

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque¹, Mércia Zeviani Brêda², Willams Henrique da Costa Maynard³, Darlan dos Santos Damásio Silva⁴, Elaine Cristina de Medeiros Moura⁵

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar como se estabelece o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde, na perspectiva dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II em Maceió, Alagoas. Pesquisa qualitativa, exploratória, realizada no período de 2010 a 2012, coleta de dados com oito usuários. Utilizou a triangulação por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade, observação não participante e diário de campo. Dados tratados pela análise qualitativa de Minayo. Emergiram três categorias: 1. Olhar sensível; 2. A formação do vínculo; 3. Habilidades do profissional que atua no serviço de saúde mental. Identificou-se: relacionamento como imprescindível para atenção psicossocial; importância do olhar humano do profissional ao usuário; vínculo como amenizador do sofrimento; habilidades decisivas de escuta e atenção para estabelecer confiança. Observa-se a necessidade de trabalhar a temática do relacionamento interpessoal junto aos profissionais do serviço, a fim instrumentalizá-los sobre a criação e fortalecimento do vínculo no cuidado integral em saúde mental.

DESCRIPTORES: Relações interpessoais; Pacientes; Pessoal de saúde; Serviços de saúde mental; Enfermagem.

INTERPERSONAL RELATIONSHIP BETWEEN USERS AND HEALTH PROFESSIONALS IN PSYCHOSOCIAL CARE

ABSTRACT: The objective in this study was to identify how the interpersonal relationship is established between users and health professionals from the perspective of the users of a Psychosocial Care Center type II in Maceió, Alagoas. Qualitative and exploratory research, undertaken between 2010 and 2012. Data were collected from eight users. Triangulation was used through in-depth semi-structured interviews, non-participant observation and a field diary. Minayo's qualitative analysis was applied to the data. Three categories emerged: 1. Sensitive looking; 2. Establishing the bond; 3. Skills of professionals working at the mental health service. The following results were identified: relationship is fundamental for psychosocial care; it is important for the professional to adopt a humane look towards the user; the bond mitigates suffering; listening and attention skills are decisive to establish trust. The need is observed to discuss the theme interpersonal relationship with the professionals from the service, with a view to enabling them to create and strengthen the bond in comprehensive mental health care.

DESCRIPTORS: Interpersonal relations; Patients; Health Personnel; Mental Health Services; Nursing.

RELACIONAMIENTO INTERPERSONAL ENTRE USUARIOS Y PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

RESUMEN: La finalidad de este estudio fue identificar como se establece el relacionamiento interpersonal entre usuarios y profesionales de salud en la perspectiva de los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial tipo II en Maceió, Alagoas. Investigación cualitativa, exploratoria, desarrollada en el período de 2010 a 2012, recolecta de datos con ocho usuarios. Fue utilizada la triangulación mediante entrevistas semiestruturadas a fondo, observación no participante y diario de campo. Datos tratados con el análisis cualitativo de Minayo. Emergieron tres categorías: 1. Mirada sensible; 2. La formación del vínculo; 3. Habilidades del profesional que actúa en el servicio de salud mental. Fueron identificados: relacionamiento como imprescindible para atención psicossocial; importancia de la mirada humana del profesional al usuario; vínculo como suavizador del sufrimiento; habilidades decisivas de escucha y atención para establecer confianza. Se observa la necesidad de trabajar el tema del relacionamiento interpersonal con los profesionales del servicio para equiparles sobre la creación y el fortalecimiento del vínculo en el cuidado integral en salud mental.

DESCRIPTORES: Relaciones interpersonales; Pacientes; Personal de salud; Servicios de salud mental; Enfermería.

¹Enfermeira e Psicóloga. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

³Enfermeiro. Estratégia de Saúde da Família de Campo Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Alegre. Maceió, AL, Brasil.

