gadamer adotada (GADAMER, 2008), permitir a apreensão do sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da *rede de significados*, construto elaborado pelos pesquisadores, com base nos temas e dimensões emergentes no material discursivo.

Compreender, nessa perspectiva, é um ato interpretativo que implica coprodução de um sentido original, incorporando dialeticamente o texto “nativo”, pois o sentido de um texto não se exaure no dito pelos usuários. Ao nos referirmos a um ato interpretativo, que é também “crítico”, ambicionamos compreender os sentidos das experiências dos usuários repondo a subjetividade na concretude da existência, a que a produção simbólica se vincula, desvelando “fontes de compreensão que tornam patentes relações de sentido insuspeitadas” (GADAMER, 2008, p. 446). A realização desta pesquisa obedeceu à resolução nº 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016), atendendo todas as exigências éticas e científicas preconizadas, bem como a livre e esclarecida anuência dos participantes e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) designado.

Resultados e Discussão

De modo a facilitar a exibição dos resultados, as instituições pesquisadas e os usuários aparecem em termos de códigos. Os usuários do HUWC são chamados,

respectivamente, por HUWC1, HUWC2, RT3, HUWC4 e HUWC5. Os usuários do HSMM são nomeados por HSMM 1, HSMM 2, e assim por diante, até o HSMM12. Os usuários do CAPS receberam os códigos CAPS1, CAPS2, progressivamente, até o CAPS10.

O tema “Qualidade do cuidado” consiste na apresentação dos principais aspectos relacionados ao cuidado recebido, divididos nas subcategorias humanização e integralidade enquanto dimensões que o desvelam, em seus aspectos formais, como o uso dos psicofármacos e a estrutura física, e qualitativos, relacionais, presentes nas práticas dos profissionais e modos de cuidar.

A prescrição do medicamento adequado foi lembrada por usuários dos três serviços como um aspecto importante da qualidade do cuidado, uma vez que os efeitos colaterais dos psicofármacos afetavam drasticamente o cotidiano dos usuários.

Às vezes eu sentia um mal-estar por conta do remédio, mas mesmo assim eu tomava. Teve um dia em que eu tomei o remédio, saí e o remédio fez efeito logo e eu fiquei me vendo na rua, ainda cá [...] por conta do remédio, porque eu não me sentia bem quando eu tomava [...]. Eu tomava dois e agora estou só em um (CAPS8).

Fico muito com a boca seca por causa do remédio, muito seca (HSMM4).

Como grande parte das medicações alotrópicas, os psicofármacos têm efeitos positivos e negativos no organismo. Do mesmo modo que amenizam os sintomas e previnem novas crises, desencadeiam reações adversas, como: dor de cabeça, tonturas, náuseas, queimação no estômago, aumento de peso, inibição sexual, sonolência e boca seca, entre outros (LOTUFO NETO et al., 2007).

Outro aspecto encontrado referente à medicação é à centralidade desta no processo de cuidado aos usuários, como única ferramenta utilizada quando os sujeitos se dirigiam aos serviços apenas para recebê-la.

No CAPS, a gente nem teve um acompanhamento, no dia que a gente foi passaram um medicamento e mandaram pra casa [...]. Ela internou aqui, aí até agora ela tá tomando remédio (HSMM6).

Só ia quando era pra pegar o medicamento” (HSMM7).

“Ela tinha atendimento no CAPS, lá em Pentecostes [município do Ceará], lá era todo mês, era só pra pegar a receita, falar como ela tava, aí tomava o medicamento” (HUWC1).

Merhy (1998) alerta para a perda da dimensão cuidadora do trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos (tecnologias dura e leve-dura), com vistas à objetivação de

problemas de saúde e descontextualizando-os do universo dos sujeitos. Por isso, o autor propõe no desenvolvimento de tecnologias de relacionamento (tecnologias leves) um meio de restabelecer diálogos, acolher os sofrimentos, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários.

