

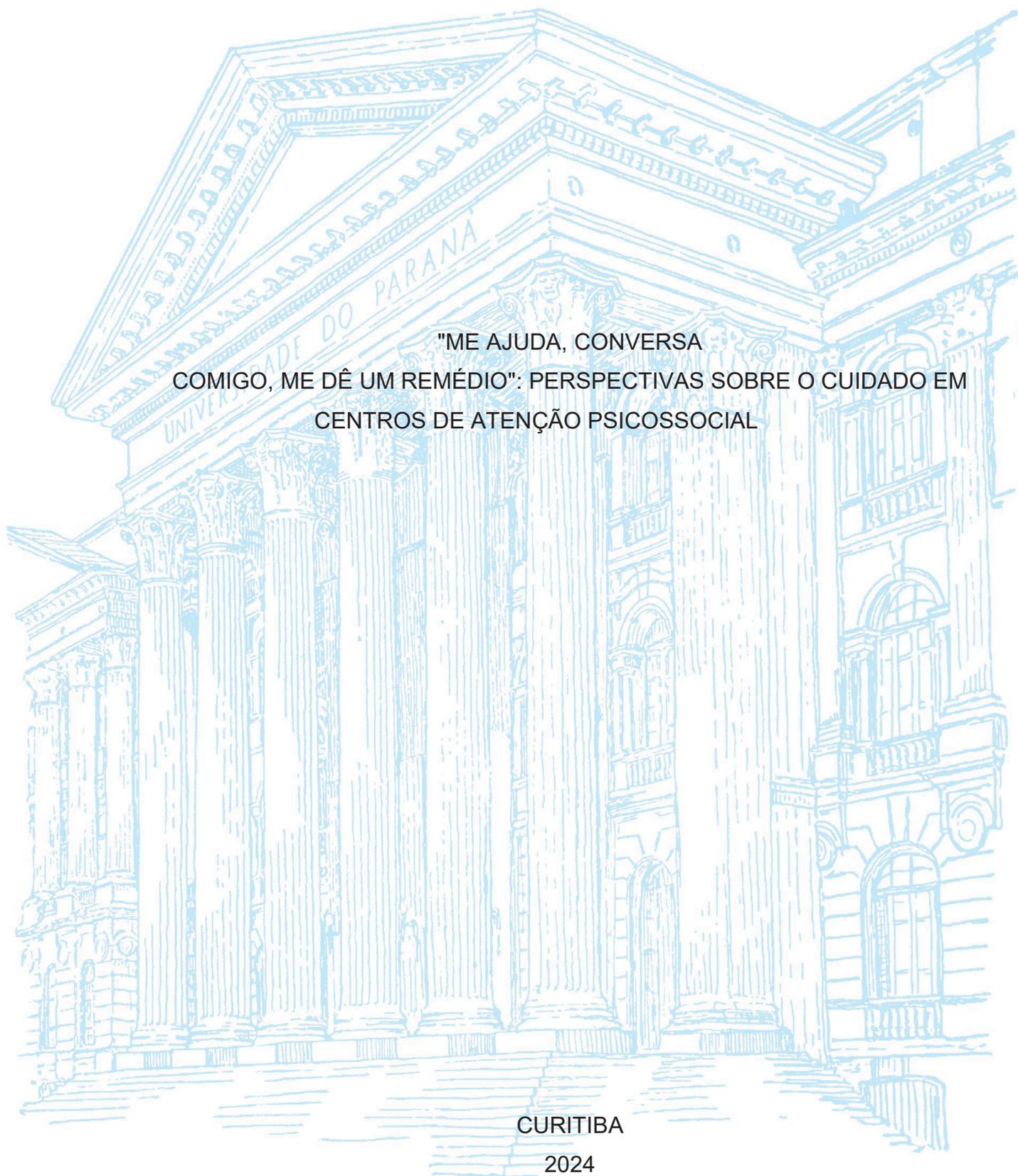
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAMELA DOS SANTOS FARINHUK

"ME AJUDA, CONVERSA  
COMIGO, ME DÊ UM REMÉDIO": PERSPECTIVAS SOBRE O CUIDADO EM  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CURITIBA

2024



PAMELA DOS SANTOS FARINHUK

"ME AJUDA, CONVERSA  
COMIGO, ME DÊ UM REMÉDIO": PERSPECTIVAS SOBRE O CUIDADO EM  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rossana Maria Seabra Sade.

CURITIBA

2024

---

F226

Farinhuk, Pamela dos Santos

"Me ajuda, conversa comigo, me dê um remédio": perspectivas sobre o cuidado em centros de atenção psicossocial [recurso eletrônico]/ Pamela dos Santos Farinhuk. – Curitiba, 2024.

87 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

Orientador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos – Co-orientador: Rossana Maria Seabra Sade.

Bibliografia: p. 76-83.

1. Atenção Psicossocial. 2. Gestão do cuidado. 3. Saúde mental. 4. Serviços de saúde mental. I. Universidade Federal do Paraná. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos. III. Sade, Rossana Maria Seabra . IV. Título.

NLMC: WM 101

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **PAMELA DOS SANTOS FARINHUK** intitulada: "**ME AJUDA, CONVERSA COMIGO, ME DÊ UM REMÉDIO**": **PERSPECTIVAS SOBRE O CUIDADO EM**

**CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

01/07/2024 13:39:16.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

01/07/2024 11:26:16.0

FLAVIA GRANZOTTO FACHINI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

03/07/2024 16:42:41.0

CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI)

Para aqueles que já vivenciaram vínculos que ferem, e se permitiram viver os vínculos que curam. E também para os que aprenderam a reconhecer a potência das relações de cuidado. Orgulhe-se da sua trajetória!

## AGRADECIMENTOS

Após dois anos de dedicação, a lista de agradecimentos não será breve. Foi um período pelo qual passei por muitos altos e baixos, e certamente não teria percorrido esse caminho sem o apoio que me amparou em cada passo.

Ao meu orientador, Deivisson, que primeiramente me “desorientou” para depois orientar. Com uma calma invejável, paciência, cuidado e respeito, me guiou em cada etapa, mesmo nos momentos em que a caminhada precisou se transformar em corrida. Obrigada por me ajudar a me sentir confiante e capaz de aprender e de ensinar.

À minha mãe, Neuzi, primeiro exemplo de amor e dedicação. Sua vida me mostra a potência das relações de cuidado. E ao meu pai, Mariano, trabalhador metalúrgico, que me ensinou que a classe trabalhadora nunca deve se conformar com a injustiça. Obrigada por me apoiarem nessa empreitada, mesmo sem compreender ou simpatizar com minha área de trabalho.

Para as minhas avós (*in memoriam*) Luiza e Isabel, mulheres históricas, que transbordavam força e vida. Viveram em meio a privações e com pouco acesso a direitos básicos, criaram seus filhos condicionados a acreditar no poder transformador da educação. Graças - também - ao esforço dessas pessoas gigantes, hoje faço parte da primeira geração da família que acessou o ensino superior, resultado de um esforço coletivo. Obrigada.

À minha irmã, Lidiane e ao meu filho Ryan, obrigada pela companhia, compreensão com as minhas ausências, pelas risadas, pelo amor, pelo cuidado que tornaram meus dias mais leves. Estendo o agradecimento a todos os familiares, que mesmo longe me enviam palavras de incentivo e me colocam em suas orações.

Às forças e ao amparo divino que me sustentaram até aqui.

À todas as amigas que nutrem nossas vidas.