⁴Enfermeiro. Mestre em Psicologia. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

Autor Correspondente:

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque
Universidade Federal de Alagoas
R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 118 – 57052-782 – Maceió, AL, Brasil
Email: cicera.albuquerque@esenfar.ufal.br

Recebido: 28/04/2016

Finalizado: 16/09/2016

● INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são dispositivos estratégicos na substituição do modelo asilar-manicomial para um modelo de atenção comunitário, com ênfase no usuário e seu sofrimento, nas relações simbólicas, materiais e afetivas fundadas nos espaços de vida destes, seja no trabalho, lazer, cidade, espaços de atenção em saúde e de saúde mental⁽¹⁻²⁾.

Os CAPS têm como objetivos recuperar, reintegrar e reabilitar os usuários, ao seguir princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e da Política Nacional de Humanização - PNH⁽³⁻⁴⁾. Busca reduzir internações em hospitais psiquiátricos; possibilita experiências de interação, lazer e aprendizado; promove convívio com a família e comunidade⁽⁵⁾. Em síntese, retira o indivíduo de um universo pobre e restrito de relações, e abre-lhe portas reais, simbólicas e afetivas em que as possibilidades de trocas de experiências com outras pessoas se ampliam.

Neste aspecto, é preciso atentar para algumas peculiaridades do atendimento em CAPS e para a importância decisiva que tem o relacionamento interpessoal para que tais possibilidades encontrem formas para se concretizar.

Uma destas peculiaridades diz respeito às condições sob as quais o trabalho da equipe de saúde é realizado, em que o usuário em sofrimento psíquico deixa de ser concebido como objeto passivo de atenção e passa a ocupar postura ativa em seu tratamento, passando a requerer outras estratégias e tecnologias de cuidado⁽⁶⁾.

Assim, nos serviços de saúde mental, bem como em toda relação entre equipe e usuário, estabelecer vínculo é ponto de partida para a expressão livre e garantia deste e de outros direitos cidadãos.

Desta forma, elementos como a consideração positiva incondicional – respeito, aceitação e apreciação diante de toda expressão dos sentimentos⁽⁷⁾; a escuta qualificada – disponibilidade para ouvir, dar voz ao sofrimento, atenção ao que é dito, compreensão aos sentimentos^(4,7-11); a empatia – compreender o outro na perspectiva dele^(7-8,10,12-13); e a consequente construção de vínculo – sensibilidade com o sofrimento, interação e confiança^(4,7-13), compõem um relacionamento interpessoal positivo, facilita abertura à experiência, determinando a prática de cuidado integral⁽¹²⁾.

Processos de relacionamento pessoal que valorizam o potencial e a autonomia do usuário permeiam todo o campo da atenção psicossocial, proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim sendo, profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades relacionais que os aproximem da compreensão e do cuidado integral almejado⁽⁷⁾.

Apartir de tais considerações, esta pesquisa foi norteadada pela questão: como se estabelece o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde no CAPS, na perspectiva dos usuários assistidos?

Para respondê-la, teve-se como objetivo identificar como se estabelece o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde, na perspectiva dos usuários do CAPS tipo II em Maceió, estado de Alagoas.

● MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória, pois se aplica ao estudo das relações, das representações e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam⁽¹⁴⁾.

Realizada em um CAPS tipo II, situado em Maceió, Alagoas, destinado à atenção psicossocial de adultos. Critérios de inclusão: usuários atendidos há mais de três meses, percurso de tempo já favorável à vivência de relacionamento interpessoal; acima de 18 anos, em condições de contribuir com produção de informação. E por critério de exclusão: usuários sem condições cognitivas para responder às questões, que se encontravam com desorientação mental, comprometimento da fala e curso do pensamento, alucinação, delírio e agressividade. A quantidade de participantes foi definida pelo critério de saturação dos dados, totalizando oito entrevistados.

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁵⁾. O estudo foi aprovado em 25/08/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o nº 010756/2009-54.

Para a coleta de dados, realizada no período de abril de 2010 a setembro de 2012, utilizou-se a triangulação da entrevista em profundidade, observação não participante e diário de campo. Produziram-se informações através de roteiro semiestruturado com questões norteadoras abertas, diário de campo previamente organizado no qual foram contemplados registros das observações, intercorrências, impressões e sentimentos da pesquisadora descritos tanto durante as entrevistas, quanto posteriormente, sempre realizados no mesmo dia da coleta.