Outros entrevistados usuários demonstraram receio acerca do que pode acontecer se ficarem sem medicação.

Acho que até ela parece ter certa, digamos, aceitação que essa medicação vai ser pra vida toda né? É tanto pela acomodação, quanto pelo receio de voltar uma crise e não saber como será o comportamento sem a medicação. (CAPS1).

Franco e Merhy (2010) destacam que os usuários associam a solução de seus problemas de saúde a certos produtos disponibilizados pelos serviços, como, por exemplo, o medicamento, sendo, pois, uma construção imaginária, um fetiche. É como se o remédio tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas, como se o procedimento/medicamento, *per se*, fosse responsável por todo o processo de cuidado do usuário, quando na realidade é um recurso limitado, apenas uma parte de um complexo processo produtivo de saúde. Sua eficácia depende das muitas outras ações desenvolvidas em uma dada “linha de cuidado” que se desdobra no interior dos serviços de saúde, determinada por processos sociais, técnicos e modos de subjetivação a eles associados. O desafio que se coloca é construir processos de produção da saúde capazes de se firmar como novas referências para os usuários, dando-lhes segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves, relacionais, tenha a potência de cuidar tal como eles imaginam e desejam.

Apesar das críticas à clínica tradicional, no que concerne ao reducionismo do modelo biomédico que a fundamenta, ao caráter medicalizante e seu papel na manutenção do *status quo*, é preciso reconhecer seu lugar e os resultados deste estudo apontam para contribuições no alívio e prevenção da dor, além de tratar e reabilitar pessoas, ou seja, efeitos positivos da medicação, com uma progressiva melhora dos sintomas.

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

No que se refere à disponibilidade de psiquiatras e estrutura física, diversos usuários demonstraram descontentamento ante a falta de recursos humanos e de estrutura física adequada no CAPS e no HSMM.

Eu fui ao Hospital [...] que é lá onde a gente consegue a internação e passei uma noite acordada lá, lá a gente fica do lado de fora, é muito precário, os pacientes dormem no chão, os acompanhantes dormem no chão com os pacientes, é um ambiente com um clima muito pesado, muito tenso, muito ruim lá (HUWC3).

Desse modo, percebemos que a carência de profissionais, de ambulâncias e a precária estrutura física expressam um entrave no acesso aos serviços de saúde mental e diminuem a qualidade da assistência prestada.

Há diferenças notórias entre o Hospital-Dia do HSMM e a unidade de internação investigada. Naquele, temos espaços abertos, amplos, vimos os médicos conversarem com os usuários nos bancos ao longo do pátio. São pacientes colaborativos, estáveis clinicamente, trajam a própria roupa e têm acesso livre ao telefone para se comunicarem com a família.

Primeiro eu baixei o hospital, esse aqui do lado, aqui é melhorzinho, o Dia, aqui é maravilhoso, mas lá você sofre, vi? Cheguei em crise, amarrada. Todo mundo que me vê hoje não acredita, fiquei quatro meses internada lá do outro lado, só vivia amarrada, quem me via, quem me conhecia, que vinha me visitar saía chorando (HSMM/HD3).

Encontramos em outra unidade de internação falas que apontam já ser possível encontrar elementos do modelo psicossocial nos hospitais.

Ali era bom, lá tinha telefone pra comunicar com a família da gente, que aqui não tem; lá, a gente tinha banho de sol, que aqui não tem também, lá, as enfermeiras eram ótimas, igual às daqui, mas só que era melhor, tinha tudo que aqui tem também, tem o banho, tem tudo, mas só que lá tem o chuveiro. Quando a pessoa sente calor, vai só e abre e a pessoa toma banho. Mas lá, no outro pavilhão, eu achava muito melhor do que este aqui, porque lá tem o telefone e tem o banho toda hora que a pessoa quiser; aqui a pessoa morre de calor, se for mexer nas torneiras a pessoa leva um carão e vai ser amarrada, aí num dá (HSMM7).