À minha dupla no mestrado e no desenvolvimento dessa pesquisa, Isabel, que também é amiga, de coração bondoso, caráter forte, cuja amizade me amparou em inúmeros momentos. Que sorte te encontrar nessa vida!

À Thais, cujos elos de amizade se forjaram em momentos especialmente difíceis - talvez seja um dos motivos que a torna resistente a distância e ao tempo -, obrigada pelo compartilhamento de vida e de afeto.

Ao meu primeiro grupo no SUS: a residência multiprofissional em saúde da família, que me abriu portas e me apresentou caminhos que eu sequer imaginava. Ao NASF BN 4, primeira equipe que me acolheu e me ensinou sobre o trabalho na APS, tristemente dissolvida após 2020. Ao núcleo psi que me acompanhou na residência: Ariane, Katiucia e Luciana.

Aos CAPS que me receberam como trabalhadora, e também aos CAPS que gentilmente me aceitaram como pesquisadora. Às equipes de saúde, às gestoras e aos usuários, obrigada pela partilha do seu espaço, e por me emprestarem seus pontos de vista para que eu pudesse tentar ver além do que minhas limitações me permitem.

À UFPR que me oportunizou viver tudo isso. Ao professor e amigo Caíque, pelo incentivo e auxílio nas etapas de inscrição do mestrado. À CAPES, pelo auxílio financeiro que me possibilitou estar disponível para a pesquisa e ousar abraçar uma metodologia exigente. Ao PPG em Saúde Coletiva, ao corpo docente, ao grupo de pesquisa em saúde mental, aos colegas de turma. Ao RU que me manteve alimentada durante minhas “viagens” ao setor de ciências da saúde.

À equipe de pesquisa, docentes Sabrina e Deivisson, colegas de mestrado, alunos de iniciação científica, especialmente Tainara e Leonardo, dos quais estive mais próxima e acompanhei seu empenho e dedicação.

À minha banca de qualificação, Dr. Carlos Alberto Pegolo da Gama e Dr. Thiago Lavras Trapé, pelas contribuições para direcionamento e melhorias deste trabalho. À minha banca de defesa, Dra. Flavia Granzotto Facchini e Dr. Carlos Alberto Pegolo, pelos apontamentos necessários no aperfeiçoamento da versão final.

Aos usuários que me questionaram e me colocaram para pensar.

À todas as pessoas que porventura não citei nominalmente, mas sabem que tem participação nessa construção.

Por fim, à minha estranha mania de persistir, e meu desejo pela vida, que não me permite sossegar, que me exige movimento, que me faz desejar liberdade para mim e para o outro.

## APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Curitiba, 24 de Novembro de 2023:

*“Hoje tive orientação por telefone com o Deivisson, 17 minutos de ligação que abriram tantas abas na minha cabeça, me deu muito o que pensar. Primeiramente me dei conta de quão técnica minha escrita tem se tornado, e chorei. Foi a primeira vez nesses longos dias de escrita que entrei em contato com alguma emoção, e entendi a falta que isso me fez. Não vejo como algo ruim escrever de uma forma mais neutra, trabalhar com dimensões técnicas, isso é também necessário. Mas preciso do equilíbrio, não me identifico com algo que não atinge meus melhores sentimentos, não desenvolvo escrita quando preciso me engessar para caber em quadradinhos, “uma escrita quase matemática”, como o Deivisson disse. Em toda minha vida escrever foi terapêutico, é algo que transmito às pessoas que atendo na clínica, é revelador, e transformador. Nunca será apenas sobre explicar dados. Com essas reflexões, decidi reformular meu texto, buscando esse equilíbrio, e também senti falta de me ver aqui nesse diário de campo. (...) É assim que acesso a minha vontade de escrever, minha sede de conhecer. O produtivismo, o tecnicismo exagerado, me desconectam de mim, e eu não tenho desejo algum por produzir algo que não contenha partes de quem sou. Eu escrevo, na maior parte, com o coração.”*

(Diário de campo da autora)

Não por acaso, o trecho do último registro em diário de campo se tornou a abertura desta apresentação: escrita com grandes partes de afeto. É impossível apresentar o trabalho desenvolvido sem implicações pessoais, pois como toda produção humana, este estudo contém traços e influências de subjetividades. Todo o trabalho realizado foi pautado em princípios éticos e metodologia científica, somados à dimensão humana de cada um dos envolvidos. Como nenhuma ciência é neutra, fica aqui o informe de que essa dissertação foi escrita não apenas pela pesquisadora mestranda e graduada em psicologia, mas também pela mãe do Ryan, profissional de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), defensora dos direitos sociais, inconformada com o próprio sentimento de impotência diante das contrarreformas.

Ao contrário das expectativas iniciais do mestrado, essa pesquisa só tomou a forma atual enquanto o caminho de produzi-la era percorrido. Nesse sentido,

pesquisar a atenção psicossocial foi uma curiosidade desassossegada que emergiu a partir de experiências acadêmicas e profissionais na área da saúde mental.

Foram vários encontros de orientação, aulas e discussões até encontrar o caminho dentro do caminho, pois essa dissertação é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde”, idealizada em grupo. Com tantas possibilidades dentro desse tema amplo, a clareza acerca do foco foi encontrada já no decorrer do processo.

Todos os temas pensados antes de chegar a este direcionamento apresentaram uma característica em comum: o cuidado. Desse modo, pensar o cuidado em diferentes perspectivas, inseridas num determinado contexto, se fez relevante para refletir em que medida os atravessamentos das políticas macro têm afetado o cotidiano de usuários e trabalhadores. Essas influências por vezes se manifestam de formas tão sutis que, quando não há tempo nem espaço para reflexão, sequer são identificadas.

Pensar acerca das perspectivas de cuidado nos CAPS logo se mostrou um grande desafio, sendo o processo da produção dos dados uma fase permeada de curiosidade, quebra de preconceitos e bons encontros. A análise dos dados apresentou algumas surpresas ao mesmo tempo em que confirmou outras suspeitas. Há alegrias e dores envolvidas nesse estudo, assim como renovação de esperança e motivos para seguir acreditando no potencial transformador dessas redes de relações.

Assim como a atenção psicossocial, a produção desta pesquisa foi complexa e transdisciplinar, e a versão final desta dissertação não encerra o tema, nem esgota as possibilidades de discussão acerca dos resultados e dos dados produzidos. Sempre há mais trabalho pela frente.

“Mas o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trancou os ouvidos à saudade da mulher, e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo. Dizem os cronistas que ele morreu dali a dezessete meses, no mesmo estado em que entrou, sem ter podido alcançar nada. Alguns chegaram ao ponto de conjeturar que nunca houve outro louco, além dele, em Itaguaí;” (ASSIS, 2011, p. 77)

## RESUMO

Este estudo explora as perspectivas de usuários e profissionais de saúde sobre o cuidado, no contexto de quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que operam sob o modelo territorial na cidade de Curitiba-PR. Para isso, foram estipulados como objetivos: identificar e analisar os processos de gestão do cuidado e os princípios que orientam as práticas nos serviços estudados, sob a ótica da atenção psicossocial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, com delineamento transversal. Para construção dos dados utilizou-se da triangulação de métodos qualitativos. Os resultados foram organizados em quatro categorias de análise: "O que é o CAPS para os usuários?", "As relações da pessoa com o serviço", "Como o cuidado é ofertado" e "Como o cuidado é organizado". Verificou-se que as relações estabelecidas são a base do cuidado e que, nos serviços estudados, as práticas pautadas no paradigma da atenção psicossocial coexistem com uma lógica de trabalho gerencialista. Também foi possível observar a ausência de uma rede de cuidado em saúde mental, que atualmente se concentra nos Centros de Atenção Psicossocial e serviços de saúde. Concluiu-se que os processos de trabalho baseados em lógicas gerencialistas dificultam a prática dos princípios da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Gestão do cuidado; Saúde mental; Serviços de saúde mental.