Utilizou-se a áudio-gravação com filmadora e gravador de voz, que possibilitou maior fidedignidade e interação entre a investigadora e os investigados. As entrevistas tiveram duração que variou de 40 a 90 minutos, fluíram de acordo com a capacidade de tolerância dos pesquisados, foram feitas em até quatro encontros para os participantes que requereram mais tempo e frequência de entrevista.

Os dados foram tratados pela análise qualitativa⁽¹⁴⁾ que afirma ser um processo intenso, que requer atenção e tempo no processo organizativo, na compreensão do material produzido no campo, até chegar o momento de fazer transição entre a empiria e a elaboração teórica. As seguintes etapas foram percorridas: organização de todo o material produzido; leituras horizontais de impregnação em que ocorreram os recortes dos textos, colagem e classificação por temas; compreensão das estruturas relevantes do material classificado com leituras exaustivas, procedendo a sua reclassificação por meio de síntese, garantia da riqueza das informações, busca da lógica interna, homogeneidade, diferenciações e sentidos produzidos; interpretação de segunda ordem realizada pela leitura mais aprofundada permeada pela questão norteadora e o objetivo da pesquisa⁽¹⁴⁾, culminando com a decodificação das três categorias temáticas que foram analisadas à luz da literatura nacional e internacional.

Todos os conteúdos das entrevistas, depois de transcritos, retornaram para validação dos participantes quanto à convergência com as respostas dadas e com suas perspectivas. Apenas um entrevistado solicitou a retirada de um parágrafo porque considerou que seria identificado e também argumentou que se sentia muito incomodado com aquela fala.

Os participantes foram tratados em sua dignidade e foi considerada a sua autonomia. Valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos foram respeitados. O estudo não apresentou riscos potenciais para os participantes; não previu danos à dimensão física, psíquica, moral, ou espiritual em nenhuma das suas fases e não houve intercorrência durante a sua realização.

Foi respeitada a liberdade para a recusa em participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Não houve qualquer solicitação neste sentido até o final do estudo.

Para garantir a privacidade dos entrevistados, confidencialidade das informações e assegurar os preceitos éticos e legais, estes foram codificados em “usuários” com a letra U seguidos do número correspondente a cada um, em que variou de U1 a U8. Para fins deste estudo, foram utilizados os 32 critérios do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) em seus três domínios que versam sobre a equipe de pesquisa e reflexividade, desenho do estudo, análise de dados e conclusões⁽¹⁶⁾.

● RESULTADOS

Realizar esta pesquisa permitiu a compreensão do quão valioso é o estabelecimento do relacionamento interpessoal dentro de um CAPS e como os usuários que utilizam este serviço percebem essa relação com os profissionais que prestam cuidados.

A partir da leitura exaustiva do conteúdo apresentado, foi possível identificar três categorias convergentes com o objetivo proposto e que sinalizam como elementos constitutivos para que o relacionamento interpessoal aconteça, neste espaço de atenção em saúde: 1) Olhar sensível; 2) A formação do vínculo; 3) Habilidades do profissional que atua na atenção psicossocial.

Categoria 1 - Olhar sensível

No contexto da atenção psicossocial, é preciso que o profissional apresente olhar sensível ao usuário com quem mantém o relacionamento interpessoal. Trata-se de ver compassivamente. O significado do olhar, aqui empregado, caminha para uma percepção ampliada, integrada e cuidadosa das expressões deste usuário, em sua subjetividade e singularidade.

Para favorecer relacionamento interpessoal, o usuário afirma que é necessário que seja considerado o momento de extrema fragilidade que o adoecimento provoca. O participante U1 compara-se ao vidro que pode quebrar, inclui o extremo da sensibilidade humana. Este humano que carrega seus medos, ansiedades, angústias, tristezas, preocupações e dificuldades, necessita de um cuidado ampliado, sensível e criterioso.