No HUWC, os leitos e ambulatórios psiquiátricos ficam na mesma unidade de internação de outras patologias. Dias, Gonçalves e Delgado (2010) acreditam que esse procedimento pode auxiliar na desconstrução do estigma referente a esse segmento usuário, contribuindo para que o hospital como um todo se torne um espaço de cuidado em saúde mental.

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

Eu me sentia muito bem aqui, é o atendimento, são as pessoas, a fisionomia das pessoas. Casa o atendimento com a pessoa[...] é o conjunto que faz bem, eu me sinto bem. Às vezes até quando eu estou por aqui que vou resolver alguma coisa, eu vinho pra cá, tirava o livrinho da bolsa, sentava aqui, lia. Às vezes quando eu não tava bem em casa [...]. Entrar aqui é o mesmo que tá tomando um calmante, só entrar, passar um pedacinho aqui pra mim já fazia bem (CAPS4).

Consoante Kantorski et al. (2011), a ambiência refere-se à assistência produzida em espaço físico entendido como um espaço social e de relações interpessoais que proporciona cuidado acolhedor, resolutivo e humanizado, indo além da composição técnica e formal dos ambientes, haja vista estar intrinsecamente relacionada ao conforto, à privacidade e à singularidade dos atores sociais envolvidos.

A humanização em saúde, inicialmente voltada às ações de ambiência, acolhimento, cidadania e reconhecimento do campo da subjetividade no atendimento, foi ganhando consistência prática e conceitual, passando da situação de ações humanizadoras para a condição de política pública do SUS (RIOS, 2009).

Dentre os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), destacamos: estruturar a atenção à saúde, em todos os níveis, mediante critérios de acolhimento, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços; promover ambiência acolhedora nos serviços de saúde; valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; e construção de autonomia e protagonismos dos sujeitos.

A humanização foi um princípio reverenciado frequentemente pelos usuários dos três serviços quando se trata de suas percepções acerca da qualidade do atendimento. A dimensão acolhimento foi um dos aspectos mais evocativos, compreendendo o cuidado ofertado pelos profissionais nos distintos espaços. O acolhimento é relatado pelos usuários como atitude que se revela no respeito, na escuta e no olhar do profissional que recebe e atende o usuário.

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

[...] alegrou-me ver que todos foram comunicados e solicitados a permissão para a conduta médica e de enfermagem a ser executada. Exemplo disso, uma usuária não queria pôr a sonda naquele momento e foi acatada, quando em outras épocas aos pacientes psiquiátricos eram impostas “terapias” (Diário de campo – HUWC).

Esse hospital aqui, [...] os médicos são muito atenciosos com ele, tanto a psiquiatra como o psicólogo que acompanham ele. Ele gosta muito de vir pra cá. Mesmo sendo longe, eu vejo a atenção que é dada a ele aqui, aí a gente vem (HSMM/HD1).

Aqui no hospital trata muito bem. Não tem o que falar, todas as vezes que trouxemos ela pra cá, tratou muito bem, não falta médico, não falta enfermeiro. Com a gente acompanhante é do mesmo jeito, não tem nenhuma ignorância. Nos outros cantos que eu vou, ah se tivesse um canto bom desse, nos outros cantos o povo deixa nem você explicar (HUWC1).

Outro aspecto da qualidade do cuidado valorizado nas narrativas foi a possibilidade de acompanhante junto ao usuário no momento da internação no HUWC e a correspondente avaliação negativa da impossibilidade de permanência do familiar no HSMM. No CAPS, muitos dos usuários estavam acompanhados de algum familiar ou membro de sua rede social.

Nóbile et al. (2000) ressaltam a importância da participação da família no cuidado do sofrimento psíquico e afirmam que qualquer tentativa de tratar o sujeito isoladamente de sua família é insatisfatória, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados junto aos familiares.