## **ABSTRACT**

This study explores the perspectives of users and health professionals on care, in the context of four Psychosocial Care Centers (CAPS) that operate under the territorial model in the city of Curitiba-PR. To this end, the objectives were stipulated: to identify and analyze the care management processes and the principles that guide practices in the services studied, from the perspective of psychosocial care. This is a qualitative, exploratory-descriptive research, with a cross-sectional design. To construct the data, triangulation of qualitative methods was used. The results were organized into four categories of analysis: "What is CAPS for users?", "The person's relationships with the service", "How care is offered" and "How care is organized". It was found that established relationships are the basis of care and that, in the services studied, practices based on the psychosocial care paradigm coexist with a managerial work logic. It was also possible to observe the absence of a mental health care network, which currently focuses on Psychosocial Care Centers and health services. It was concluded that work processes based on managerial logic make it difficult to practice the principles of psychosocial care.

Keywords: Psychosocial Care; Care management; Mental health; Mental health services.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS E LOCALIZAÇÃO DOS CAPS .....	37
FIGURA 2 – CONTEXTO AMPLO .....	66

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DISCURSO X OBSERVAÇÃO .....	64
--	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS .....	38
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – USUÁRIOS (16) .....	44
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – PROFISSIONAIS DE SAÚDE (12) .....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AD	- Álcool e Drogas
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAP	- Comunidade ampliada de pesquisa
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CRP	- Conselho Regional de Psicologia
CTH	- Câmara técnica de humanização
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EC	- Emenda constitucional
FEAS	- Fundação Estatal de Atenção à Saúde
GTH	- Grupo de trabalho de humanização
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSCIP	- Organizações da sociedade civil de interesse público
OS	- Organizações sociais
PFST	- Programa de formação em saúde do trabalhador
PNH	- Política Nacional de Humanização
PPG	- Programa de Pós-graduação
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
PR	- Paraná
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RPB	- Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMELJ	- Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude
SMS	- Secretaria Municipal da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de consentimento livre e esclarecido
TM	- Transtorno mental
TR	- Técnico de referência
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CUIDADO EM LIBERDADE E CLÍNICA AMPLIADA .....	19
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	23
1.3 REFORMA E CONTRARREFORMA.....	27
1.4 RAPS: FINANCIAMENTO, DESFINANCIAMENTO E GERENCIALISMO .....	29
1.5 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE OS CAPS E O MOMENTO DE CURITIBA.....	32
1.6 O QUE NÃO É ELABORADO SE REPETE .....	34
1.7 OBJETIVOS .....	34
1.7.1 Objetivo geral .....	34
1.7.2 Objetivos específicos.....	34
<b>2 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>35</b>
2.1 DESENHO DO ESTUDO .....	35
2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO .....	35
2.3 PROCESSO DE ENTRADA EM CAMPO.....	38
2.4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS .....	39
2.4.1 Observação participante.....	40
2.4.2 Entrevistas.....	40
2.5 TRATAMENTO E REFERENCIAL TEÓRICO DOS DADOS.....	42
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
<b>3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>44</b>
3.1 O QUE É O CAPS PARA OS USUÁRIOS? .....	45
3.2 AS RELAÇÕES DA PESSOA COM O SERVIÇO .....	47
3.3 COMO O CUIDADO É OFERTADO.....	49
3.4 COMO O CUIDADO É ORGANIZADO.....	55
3.5 DIÁRIOS DE CAMPO.....	60
<b>4 DISCUSSÃO</b> .....	<b>62</b>
4.1 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CONVIVENDO COM A LÓGICA GERENCIALISTA.....	63
4.2 GERENCIALISMO QUE REDUZ E LIMITA A LÓGICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	67

4.3 OS LIMIARES DA AUTONOMIA: BREVES CONSIDERAÇÕES .....	70
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE 1 – PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE 2 – PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS .....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS PERÍODOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL, 1841-2019.....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A relação da sociedade com a loucura atravessa diferentes contextos históricos, políticos e sociais, recebendo variadas interpretações ao longo da história da humanidade. Portanto, a loucura nem sempre esteve vinculada a questões médicas, tornando-se objeto de estudo dessa área apenas após a ascensão da burguesia (século XVIII). Nesse período, com o estabelecimento do sistema capitalista, surgiu uma ordem social baseada no contrato entre cidadãos. Assim, tornou-se necessário criar um espaço destinado àqueles que não se enquadravam no cenário social: os loucos. (Koda, 2002)

Em sua obra 'História da Loucura na Idade Clássica', Foucault (1978) demonstra que em períodos históricos diferentes, as percepções e reações acerca da loucura não foram as mesmas, mas seguem uma sequência de transformações influenciadas pelo momento histórico, político e cultural no mundo ocidental. Remontando a história da humanidade, seus modelos de sociedade e transformações, Foucault (1978) aborda a passagem do tempo desde a idade média até o período contemporâneo, constatando que inicialmente a loucura foi interpretada como uma experiência, tornando-se nos períodos seguintes um problema das cidades, e por fim sendo designada à tutela da psiquiatria, sob a interpretação de uma doença mental passível de tratamento e cura. Com essa análise, o autor expõe que a loucura concebida como "doença mental" é recente na história da humanidade, tal concepção foi construída a partir de um amplo processo histórico que gradativamente envolveu esferas políticas, sociais, jurídicas, econômicas, religiosas e morais.

Em cada período, os conceitos de normalidade e desajuste foram atualizados conforme o que seria aceitável ou não na estrutura de sociedade vigente. Através do ordenamento jurídico, o Estado estabeleceu normas acerca das condutas necessárias para a vida em sociedade, classificando punições para os comportamentos diferentes dos considerados aceitáveis. Às instituições foi designado o papel de 'disciplinar os desajustados'. (Marcantonio, 2010)

O isolamento foi um dos fundamentos do modelo manicomial, pautado no trabalho de Pinel<sup>1</sup> (século XVIII – XIV), que defendia a necessidade de isolar para conhecer e tratar. Desse modo, criou uma classificação das formas de alienação e assim estruturou o tratamento moral<sup>2</sup>. Para isso, teve como base o modelo de laboratório, a racionalidade científica das ciências naturais para a abordagem do objeto de estudo. (Teixeira, 2019)

Amarante e Torre (2018), acrescentam que

O confinamento da loucura no manicômio e seu submetimento como objeto de intervenção do alienismo produzem uma nova experiência da loucura, capturada pelo discurso médico, que de forma estratégica constrói a noção de loucura como erro e ausência de sentido, como desordem da razão e perda do juízo moral, e ausência de saúde psíquica. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social. O alienado é o indivíduo que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo; é incapaz do juízo, incapaz da verdade e por isso perigoso para si e para os outros.

Desse pensamento resulta a conclusão de que o doente mental deve ser “protegido” por meio do cerceamento de sua liberdade, direitos e autonomia. (Amarante e Torre, 2018)

No Brasil, a história da institucionalização da loucura remete ao período imperial, quando da criação do Hospício de Alienados Pedro II, em 1841. Sampaio e Bispo Junior (2021), ao realizar uma análise da trajetória das políticas e ações de saúde mental no Brasil de 1841 até 2019, estabelecem sete grandes períodos (Anexo 1), são eles: Institucionalização da saúde mental (1841-1964), Autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978), Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984), Redemocratização, criação do SUS e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990), Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000), Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016) e Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2019).