A pessoa quando está passando por um momento difícil, fica muito sensível, como vidro, se você não tiver cuidado ela cai no chão e quebra. As pessoas têm que ter o maior cuidado. (U1)

A profissional J., ela me ajudou muito durante quase um ano... A minha mente é muito frágil, eu preciso de ajuda! (U2)

Não se fala em olhar sensível dissociando-o da empatia. Esta é colocada como elemento norteador do relacionamento interpessoal positivo e acolhimento efetivo.

O profissional tem que se sentir como se fosse aquela pessoa, tem que entender o que ela tá passando; chega perto e pergunta o que está sentindo. (U3)

O olhar sensível acontece quando é possível compreender a necessidade do usuário em sofrimento, para além do que está sendo dito, mas por meio de tantos outros sinais como gestos, olhares e até mesmo o silêncio.

Mas ninguém sabe que eu estou sofrendo por dentro. (U6)

Categoria 2 – A formação do vínculo

Quando o usuário se refere à relação interpessoal, faz uma analogia à relação que desenvolve com os profissionais do serviço. O agir deste profissional pode levá-lo a sentir-se seguro, com confiança, recebido e acolhido; caso contrário, quando a relação não desenvolve o potencial da positividade do vínculo, pode gerar dificuldades, desconfiança e distanciamento. Quanto maior o vínculo, maior é a possibilidade de influenciá-lo, principalmente no sentido de amenizar o sofrimento.

Um dos usuários entrevistados afirmou que o atendimento individual, além de propiciar um clima de confiança, favorece o fortalecimento do vínculo, e o contato pessoa a pessoa ocorre singularmente. Isso pode propiciar o desenvolvimento da conversa terapêutica.

Por isso que a terapia individual é importante, porque você confia [...] aquela coisa se torna totalmente diferente, o relacionamento fica mais forte. (U1)

Transparece que o vínculo é proporcionado através de atitudes de não julgamento, de demonstração de carinho, de abertura para escutá-los, de cuidado.

Ela não me recrimina [...]. É o modo, o carinho que trata. (U2)

É você falar o que é que você tá sentindo. (U4)

A profissional M., ela já escutou algumas coisas...como foi vivenciado mesmo. É... a dor que eu sinto assim, sabe? Que eu também preciso, de conversar com algumas pessoas. (U7)

Os profissionais são pessoas ótimas...quando a gente está com problema, eles chegam lá perto e conversam, dão conselho, apoio. É uma união, mesmo que uma família. (U5)

Referem que o estabelecimento do relacionamento vai acontecendo com o tempo, com a aquisição da confiança.

Conforme as consultas fossem passando, você vai pegando a confiança, e pondo pra fora aquilo que você

está sentindo. (U1)

Passando segurança, é isso que a profissional X também passou pra mim. E ela como profissional deve ter vários casos, mas nenhum é igual ao outro. Entendeu? (U3)

A profissional "P" me deu a oportunidade de pôr pra fora, sem eu ter que tá "enfiando" o dedo na garganta pra vomitar, sem eu ter que tá passando por dores no corpo, dores de cabeça, ter alucinação, escutando vozes. (U3)

Categoria 3 – Habilidades do profissional que atua no serviço de saúde mental

A mudança de paradigmas na atenção à pessoa em sofrimento mental vem ocorrendo gradativamente. Diante das falas, é perceptível que o caminho ainda é longo, a começar pela necessária mudança no próprio profissional que presta o cuidado.

Para acontecer a relação humana, as partes precisam se interessar e gostar de estar juntas para o convívio. No campo do sofrimento mental, é importante que seja maximizada a cumplicidade, a solidariedade e o fortalecimento do vínculo.

É possível verificar que a atenção ao que está sendo dito pelo profissional gera uma relação terapêutica eficaz no tratamento de transtornos e de situações que oprimem o usuário no decorrer da sua vida.