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

Todo mundo fica bem preocupado, né? Mas eles me ajudam no que eles podem, minha irmã vem me acompanhar nas internações (HUWC3).

O indicativo da necessidade da presença dos acompanhantes aponta para o reconhecimento da importância dos amigos e familiares na corresponsabilização do cuidado, em consonância com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), que para tanto propõe dispositivos como a visita aberta e o direito ao acompanhante em espaço hospitalar. (DIMENSTEIN et al., 2012)

Vejam agora a perspectiva dos familiares diante da negação do direito ao acompanhante nos espaços.

Eu sempre tive muita pena de internar ela, sabe, a gente ficava com pena de internar, com medo, porque ela nunca queria aceitar internamento e a gente ficava preocupado porque na maioria desses hospitais psiquiátricos a pessoa não fica acompanhando o paciente, mas quando Deus me mostrou que tinha esse hospital aqui e a família podia acompanhar, né, aí a gente trouxe (HUWC1).

Excluir o sujeito em sofrimento psíquico do meio familiar e social é herança de Pinel, quando justificava o “isolamento terapêutico do alienado”. Pelo fato de a

família ser considerada um agente patogênico, também ela era afastada do portador de transtorno mental.

Apesar de diversos aspectos apontarem a capilarização da humanização em saúde mental nos espaços investigados, à medida que se aprofundava a compreensão das falas nos serviços de saúde, cuja missão é curar e aliviar, encontrávamos também elementos que denotam eles próprios terem se transformado em lugares de sofrimento, de violência institucional no HSMM e nos antigos hospitais psiquiátricos existentes no município, identificada de várias formas:

- Frieza, rispidez, falta de atenção, negligência:

Aqui é muito puxado pras enfermeiras, às vezes elas são muito grosseiras (HSMM5).

- Maus-tratos dos profissionais para com os usuários, violência física:

Ela foi muito maltratada. Foi de a gente chegar e ver ela toda quebrada, toda cortada, ela tava totalmente ferida, ela tem até umas marcas nas pernas que agora ela mostra e diz: olha, isso foi da última internação. [...]. Olha, aquele outro bom, mas às vezes maltrata muito os pacientes, eles deixavam os outros darem nela (HSMM2).

- Preconceito, expresso na fala de uma profissional da enfermagem:

Tenha cuidado, eles são perigosos.

- Medicalização da existência:

Acho que era todo tempo dopada, chegava lá, ela conversava, mas era cansada, dormindo direto (HUWC1 referindo-se à experiência anterior de internação em hospital psiquiátrico).

Nesse sentido, a humanização busca a recuperação não só da saúde física, mas principalmente do respeito, do direito, da generosidade, da expressão subjetiva e dos desejos das pessoas.

No campo da saúde mental, o novo paradigma da atenção psicossocial agrega ao seu objeto de estudo aspectos psíquicos e sociais, sobrepondo críticas radicais às práticas psiquiátricas tradicionais e apresentando a interdisciplinaridade como exigência, ao apoiar seus fundamentos na horizontalização das relações dos profissionais entre si e dos profissionais com os usuários (TAVARES, 2005).

Conforme detectado em algumas falas dos usuários, nas observações de campo e principalmente nos prontuários do HSMM/HD, CAPS e HUWC, profissionais de diferentes áreas desenvolveram práticas interdisciplinares, não se restringindo ao cuidado médico.

Tem a terapeuta ocupacional, elas vão pra lá, tem brincadeira, tem pintura, tem artes, faz cocó pra cabelo, tem baralho, tem dominó, essas coisinhas, tem pra pintar, tem música, tem bola (HSMM1).

Tem as meninas do grupo, psicólogas e ele gosta muito, toda semana ele vem dia de quinta-feira. Ele gosta, porque elas fazem muitas coisas assim, quando tem as festas eles mesmos que organizam, eles fazem os enfeites. Ele melhorou muito depois que veio pra cá, porque de primeiro, Ave Maria, ele não olhava nem pra você, eu chamava ele pra conversar ele queria nem acordo, dizia que não ia (CAPS2).