---

<sup>1</sup>Philippe Pinel foi um médico francês considerado o pioneiro na abordagem a alienação mental e precursor da psiquiatria moderna. Foi médico-chefe de Bicêtre, unidade do hospital geral de Paris, e posteriormente diretor da Salpêtrière. A partir de suas experiências, criou uma classificação das formas de alienação e o tratamento moral. (Teixeira, 2019)

<sup>2</sup> Tratamento proposto para a cura da alienação mental, que consistia em intervenções de ordem física (o uso da sangria, evacuanes, espasmódicos e banhos quentes e frios) e moral (medidas ocupacionais, disciplinares, de consolo e de persuasão).

Cabe ressaltar que a história da atenção à saúde mental no Brasil, já foi cenário de diversas práticas violentas, voltadas para a segregação e desumanização, pautadas em um modelo manicomial. Assim como no cenário europeu, o período anterior aos movimentos de Reforma Psiquiátrica, foi caracterizado pela centralidade das instituições hospitalares - ou manicômios, colônias, asilos - na assistência em saúde mental. Este era o lugar dos classificados como loucos: o isolamento, a desconexão com um território, uma vida inteira - ou grande parte dela - dentro de uma instituição. O manicômio foi uma das instituições descritas por Goffman (1987) como instituição total, termo que define locais onde residem um grande número de indivíduos, separados da sociedade, e em situações semelhantes, levando uma vida formalmente administrada.

Com o cerceamento do direito à cidadania, os indivíduos presentes nessas instituições também sofrem com um processo de desumanização, para se adequar aos padrões impostos pela mesma. Desse modo, "(...) ao ser admitido numa instituição total, é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal" (Goffman, 1987, p. 28).

A partir da Segunda Guerra Mundial, houve uma ampliação de questionamentos dos valores vigentes até então, com discussões sobre as desigualdades sociais e intensificação das lutas pelas políticas sociais. Devido a essa pressão exercida pelas mobilizações das classes populares, o Estado se vê obrigado a contemplar em suas políticas a ampliação dos direitos sociais (educação, saúde e trabalho). Desse modo, entre outras atribuições, o Estado se torna o responsável pelo acesso à saúde e planejamento dos processos sociais que a envolvem. (Koda, 2002)

As consequências da guerra implicaram reações também no âmbito da assistência psiquiátrica. O grande número de soldados internados por distúrbios mentais expôs a ineficiência do tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos, "(...) acabavam por instalar um processo de iatrogenia, deixando inválida e desperdiçando força de trabalho necessária para a reconstrução de um continente destruído pela guerra" (Koda, 2002). A violência da guerra, que causou impacto e indignação, colocou em cheque o tratamento desumano nos hospitais psiquiátricos, expondo uma urgência necessária de um movimento de mudança.

Buscando mudanças nesse modelo de assistência, a partir da década de 1940, diferentes países pelo mundo realizaram experiências para modificar esse cenário, seja transformando a instituição hospitalar, ou rompendo com o modelo hospitalocêntrico, buscando diferentes estratégias para o cuidado em saúde mental. (Cézar e Coelho, 2017)

No final da década de 1970, no Brasil, teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que se fortalece em um contexto político de luta pela democracia, e eclosão de outros movimentos sociais. Inspirada principalmente no modelo italiano de desinstitucionalização liderado por Franco Basaglia, a RPB pautou-se em princípios democráticos, buscando romper com o paradigma da psiquiatria tradicional. (Perotti, Holanda e Mariotti, 2021; Cézar e Coelho, 2017)

Cabe ressaltar que a RPB não se restringe apenas aos serviços de saúde; ela é compreendida como um processo social complexo. Segundo Amarante (2007), as dimensões da RPB atuam de forma interdependente nos níveis teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. No nível teórico-conceitual, a RPB busca reformular as bases conceituais da abordagem psiquiátrica, como a concepção de doença mental e os modelos de tratamento. No âmbito técnico-assistencial, o movimento visa não apenas desospitalizar, mas também desinstitucionalizar, propondo um cuidado integral que respeite os direitos humanos e reconheça o indivíduo em sofrimento mental como um cidadão pleno de direitos. Do ponto de vista jurídico-político, a RPB busca transformar as estruturas legais e políticas relacionadas à saúde mental, promovendo a inclusão social e o reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Já no contexto sociocultural, a RPB busca modificar o lugar social da loucura, combatendo estigmas e promovendo a compreensão da diversidade das experiências humanas.

Assim, o movimento da RPB inaugurou uma mudança significativa na forma como o cuidado em saúde mental é concebido e praticado no Brasil, iniciando a construção de modelos de cuidado fundamentados no paradigma da Atenção Psicossocial.

## 1.1 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CUIDADO EM LIBERDADE E CLÍNICA AMPLIADA

A Atenção Psicossocial é um paradigma e também um modelo de cuidado complexo e transdisciplinar. Sua construção é fundamentada em um rico conjunto de subsídios teórico-práticos, oriundos de experiências internacionais diversas. Destacam-se contribuições importantes da Psiquiatria Democrática italiana, que enfatiza a participação democrática no tratamento psiquiátrico, da Psiquiatria de Setor francesa, que organiza o atendimento em unidades geográficas específicas, da Psiquiatria Preventiva Comunitária norte americana, que muda o enfoque da doença para a saúde mental, além das influências da Antipsiquiatria e da Psicoterapia Institucional. (Costa-Rosa et al, 2003 apud Fernandes et al, 2020; Ribeiro, 2004)

Esse modelo de Atenção Psicossocial é fundamentado na concepção ampliada de saúde, indo além da mera ausência de doença e considerando os diversos determinantes sociais que influenciam nas respostas do indivíduo para lidar com as adversidades. Este paradigma reconhece a importância das construções históricas que moldaram as percepções sobre o papel da pessoa com transtorno mental na sociedade e busca compreender as questões coletivas e sociais que se entrelaçam no nível individual, resultando em experiências de sofrimento. (Nunes, Guimarães e Sampaio, 2016)

Ao adotar uma perspectiva mais abrangente, o modelo de Atenção Psicossocial não se limita apenas ao aspecto clínico da saúde. Ele transcende as fronteiras do corpo físico e abraça o território em que o indivíduo está inserido, incorporando suas relações interpessoais e considerando o contexto mais amplo que molda a sua existência. Desta forma, compreende-se que o sofrimento é uma parte intrínseca da experiência humana, indo além de uma simples manifestação de sintomas a serem combatidos. Neste movimento, o sofrimento é encarado não como uma entidade isolada a ser eliminada, mas como uma dimensão natural da vida, reconhecendo a complexidade das experiências humanas. (Amarante, 2007; Yasui, Luzio e Amarante, 2018)

Desse modo, o conceito tradicional de “cura” é substituído pela ampliação das possibilidades concretas de vida, pelo resgate da autonomia, da cidadania, da emancipação do sujeito, conforme descrito por Amarante e Torre (2018):

O lugar da “cura” e da “reabilitação” não é mais a instituição de tratamento nem o serviço de saúde, ainda que a assistência pública em serviços

abertos seja fundamental para a mudança nos modos de cuidado e fortalecimento dos dispositivos e estratégias da atenção psicossocial. O lugar da emancipação e da autonomia, entendidas como realidades dinâmicas a serem construídas, é a cidade, as relações sociais possíveis no espaço da cidade, nos espaços de convivência coletiva, nos espaços de participação social, nos grupos sociais diversos e na busca de cuidado integral e acesso a políticas públicas. Isto é, promover o direito ao lazer e ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação, mobilidade social, e a uma cidade sustentável e com mais equidade para os sujeitos em sua diversidade.