Os profissionais que eu gosto mais de conversar, é o X, a Y, a W e WX, o resto eu não converso não, porque... tem coisa que eu gosto e tem coisa que eu não gosto. (U1)

A escuta qualificada é habilidade imprescindível a todo profissional de saúde e cabe ressaltar a importância desta para o cuidado do usuário.

A profissional "V" me ouviu... Depois ela olhou pra mim e falou: você vai falar comigo a sua história de vida, no seu tempo; se você quiser pode repetir o mesmo caso quantas vezes você quiser [...] Então ela me deu a oportunidade. (U7)

O usuário menciona dificuldade na relação interpessoal com alguns profissionais do CAPS, principalmente quando estes ainda não desenvolveram as habilidades necessárias para lidar com as questões singulares e subjetivas da pessoa em sofrimento mental. Cita, nesta relação, a situação de sentir-se humilhado em determinadas ocasiões.

Tenho dificuldade de lidar com profissionais no CAPS que não sabem lidar com a pessoa em sofrimento mental. A gente passa por algumas humilhações [...] (U1)

Ao tempo em que fala que gosta de todos no CAPS, refere que sente dificuldade em lidar quando o profissional é inábil no tratamento com o usuário.

[...] eu gosto de todos, não tenho o que falar de nenhum, a não ser aquela pessoa que eu já falei, o profissional X, que falam que também é ignorante. (U1)

Não é porque é o SUS, eu sei que o SUS está difícil hoje em dia, sabe? Mas se fosse quinze minutos, dez minutos que seja pra me atender, que ela valorizasse o meu caso e o meu problema, não só o meu [...], mas o de várias outras pessoas que hoje tão aí: abandonadas, sofrendo. (U8)

Quando o usuário estabelece uma relação interpessoal baseada na confiança, considera como verdadeiro o que o profissional lhe diz sobre seu modo adaptativo de lidar com os próprios problemas.

A profissional K disse que a minha mente é como se escondesse dos problemas, aí eu me apago, que é uma forma de não tá passando por aquilo. (U5)

● DISCUSSÃO

Com o processo da reforma psiquiátrica, paradigmas vêm sendo superados. O modelo de uma rede bem estruturada de atenção ao usuário em sofrimento mental é proposto. Mas, até o alcance de um cuidado ideal,

muito há que se modificar e reestruturar.

Assim, o uso de tecnologias leves em saúde torna-se condição para um cuidado integral, em que o olhar sensível, vínculo, acolhida e escuta qualificada são fundamentais. Tais tecnologias possibilitam compreender o sofrimento psíquico a partir do indivíduo que sofre, valorizando suas experiências e necessidades^(8,13,17).

É preciso, pois, perceber o cuidado integral como um processo que busca pôr fim ao modelo biomédico e valorizar as subjetividades trazidas pelo sujeito. Sob esta ótica, escutar é uma ferramenta importante e tem significado diferente do ouvir. Ouvir está relacionado ao ato de perceber o som; enquanto o escutar vai além, trata-se de uma atitude que requer atenção, compreensão e valorização do sujeito⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O estabelecimento do vínculo necessário com o usuário e favorável ao tratamento só é possível por meio da escuta que transcende questões superficiais e aparentes, e permite a quem escuta assumir uma conformação capaz de mergulhar na subjetividade e particularidade do modo que cada um manifesta seu sofrimento mental⁽¹⁰⁾.

Neste aspecto, o conceito de escuta transcende o sentido de percepção auditiva. Nesse processo incluem-se “todos os sentidos através dos quais podemos perceber a realidade, como a percepção sensorial, pensamentos, intuições e respostas emocionais”^(13:8) e nessa perspectiva é primordial que as partes interajam e que esta interação seja positiva.

Este estudo revelou a imprescindibilidade do estabelecimento de um relacionamento interpessoal positivo para o êxito da atenção psicossocial. Nas falas dos usuários entrevistados, questões fundamentais foram percebidas dentro do processo de relações, como o olhar sensível, a formação de vínculo e a própria habilidade do profissional de saúde ao lidar com as demandas próprias do sofrimento psíquico.