Acrescido a isto, os profissionais do CAPS se reúnem uma vez por semana para discutir os casos clínicos, metodologias de ação e dificuldades enfrentadas no cotidiano das práticas, promovendo um olhar mais interdisciplinar e ampliado das ações.

Os trechos acima sugerem a manifestação da clínica ampliada nos serviços de saúde mental em questão, a qual se refere à utilização de saberes e práticas de saúde contextualizadas socioculturalmente e instrumentalizadas pela técnica para dar respostas singulares às demandas de saúde com nítido apelo à intersubjetividade das ações.

A clínica ampliada utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela, a formação de vínculo, a elaboração do projeto terapêutico conforme a necessidade que cada caso requeira e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença na tentativa de consolidar o princípio da integralidade (BRASIL, 2009). Contudo, obtivemos também relatos que apontam para a consulta médica como único ou principal recurso no plano terapêutico.

Eu acho que o cuidado é feito, até porque a gente percebeu um avanço, uma certa melhora nos problemas, nunca mais ela teve nenhuma crise, mas eu acho que o atendimento fica muito a desejar, sobretudo na parte terapêutica ocupacional, lá não tem muito essa parte, os pacientes vão mais durante o dia para receber a consulta, o medicamento, mas fica muito tempo livre, às vezes sem um acompanhamento de um profissional de uma terapia ocupacional (CAPS1).

É só o médico mesmo, a gente vem e se consulta só isso, tem outros profissionais, mas nunca passaram, eu acho, mas se passasse acho que ele ia (CAPS3).

Para Antunes e Queiroz (2007), as práticas nos CAPS ainda estão centradas no saber médico. Num contexto de transição de uma ordem focada no hospital para uma abordagem mais voltada para a família e o meio social do paciente, as práticas antigas ainda estão institucionalizadas e cristalizadas, difíceis de serem rompidas e substituídas por novas práticas.

Leatt et al. (2000) apontam alguns critérios que precisam ser considerados nas práticas avaliativas que versam sobre a integralidade: não ser a única fonte de informação para que o profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos.

Pelos prontuários do HSM e HUWC, vimos que os familiares foram chamados e indagados sobre a história de vida dos usuários; receberam informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhes fazer escolhas esclarecidas:

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

Em contrapartida, o critério de integralidade de não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível ficou a desejar nos casos que os usuários peregrinaram de um serviço a outro até serem atendidos.

Mattos (2004) declara que não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento e sim levarmos em conta os aspectos sociais, laborais, culturais que perpassam a vida dos sujeitos. Aqui, citamos a relação com o trabalho, visto que a grande maioria recebe o Benefício de Prestação Continuada, a partir do laudo disponibilizado pelo médico dos serviços, ou aposentadoria por invalidez.

Eu tive que pedir demissão, porque realmente as crises não tavam me deixando trabalhar, não conseguia me concentrar em nada (HUWC3).

No CAPS foi assim, eu fui bem tratada, entendeu? Na segunda vez, a minha irmã pediu até um atestado para eu me aposentar (CAPS4).

Contudo, na fala abaixo encontramos ainda a redução do sujeito à doença mental quando o médico não valoriza como o sofrimento é experienciado pelo sujeito.

Ela dizia que não gostava do ambiente, do médico, dizia que não era doida, que não queria aquilo, é por isso que algumas vezes ela não queria e rejeitava as outras pessoas, os outros pacientes lá, até a própria consulta, as perguntas que o médico fazia na tentativa de conhecer o problema, acho que irritava ela, acho que porque ela dizia que era uma coisa e o médico acabava querendo levar para uma questão de saúde, então acho que ela não gostava muito (CAPS1).