No que diz respeito às equipes de saúde, sua função ultrapassa o modelo tradicional de queixa-conduta. Elas têm o papel crucial de mediar o reposicionamento do indivíduo em relação ao seu sofrimento. Essa abordagem respeita o protagonismo da pessoa no processo de recuperação, reconhecendo-a como agente ativo em sua própria jornada. Desse modo, as equipes de saúde atuam como facilitadoras, fornecendo suporte, orientação e recursos necessários para que o indivíduo possa construir um novo entendimento acerca de sua condição e desenvolver estratégias pessoais para lidar com o sofrimento. (Amarante, 2007; Yasui, Luzio e Amarante, 2018)

Assumindo que as relações são a peça central no trabalho em saúde mental, a noção de território abrange também a dimensão subjetiva dos profissionais, da mesma forma que contempla os usuários. Assim, essa noção de território contribui para a construção do cuidado em rede. (Brasil, 2013)

O conceito de território, neste contexto, transcende uma mera divisão físico-política e é compreendido como um espaço complexo no qual se entrelaçam experiências e vínculos afetivos. Este ambiente é influenciado por diversos fatores, como administração, política e relações de poder. Assim, ao contemplar o cuidado integral, é fundamental considerar o território no qual o sujeito está inserido. (Lima e Yasui, 2014; Furtado, et al, 2016)

Nesse cenário, o cuidado em liberdade representa um conceito que vai além da desospitalização. Cuidar em liberdade não se restringe a eliminar restrições físicas, mas implica em promover cidadania, garantindo, preservando e recuperando a autonomia dos usuários. Este processo promove a participação ativa desses indivíduos na elaboração de planos terapêuticos e em outras decisões que impactam suas vidas. (Guimarães, Veras e Carli, 2018)

Cuidar em liberdade significa também promover a inserção social, apoiando as pessoas para que se tornem protagonistas na gestão de sua própria saúde

mental. (Guimarães, Veras e Carli, 2018) Dessa forma, os conceitos de território e cuidado em liberdade convergem, reforçando a necessidade de considerar o ambiente em que o sujeito está inserido como parte integrante de uma prática de saúde mental verdadeiramente integral.

Considerando o complexo processo de desinstitucionalização, que vai além da desospitalização, é crucial ressaltar que o olhar para o território é uma parte indispensável do cuidado em liberdade. Para uma plena inserção social, é necessário mais do que uma rede de assistência à saúde; entre outros fatores, envolve uma rede comunitária que abrange espaços públicos para circulação de pessoas e afetos, contemplando as diversas expressões de existir. (Leão e Batista, 2020)

Portanto, o paradigma da Atenção Psicossocial também rompe com o modelo de clínica tradicional, e por meio de uma visão ampliada dos processos biopsicossocioculturais que envolvem a experiência humana, se opõem ao modelo biologicista que tem como foco a doença. A denominada clínica ampliada almeja a atenção integral ao sujeito, por meio de um enfoque que considera o contexto, as relações interpessoais, o território e toda a complexa rede de interseções que compõem a experiência humana. Nessa mesma linha de pensamento, visando a integralidade da atenção, a clínica centrada na pessoa considera o sujeito como o centro do cuidado. Respeitando não somente suas necessidades clínicas, mas também seus desejos, preferências, crenças, valores, potencial e autonomia. É destacada a importância da construção de uma relação terapêutica horizontal, que promova confiança e respeito mútuo, contribuindo para um ambiente de cuidado que transcende a abordagem tradicional. (Cunha, 2004; Campos e Amaral, 2007; Bacellar, Rocha e Flor, 2012) Nesse estudo compreendemos que ambos os conceitos almejam os mesmos objetivos do cuidado integral pautado em uma relação de confiança e respeito, considerando a saúde em sua amplitude. Portanto, a partir desse esclarecimento, o termo utilizado será clínica ampliada, referindo-se também ao cuidado centrado na pessoa.

O conceito da clínica ampliada foi adotado como diretriz na elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH). Nas várias publicações que abordam a humanização do cuidado em saúde, a ênfase na horizontalidade das relações ultrapassa a interação entre profissionais e usuários, estendendo-se à

corresponsabilização que envolve também os gestores do sistema de saúde. (Brasil, 2009; Barros, Jorge e Pinto, 2010; Grigolo, et al, 2014) Nesse contexto, a humanização do cuidado não apenas abrange a dimensão emocional, mas também se traduz em uma prática que compartilha decisões, fomenta a autonomia e promove a corresponsabilização entre usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde. Trata-se da gestão democrática, que incluindo diferentes saberes presentes na comunidade, abre perspectivas de viabilizar a construção de processos significativos nos diversos modos de produzir saúde. (Brasil, 2009)

## 1.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política transversal que adotou como referência estratégias e posicionamentos dos ideais da RPB, inspirada em experiências exitosas de atenção à saúde mental. Assim, a PNH desenvolve dispositivos para produção de saúde em todos os níveis de atenção. (Grigolo, et al, 2014)

A PNH surge da convergência dos principais desafios e necessidades daquele momento, abordando questões relacionadas à qualidade e dignidade no cuidado em saúde, promovendo iniciativas de humanização do SUS e enfrentamento de problemas na organização e gestão do trabalho, que impactam tanto a vida dos profissionais quanto o cuidado prestado. (Pasche, Passos e Hennington, 2011) Desse modo, a PNH, estruturada em seus próprios princípios, método, diretrizes e dispositivos, apostou "(...) na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade" (Brasil, 2010).

São princípios da PNH a transversalidade - que promove o aumento da comunicação entre pessoas e grupos, transforma as relações e a comunicação entre os sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde e resulta na desestabilização das fronteiras dos conhecimentos, dos territórios de poder e dos modos estabelecidos nas estruturações das relações de trabalho -, a indissociabilidade entre atenção e gestão, e o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. (Brasil, 2010)

Como modo de conduzir os processos a que se propõe, a PNH apresenta o que chama de “método de tríplice inclusão”, que consiste na inclusão de sujeitos: gestores, trabalhadores e usuários, no sentido de promover autonomia, protagonismo e co-responsabilidade; Na inclusão de “analísadores sociais, ou mais especificamente, a inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança” (Brasil, 2010). E por fim, há a inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como a experiência singular e sensível dos trabalhadores de saúde durante o trabalho em grupo. Respectivamente, como instrumentos concretos de ação, são apontadas as rodas de conversa, análise coletiva dos conflitos e fomento das redes. (Brasil, 2010)