Assim, atrelada à necessidade de se quebrar paradigmas, que acarreta na desconstrução de espaços burocráticos e excludentes. É preciso, inclusive, que a reforma aconteça não apenas nas instituições e serviços de saúde, mas também nos espaços de ensino que formam os futuros profissionais, que devem aprender e apreender uma prática de cuidado que privilegia a relação interpessoal e que seja baseada, sobretudo, na integralidade⁽¹⁸⁾.

A literatura demonstra, de modo consensual, que a reforma acompanhada da mudança no enfoque psicossocial do transtorno mental, deve ser implementada já nas instituições de ensino que devem formar esses profissionais para que vejam o sujeito que sofre além da doença⁽¹⁸⁾.

O que se pode verificar nas falas é a limitação do modelo biomédico e hospitalocêntrico, muitos profissionais que cuidam do usuário ocupam-se da doença e do controle de seus sintomas guiados por um modelo cartesiano e reducionista, em detrimento da visão holística do humano que necessita de uma verdadeira relação de ajuda⁽¹¹⁾.

É preciso, assim, desconstruir a lógica do modelo manicomial, que isola o “doente mental”, para apreender uma prática de cuidado integral, em que a proteção e o respeito ao usuário são fundamentais, com abertura a outras possibilidades de cuidado que não se limitam ao diagnóstico e à doença⁽¹⁹⁾.

Além disso, cabe à equipe de saúde que cuida do usuário com transtorno mental proporcionar ambiente terapêutico, espaço onde possa ser considerado de modo integral. Neste contexto, o relacionamento interpessoal é um meio de desenvolver a confiança do usuário, conforto, sentimento de ser respeitado e de ser sujeito participante no processo de tomada de decisão⁽²⁰⁾.

● CONCLUSÃO

Na perspectiva dos usuários do CAPS, para que seja estabelecido o relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde, faz-se necessário que estes profissionais disponibilizem um olhar sensível, permeado de empatia, que capte a necessidade e o que está acontecendo com usuário por meio da expressão não verbal: gestos, olhar, silêncio.

O relacionamento interpessoal é facilitado quando o profissional privilegia a formação de vínculo com o usuário ao apresentar uma conduta de abertura favorecedora da confiança, aceitação, cuidado. Esta relação vai acontecendo quando se possibilita o atendimento individual, ocorre com o passar do tempo.

Estabelecer relacionamento com o usuário requer dos profissionais habilidades como capacidade de conversar, de constituir uma escuta qualificada, orientar o usuário, lidar com o sofrimento da pessoa com transtorno mental, paciência e disponibilidade para ajudar.

Diante do exposto, fica evidenciado que o relacionamento interpessoal constitui processo base para o cuidado à pessoa que busca o CAPS. Cabe, no entanto, enfatizar a importância definidora que este processo tem para o cuidado prestado ao usuário em sofrimento mental.

Os resultados deste estudo forneceram elementos essenciais para a formação do vínculo e evidenciaram as habilidades que os profissionais precisam desenvolver em sua prática diária para uma relação terapêutica tão fundamental na relação pessoa-pessoa no CAPS.

É preciso conscientizar estes profissionais sobre as peculiaridades deste serviço, no qual a demanda é subjetiva e ampliada. O olhar ao usuário deve transcender a doença ou uma simples queixa verbal. Os profissionais que compõem a equipe do CAPS, dentre eles o enfermeiro, devem se esforçar em manter-se sensível ao que é exposto nas palavras, nos gestos, no olhar, no tom da voz, no contexto trazido pelo usuário e em outras tantas nuances que só a escuta qualificada e o olhar sensível são capazes de alcançar no processo do relacionamento interpessoal.

Os profissionais de enfermagem no CAPS devem considerar em sua prática o estabelecimento do relacionamento interpessoal por meio do vínculo, confiança, habilidades necessárias para o cuidado do usuário com transtorno mental.