Para o autor, a integralidade deve se manifestar aqui na postura de não aceitar a redução da necessidade de ações e serviços de saúde à necessidade de identificar e dar resposta para a doença que suscita o sofrimento manifesto. Ao contrário,

manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento sobre os “modos de andar a vida” daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados (MATTOS, 2004).

Por último, uma fala de uma usuária nos chama a atenção de como a chegada ao serviço de saúde mental determinou uma ruptura nas atividades cotidianas.

Meus filhos tão lá abandonados na casa dum e na casa d'outro. É, por isso que eu queria tanto sair daqui, que era pra mim ficar cuidando, tá ao menos olhando meus filhos, nem que fosse de longe (HSMM7).

Para Mângia e Yasutaki (2008), isso ocorre pela tendência dos serviços em totalizarem a vida da pessoa, seja por meio de internações, seja pelos longos períodos em tratamento intensivo nos serviços abertos. Ao privarem a pessoa de exercer seus papéis sociais, que conferem sentido à vida por conectá-la ao mundo, os serviços acabam produzindo um efeito oposto ao esperado pelo processo de promoção da saúde.

Considerações finais

Foram muitas as tentativas de mudança no campo da saúde mental nos últimos anos. No entanto, apesar de toda a orientação e legislação vigentes, os elementos, por vezes contraditórios, que estão na base das formas de conceber e organizar a saúde mental em rede de atenção denotam a complexidade de mudança desse processo social. Se, por um lado, podemos reconhecer que as alterações dos serviços especializados não deram conta de aprofundar e explicitar mudanças mais radicais; por outro, os sujeitos, suas famílias, buscam em seu cotidiano responder às necessidades decorrentes do sofrimento psíquico que precisa de um cuidado de qualidade e de escuta sensível.

Nesse sentido, procuramos compreender, com base nas experiências de usuários, como e em que medida nas práticas implementadas pela Rede de Atenção Psicossocial, revela-se a qualidade do cuidado, nas dimensões integralidade e humanização.

Os depoimentos obtidos acerca da qualidade do cuidado revelaram aspectos formais da assistência ainda muito valorizados quanto à qualidade do cuidado, como os efeitos e centralidade do papel da medicação, presentes nas falas dos usuários dos três serviços como um aspecto consensual; ênfase atribuída ao profissional médico,

especialmente no HSMM, como único ou principal ator no processo de cuidado ao paciente, em contraste ao atendimento multidisciplinar e oferta de atividades terapêuticas presentes no CAPS; a ambiência como geradora de saúde, como apontado no CAPS e no Hospital-Dia do HSMM, e o sofrimento ainda presente no modelo asilar do hospital psiquiátrico e o modo como este afeta a qualidade da assistência prestada.

A dimensão humanização revelou que a humanização em saúde mental está intimamente relacionada à atitude dos profissionais de saúde, na qual a escuta, cordialidade, o respeito e o diálogo foram apontados pelos usuários dos distintos serviços em questão. Tais elementos afetando, inclusive, a adesão e a continuidade do tratamento, conforme exemplificam falas dos entrevistados do CAPS, contrastadas com os relatos de internações anteriores em outras instituições asilares. A dimensão da integridade trouxe elementos da interdisciplinaridade nos serviços, a importância de um modelo de clínica ampliada e do olhar para as pessoas que contextualize o sofrimento psíquico como uma totalidade, para além dos sintomas.

O material empírico produzido neste estudo representa, consoante o enfoque qualitativo, um material cuja transferibilidade é possível, mas sem a pretensão de generalizar, nem mesmo como realidade imutável nos espaços estudados. Como esta política se encontra em fase de transição, a coexistência do novo modelo com o anterior, bem como as contradições e crises enfrentadas no momento da pesquisa, em muitos aspectos repõem em cena antigos fantasmas manicomiais.