Expressando o método da inclusão, a PNH adotou como diretrizes a clínica ampliada, a co-gestão, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o fomento das grupalidades, coletivos e redes, e a construção da memória do SUS que dá certo. (Brasil, 2010) Nessa perspectiva, a clínica ampliada evoca o olhar e ação para além do diagnóstico, considerando o sujeito, seu sofrimento, contextos e território, buscando em meio a essa complexidade promover saúde e autonomia. A diretriz da co-gestão assume que a gestão em saúde não é função exclusiva de gestores, mas deve incluir trabalhadores e usuários, promovendo relações horizontais e a corresponsabilidade pela produção de saúde. O acolhimento é concebido como um compromisso de responder às necessidades dos cidadãos, manifestando-se como uma atitude atenta e receptiva à diversidade cultural, racial e étnica. É também mencionado como uma ferramenta relacional que intervém na escuta ativa, construção de vínculos, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade dos serviços. Para a PNH, a valorização do trabalho e do trabalhador perpassa a compreensão de que o trabalho e a saúde são categorias fundamentais na vida, e ao mesmo tempo em que tem o potencial de produção de sentido, o trabalho também pode ser fonte de sofrimento. Portanto, evidencia a necessidade de criação de espaços coletivos para fomento do debate e análise das práticas, para assim promover saúde. A defesa dos direitos dos usuários, segue o eixo definido pelo próprio nome, ressaltando que essa deve ser a base para nortear as práticas em saúde. O fomento das grupalidades enfatiza a importância dos coletivos para ações de transformação, assumindo que o processo

da produção de saúde e subjetividade ocorre por meio de uma rede de conexões. Por fim, a construção da memória do SUS que dá certo enfatiza a relevância dos registros da história já construída, desafios enfrentados e avanços conquistados, compartilhando e disseminando novos modos de fazer em saúde. (Brasil, 2010; Mello, 2009)

Os dispositivos desenvolvidos da PNH concretizam as diretrizes através de arranjos de processos de trabalho, buscando envolver coletivos e promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, são eles: o grupo de trabalho de humanização (GTH) e a câmara técnica de humanização (CTH), o colegiado gestor, e o contrato de gestão, sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, como gerências de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, a visita aberta e o direito à acompanhante, o programa de formação em saúde do trabalhador (PFST) e da comunidade ampliada de pesquisa (CAP), a equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, projetos co-geridos de ambiência, o acolhimento com classificação de riscos, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde coletiva, assim como o projeto memória do SUS que dá certo. (Brasil, 2010)

Acerca dos dispositivos, serão explanados a equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, ambiência, acolhimento e projeto terapêutico singular. A equipe transdisciplinar de referência é um grupo de trabalhadores que atua de maneira integrada e colaborativa, equilibrando poderes e responsabilidades para tomar decisões sobre o processo de trabalho e cuidados aos usuários. Esse modelo promove a co-responsabilidade, comunicação e troca de saberes entre os membros, além de reorganizar a gestão do trabalho, diminuindo a fragmentação e burocratização dos serviços de saúde. A equipe de apoio matricial, por sua vez, é formada por profissionais com expertise específica que fornecem suporte técnico e político às equipes de referência. Este apoio visa qualificar a atenção à saúde por meio de intervenções negociadas, ajudando as equipes a analisar a realidade e desenvolver soluções, promovendo a integração de serviços e práticas de saúde. (Brasil, 2010)

A ambiência, para a PNH, é o conceito que abrange o tratamento do espaço físico como um ambiente social, profissional e de relações interpessoais, destinado a proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. Isso envolve mais do

que a simples organização técnica dos espaços, incluindo as experiências vivenciadas pelas pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (Brasil, 2010)

Nesse sentido, o conceito de acolhimento nos serviços de saúde vai além de uma simples recepção ou triagem. Ele é entendido como um componente essencial do processo de produção de saúde, caracterizado por uma atitude de inclusão e proximidade com o usuário. O acolhimento envolve ouvir e responder de forma responsável e resolutiva às necessidades dos usuários, criando redes de apoio dentro e fora do serviço de saúde. Trata-se de um compromisso coletivo para garantir que todas as demandas de saúde sejam atendidas de maneira eficaz, estabelecendo articulações necessárias para a continuidade do cuidado. (Brasil, 2010)

Por fim, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de organização e planejamento do cuidado em saúde, desenvolvido de forma colaborativa entre a equipe de saúde e o usuário, levando em consideração as particularidades individuais e a complexidade de cada caso. No PTS, as necessidades de saúde são identificadas, discutidas, e o plano de cuidado é estabelecido de forma compartilhada, promovendo o fortalecimento dos vínculos e a corresponsabilização entre todos os envolvidos. Esses projetos são resultado de acordos entre as demandas dos usuários e os conhecimentos e experiências da equipe de saúde, sendo elaborados em reuniões interdisciplinares. O PTS auxilia a equipe a estabelecer prioridades de trabalho, promove a corresponsabilização, além de fortalecer os vínculos e aumentar a efetividade das intervenções. (Brasil, 2010)

Essa ampla base teórico-prática fornecida pela PNH ganha vida no contexto das relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde e dos territórios físicos e existenciais, e especialmente delineando modos de gestão do cuidado na atenção psicossocial.

Por gestão do cuidado entende-se o conjunto de práticas e estratégias adotadas no contexto dos serviços de saúde, visando organizar os processos de trabalho, promover a integralidade e qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Isso envolve a articulação entre diferentes pontos da rede de atenção à saúde. A gestão do cuidado também envolve a criação de condições favoráveis para o trabalho dos profissionais de saúde e na promoção relações horizontais, decisões

colaborativas e participativas entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários. (Paes, et al, 2021) Portanto, a gestão do cuidado, para além do foco da clínica, amplia o objeto de trabalho, entendendo que o cuidado abrange diferentes sujeitos envolvidos, relações sociais, serviços de saúde, territórios, processos de trabalho, enfim, todos que compõem as redes do complexo processo de cuidar.

### 1.3 REFORMA E CONTRARREFORMA

Ao longo de quase três décadas, a RPB se consolidou como um processo transformador que impactou significativamente as esferas legislativas, sociais e de assistência à saúde mental. Assim como o movimento da Reforma Sanitária, a força da RPB reside na ampla participação popular que por meio dos movimentos sociais impulsionou os processos de mudança, conforme explicado por Amarante (2007), apud Romano, et al (2023):

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira conta com a participação de profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde mental e é fator decisivo na transformação do modelo assistencial em saúde mental, tornando-o menos excludente. Em 1978 foi criado, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que logo obteve alcance nacional.

Essa jornada, marcada por avanços notáveis, também se deparou com desafios intrincados que demandaram atenção e esforços consideráveis. Entre esses desafios destacam-se questões como a formação de recursos humanos capacitados, a insuficiência de financiamento e os obstáculos associados à integração efetiva da saúde mental com a atenção primária (Almeida, 2019).

Vale ressaltar que a transição de paradigmas, do biomédico para o psicossocial, não se caracteriza por um processo linear e contínuo. Em meio aos movimentos de mudança, torna-se evidente que o paradigma biomédico não foi totalmente superado. Mesmo em serviços substitutivos, ainda persistem práticas fragmentadas e centradas no diagnóstico, demonstrando a complexidade e resistência à plena implementação do modelo de Atenção Psicossocial (Souza, Maciel e Medeiros, 2018; Martins, Buchele e Bolsoni, 2021).

Sampaio e Bispo-Junior (2021) identificam o período entre 2001 e 2016 como uma fase de avanços institucionais significativos na área da saúde mental,

destacando a implementação de políticas públicas, leis e normativas que desempenharam um papel crucial no fortalecimento do modelo de atenção psicossocial no Brasil.

Um dos marcos centrais desse período foi a promulgação da lei nº 10.216/01, que "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Essa legislação representou uma etapa significativa no processo da RPB, consolidando princípios fundamentais voltados para a promoção da dignidade, autonomia e inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Além disso, a lei nº 10.216/01 delineou diretrizes para a reorganização do modelo de atenção, estabelecendo a substituição progressiva dos manicômios por serviços comunitários e promovendo uma abordagem mais humanizada e integrada no cuidado à saúde mental (Brasil, 2001).