Limitação deste estudo, o fato da pesquisadora entrevistadora manter proximidade terapêutica com os usuários do serviço, e fornecer esporadicamente suporte à equipe técnica quando solicitada. Além disso, por ser uma amostragem intencional, pode ser que não tenham sido recrutados participantes com perspectivas diferentes das que foram explicitadas, a isto também corroborou o fato de haver usuários do serviço sem condições de poder colaborar no momento da coleta, porque se encontravam com o estado mental muito comprometido.

● AGRADECIMENTOS

Aos familiares e equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial Noraci Pedrosa.

● APOIO FINANCEIRO

Ministério da Saúde (MS).

Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/ SCTIE).

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU).

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas pelo financiamento da pesquisa, Edital Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) 01/2008-2009 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL).

● REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Freitas F, Pande MR, Nabuco E. The artistic-cultural field in Brazilian psychiatric reform: the identity paradigm of recognition. *Salud Colectiva*. [Internet] 2013; 9(3) [acesso em 06 jan 2016]. Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300002.
2. de Almeida JMC, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv*. [Internet] 2010; 61(3) [acesso em 06 jan 2016]. Disponível:

<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.61.3.218>.

3. Ferreira-Furegato AR, Frari-Galera SA, Pillon SC, Cardoso L. Current professional practice in Brazilian mental healthcareservices. *Rev. salud publica*. [Internet] 2012; 14(6) [acesso em 10 jan 2016]. Disponível: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012001000004.
4. Ferreira-Furegato AR, Frari-Galera SA, Pillon SC, Ferreira-Santos JL, Araujo-Pitia AC, Cardoso L. Characterizing mental healthcare service teams. *Rev. salud publica*. [Internet] 2010; 12(5) [acesso em 10 jan 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000500004>.
5. Nasi C, Schineider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano de seus usuários. *Rev. esc. enferm. USP*. [Internet] 2011; 45(5) [acesso em 21 jan 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500018>.
6. Dias CB, Aranha e Silva AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP*. [Internet] 2010; 44(2) [acesso em 21 jan 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200032>.
7. Bacellar A, Rocha JSX, Flôr MS. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Rev. NUFEN*. [Internet] 2012; 4(1) [acesso em 04 ago 2016]. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso.
8. Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Esc. Anna Nery*. [Internet] 2011; 15(4) [acesso em 03 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400015>.
9. Siamian H, Bagheri-Nesami M, Nia RD, Nezhad FR, Akbari H, Balaghafari A, et al. Assessment of interpersonal communication skills among sari health centers' staff. *Mater Sociomed*. [Internet] 2014; 26(5) [acesso em 20 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5455/msm.2014.26.324-328>.
10. Maynard WHC, de Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta paul. enferm*. [Internet] 2014; 27(4) [acesso em 20 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>.
11. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2010; 15(Suppl.3) [acesso em 28 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>.
12. Formozol GA, de Oliveira DC, da Costa TL, Gomes AMT. As Relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet] 2012; 20(1) [acesso em 03 fev 2016]. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a21.pdf>.
13. Sucigan DHI, Toledo VP, Garcia APRF. Acolhimento e Saúde Mental: Desafio profissional na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Rene*. [Internet] 2012; 13(1) [acesso em 20 mar 2016]. Disponível: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/10>.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2012; 17(3) [acesso em 03 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: 2012.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [Internet] 2007; 19(6) [acesso em 05 fev 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional e Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
18. Silva DS, de Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc. Anna Nery*. [Internet] 2011; 15(3) [acesso em 20 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300021>.
19. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Silva E. Methodological contributions towards the study of health care production: lessons from a research study on barriers and access in mental health. *Salud Colectiva*. [Internet] 2012; 8(1) [acesso em

28 mar 2016]. Disponível: http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/publication22/en_v8n1a03.pdf.

20. Ku TK, Minas H. Development of the nursing relationships scale: a measure of interpersonal approaches in nursing care. *Int J Ment Health Syst.* [Internet] 2010; (4) [acesso em 02 abr 2016]. Disponível: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-4-12>.