No contexto das políticas públicas de saúde mental, orientadas pelas diretrizes da reforma, as redes e serviços substitutivos no território seguem convivendo com o desafio e a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades que transformem a “demanda de hospital psiquiátrico”, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas, vislumbrando aproximações às experiências de sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia, no acesso e, notadamente, no exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência da loucura e das várias modalidades de sofrimento psíquico.

Reconhecemos a necessidade da presença e da intervenção de tais instituições nos diversos momentos da vida dessas pessoas e de suas famílias, preservando, no entanto, os vínculos e comprometendo-se desde o resguardo, quando a crise se intensifica, até o apoio às possibilidades de autonomização de suas vidas, afirmando-as como sujeitos de direitos.

Daí acreditarmos ser imprescindível que os serviços de saúde da RAPS aprofundem discussões acerca do real papel de cada um para com os sujeitos em sofrimento psíquico, sobretudo por se tratarem de equipamentos substitutivos.²

Agradecimentos

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

Referências

- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da Reforma Psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.
- BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr.-jun. 1998.
- BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.
- _____. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 87-117.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. X. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BRASIL. *A clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica*. O vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 26 out. 2013.

_____. Rede de Atenção Psicossocial. *Portaria nº 3.088GM, de 26 de dezembro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 27 maio 2012.

_____. *Resolução 510/2016, de 07 de abril de 2016*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. *Saúde Mental em Dados – 10*. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. V. 7, n. 10, mar. 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 99-120.

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

DIMENSTEIN, M. et al. Atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, v. 2, Número Temático 2012, p. 95-127, 2012.

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

FORTALEZA. SECRETARIA DA SAÚDE. *Boletim de Saúde de Fortaleza: hospitalização em Fortaleza*. V. 15, n. 2, jul.-dez. 2011. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/boletins_semanais/Bol%20Hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20concluido.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2010.

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

- HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.
- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.
- LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*, n. 1, v. 2, p. 13-55, 2000.
- LOTUFO NETO, F. et al. Diagnóstico e tratamento. In: LOUZÁ NETO, M. R.; MOTTA, T.; WANG, Y.-P.; ELKIS, H. (Orgs.). *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 1, p. 61-71, jan.-abr. 2008.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.
- _____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2009.
- MENDES, E. V. *As Redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.
- _____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____. MAGALHÃES JR., H. M. et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 15-35.
- NÓBILE, A. C. et al. Uma análise do processo de internação e reabilitação de pacientes no CAPS. *Revista Terra e Cultura*, v. 20, n. 38, jan.-jun., p. 87-97, 2000.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- _____. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2001.

_____. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Brasília: Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família, 2008.

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

TAVARES, C. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto contexto – Enferm.* Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.

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

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

VUORI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 3, p. 17-25, 1991.

Notas

¹ O texto constitucional não utiliza a expressão “integralidade”; ele traz “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem o prejuízo dos serviços assistenciais” (MATOS, 2009, p.44) mas esse termo tem sido utilizado correntemente para designar tal diretriz.

² D. J. Moreira realizou a coleta e análise dos dados e redigiu o artigo. M. L. Bosi orientou a pesquisa e participou da redação do artigo.

Abstract

Quality of care in the Psychosocial Care Network: experiences of users in the Northeast of Brazil

This article aims to understand, based on users' experiences, how the quality of care in the Psychosocial Care Network (RAPS) is revealed. This is a critical-interpretative qualitative research, developed through the analysis of medical records, systematic observation and narrative interviews with users (and their families) in three RAPS services in Fortaleza-CE, Brazil. The results pointed to humanization and comprehensiveness as dimensions of the quality of care, in its formal aspects, the centrality of psychoactive drugs, the ambience, and the relational aspects in care modes. It concludes that only a network based on the quality of care is able to cope with the complexity of the demands and to guarantee resolutiveness and the promotion of autonomy and citizenship to people with psychic suffering.

► **Keywords:** health care quality; access; evaluation; humanized care; comprehensive healthcare.