Outro marco de relevância foi a Portaria 3088/11, que formalmente instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa medida estabeleceu uma estrutura organizacional capaz de articular diferentes níveis de cuidado e serviços, visando garantir uma atenção integral e descentralizada à saúde mental. A RAPS emergiu como um instrumento essencial para a consolidação da RPB, promovendo a criação de um maior número de serviços substitutivos e reforçando a importância da comunidade no processo terapêutico (Brasil, 2011).

Contudo, a partir de 2016, em um contexto de instabilidade política e ascensão de grupos conservadores neoliberais que capturaram a mobilização popular no país, observou-se uma série de transformações nas políticas de saúde mental que desencadearam movimentos contrários aos progressos alcançados pela RPB. Este retrocesso tornou-se evidente com as iniciativas adotadas pelo governo federal durante esse período, sendo iniciado pela aprovação da Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016, que estabeleceu limites de teto de gastos das despesas primárias por um período de até vinte anos.

Analisando as mudanças na política nacional de saúde mental, através de normativas, documentos de caráter público e dados do ministério da saúde, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) indicam que existe uma tendência de congelamento na instalação de serviços de saúde mental de base comunitária. Ressaltam que está em alta, nesse momento, o incentivo à internação psiquiátrica e recursos financeiros

destinados às comunidades terapêuticas. Essa prática de financiamento vai na contramão do modelo de atenção psicossocial e potencializa a fragmentação do cuidado (Pimentel e Amarante, 2020).

A Nova Política de Saúde Mental, ao representar o posicionamento institucional, também exibiu elementos de contra-reforma, consolidando uma mudança de paradigma que contrasta com as diretrizes progressistas da RPB (Delgado, 2019; Sampaio e Bispo Júnior, 2021). Entre as alterações significativas, merece destaque a inclusão, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia e unidades ambulatoriais. (Brasil, 2019)

Essa reconfiguração da RAPS reflete uma abordagem que se afasta dos princípios da RPB, reintroduzindo estruturas asilares e segregadoras no cenário da saúde mental. No âmbito do tratamento de questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, percebe-se uma ênfase proibicionista<sup>3</sup> e punitivista, acompanhada de um estímulo às internações, com financiamentos direcionados principalmente para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Essa abordagem reacionária contrasta diretamente com os princípios de cuidado integral e comunitário preconizados pela RPB (Brasil, 2019; Toledo, Coutinho e Bastos, 2020; Oliveira, et al., 2022).

#### 1.4 RAPS: FINANCIAMENTO, DESFINANCIAMENTO E GERENCIALISMO

A promulgação da lei nº 10.216/01 marcou um ponto de inflexão esperado, resultando em um notável aumento no financiamento da rede de serviços extra hospitalares em detrimento dos leitos psiquiátricos. Em 2013, essa mudança refletiu de maneira expressiva, compreendendo 79,39% do total do orçamento destinado à saúde mental (Nunes, et al. 2019). Contudo, o progresso da reforma enfrentou desafios consideráveis, conforme destacado no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010). O documento apontou a forte oposição, especialmente por parte de alguns setores médicos no país, que defendiam

---

<sup>3</sup> Segundo Fiore (2012), o proibicionismo reside basicamente nas premissas de que o Estado deve proibir o consumo de algumas drogas, devido ao uso ser considerado uma prática danosa e por isso, segundo este argumento, as drogas devem ser combatidas tendo a sua circulação e consumo criminalizadas.

demandas corporativistas e, notavelmente na psiquiatria, enfatizavam o modelo biomédico e promoviam uma campanha explícita contra a reforma psiquiátrica.

Diferentes estudos que analisaram os valores destinados à saúde mental desde 2001, revelaram uma estagnação no financiamento em 2017. (Gonçalves, Vieira e Delgado, 2012; Nunes, et al, 2019). Dessa forma, Nunes, et al (2019), concluíram que a contração orçamentária anual impacta negativamente tanto na deterioração dos serviços substitutivos já existentes quanto no congelamento da expansão de novos serviços. Esse contexto ainda promove a precarização da assistência prestada, comprometendo a eficiência dos serviços, que se tornam alvo de críticas por parte de setores e movimentos contrários à reforma.

Historicamente subfinanciado, o Sistema Único de Saúde (SUS) viu esse problema se intensificar a partir de 2016, com a implementação da Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016. Posteriormente, em 2020, a crise da COVID-19 agravou ainda mais essa situação. Além disso, a mudança no modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), através do Programa Previne Brasil, contribui para afastar o sistema do princípio da universalidade, já que seus critérios direcionam o trabalho de forma mais operacional. Adicionalmente, a alteração no modelo de financiamento também resultou na extinção dos repasses diretos ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), o que desestimula o trabalho interprofissional e compromete a integralidade do cuidado. (Mendes e Carnut, 2023) Diante das contínuas reduções orçamentárias do SUS e, no âmbito da RAPS, com as mudanças recentes na tendência de alocação de recursos, a viabilidade dos serviços substitutivos têm se tornado progressivamente mais difícil.

Nesse contexto, mais explicitamente a partir da década de 1990, o gerencialismo vem permeando gradualmente a administração pública, especialmente o setor de saúde, se manifestando na forma das parcerias público-privadas, contratualizações por resultados, remunerações variáveis por desempenho, entre outras. (Mendes e Carnut, 2018) Trata-se de um tema controverso, pois as parcerias público-privadas na saúde pública são vistas como um passo em direção à privatização do setor e à diminuição da responsabilidade do Estado na implementação das políticas sociais. Os argumentos em favor dessa implementação, baseiam-se na ideia de que podem ser resolvidas as dificuldades históricas do setor público, no que diz respeito a oferecer cuidados de qualidade,

problemas relacionados à manutenção de serviços e à contratação de pessoal. (Costa e Dimenstein, 2015) Segundo Garces e Silveira (2002), a implementação da contratualização por resultados na administração pública busca conferir flexibilidade e responsabilidade, com ênfase em apresentar resultados e desempenho.

No entanto, apesar desse discurso, na prática gerencial, algumas das implicações recaem sobre os servidores, que se encontram em um ambiente de trabalho orientado para resultados, mas muitas vezes têm que lidar com uma estrutura estatal que permanece rígida e burocrática. (Mendes e Carnut, 2018)

Pascoal (2022) afirma que:

A gestão gerencialista é um pensamento que interpreta as atividades humanas em parâmetros de desempenho e por sua vez traduz esse desempenho em custos ou benefícios; é uma combinação de regras racionais e irracionais, prescrições rigorosas e utópicas, instrumentos de medida refinados, técnicas de avaliação concretas.

Nesse sentido, Terra e Campos (2019) analisaram o trabalho de médicos na APS, relacionando a perda de autonomia do profissional de saúde ao gerencialismo. Concluíram que o distanciamento do planejamento, a fragmentação do cuidado - características desse modelo de gestão - e a predominância do modelo biomédico aprofundam a alienação do trabalho, abordando também uma reflexão acerca dos protocolos que direcionam a execução das práticas sem conhecer o contexto de atuação das equipes.

De acordo com Pereira (2011), o modelo de gestão gerencialista, busca a redução de custos e o aumento da eficiência no trabalho. No entanto, isso frequentemente resulta na centralização do poder decisório nas mãos dos gerentes, retirando essa capacidade dos trabalhadores, especialmente daqueles que não são médicos. Os gerentes elaboram os protocolos e padronizam as práticas terapêuticas, epidemiológicas e diagnósticas, controlando e definindo os processos de trabalho. A mesma autora conclui que ao se considerar a natureza do trabalho em saúde, a gestão não deve ser associada indiscriminadamente aos valores comerciais e às práticas de centralização do poder, nem ser reduzida apenas à dimensão objetiva, mas deve também incorporar a subjetividade. Desse modo, a adesão de moldes gerenciais que sacrificam a subjetividade em nome da produtividade, apresenta o iminente risco de distanciamento dos princípios de gestão elencados na PNH. (Mendes e Carnut, 2018; Iglesias, et al, 2021)

## 1.5 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE OS CAPS E O MOMENTO DE CURITIBA

Na cidade de Curitiba, até o ano de 2017, os CAPS para atendimento do público adulto eram organizados em uma divisão entre as clínicas AD (álcool e drogas) e TM (transtornos mentais). Entretanto, simultaneamente ao cenário nacional de contração orçamentária em uma realidade contra-reformista, a gestão municipal optou por uma mudança significativa na estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesse contexto, a abordagem discriminada de CAPS específicos para a população com sofrimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas foi abolida. Em seu lugar, foi estabelecida uma tipologia única para todos os CAPS existentes, sendo denominados pela gestão de CAPS territorial. O anúncio dessa mudança foi motivo de preocupação e questionamentos por parte de usuários e profissionais, conforme relatado pelo na época vereador Goura:

Conversei com profissionais e usuários, e gente tem um trabalho em andamento, principalmente nos CAPs-AD, que haverá uma ruptura. Ou seja, todo o trabalho que já existe será reconfigurado. Juntar o TM e ao AD, são terapêuticas distintas, exigem abordagens distintas.

Em contraposição, os vereadores que apoiaram a mudança enfatizaram a potencial melhoria no acesso aos serviços de saúde mental como um dos principais argumentos favoráveis. Assumindo que a adoção de um CAPS de referência em cada regional contribuiria significativamente para otimizar o acesso da população a esses recursos. A vereadora Maria Letícia, ao justificar seu apoio à reestruturação proposta, acrescentou que a medida encontrava respaldo em uma portaria do Ministério da Saúde datada de 2011, embora não devidamente referenciada na notícia. (Curitiba, 2017)

A vereadora destacou ainda o mapeamento da rede de saúde mental, iniciado em janeiro daquele ano, para embasar a reorganização proposta. Esse estudo, segundo ela, identificou uma prática que parecia heterogênea, sem protocolos e apresentando atendimentos diversos. (Curitiba, 2017)

Na mesma notícia, é relatado que houve ainda, pelo vereador Goura, a sugestão de realização de uma audiência pública para aprofundar o debate. Entretanto, isso não aconteceu.

Posteriormente, o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR) emitiu uma declaração expressando sua oposição ao que denominou de 'Dimensionamento dos CAPS' em Curitiba. A nota do CRP-PR manifestou preocupação com o movimento de reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na cidade, destacando a possibilidade de impactos negativos no atendimento à população, especialmente na desarticulação da especificidade dos CAPS AD, voltados para usuários de álcool e drogas.

No que se refere ao modelo proposto, que visava centralizar todas as demandas em saúde mental em um único CAPS, o CRP-PR alertou para o risco de desassistência e homogeneização do processo de trabalho, o que poderia resultar em prejuízos significativos para os usuários. Citou o exemplo de outros municípios em que modelos similares foram adotados, mencionando o risco de desvinculação dos usuários, por não se reconhecerem nessa proposta de assistência. Além disso, o conselho criticou o desfinanciamento a nível federal, que prejudica a expansão necessária da RAPS.

No mesmo comunicado, o CRP-PR informou que, desde que teve conhecimento das mudanças propostas pela Prefeitura de Curitiba na estrutura da rede de saúde mental, buscou promover debates e reuniões, além de solicitar informações técnicas à Prefeitura. No entanto, apesar das tentativas de diálogo, a resposta oficial só foi recebida após a aprovação das alterações propostas, durante uma reunião restrita do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba.

No ano de 2020, com o processo de unificação dos CAPS em pleno desenrolar, um relato de visita feito por Frei (2020) a um CAPS Territorial em uma região periférica de Curitiba foi publicado na revista do CRP-PR. O relato abordou diversos aspectos, destacando, em particular, questionamentos significativos em relação à abordagem da reabilitação psicossocial. Frei (2020) ressaltou a necessidade de considerar as diferenças presentes na dinâmica da clínica do território, que abrange perfis tão distintos de usuários. A narrativa ofereceu uma reflexão crítica sobre a implementação do CAPS Territorial e suas implicações práticas na promoção da saúde mental e reabilitação psicossocial.

Atualmente, todos os CAPS para atendimento ao público adulto em Curitiba, funcionam no modelo denominado territorial.

## 1.6 O QUE NÃO É ELABORADO SE REPETE

Por fim, cabe retomar que apesar das mudanças e transformações ao longo da história, o uso da psiquiatria para o exercício de funções de controle social, segue adquirindo novas faces.

Da constituição dos asilos e exclusão do louco à normatização das classes operárias, das campanhas de higiene mental à subdivisão da assistência em três níveis de complexidade, subsiste um mesmo projeto de manutenção da ordem capitalista e uma contínua renovação do saber psiquiátrico e de seu mandato administrativo e social. (Koda, 2002)

Desse modo, se faz necessária a constante reflexão acerca do passado, das transformações ao longo da história, e do presente, para que os ideais reformistas e os almeçados modelos de assistência embasados na Atenção Psicossocial, não se tornem apenas mais uma nova roupagem servindo a um velho interesse, para que os CAPS não sejam apenas um novo espaço físico operando sob a mesma lógica manicomial.

## 1.7 OBJETIVOS

### 1.7.1 Objetivo geral

Compreender e analisar a gestão do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) generalistas e territoriais de Curitiba-PR, sob a ótica dos arranjos organizacionais próprios da clínica ampliada e atenção psicossocial.

### 1.7.2 Objetivos específicos

- Identificar quais são os princípios que regem as práticas de cuidado nos locais estudados após a mudança para CAPS territorial;
- Analisar os processos de gestão do cuidado nesses CAPS.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1 DESENHO DO ESTUDO

Considerando a complexidade do estudo e seu objetivo, este trabalho analisa perspectivas tanto de usuários dos serviços de saúde, quanto de profissionais.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com delineamento transversal, executada por meio da triangulação de métodos. Os preceitos da hermenêutica fenomenológica e da atenção psicossocial foram utilizados para a análise do material construído e como referencial teórico interpretativo, respectivamente.

Esta dissertação compõem um dos eixos da pesquisa intitulada: “A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde”.

### 2.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A rede de atenção psicossocial (RAPS) de Curitiba-PR é composta por 109 Unidades Básicas de Saúde – estas administradas pela prefeitura -, 10 CAPS territoriais<sup>4</sup> e 3 CAPS infanto-juvenil – administrados pela Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS). Desse total, 7 serviços tem disponibilidade de leitos para acolhimento noturno. Segundo informações do site da FEAS, também fazem parte da RAPS da cidade a Unidade de Estabilização Psiquiátrica (UEP)<sup>5</sup> e duas residências terapêuticas.

Foram cenários deste estudo quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) territoriais da cidade de Curitiba-PR (Tabela 1). O território da cidade de Curitiba é subdividido em dez regionais administrativas (Figura 1).

---

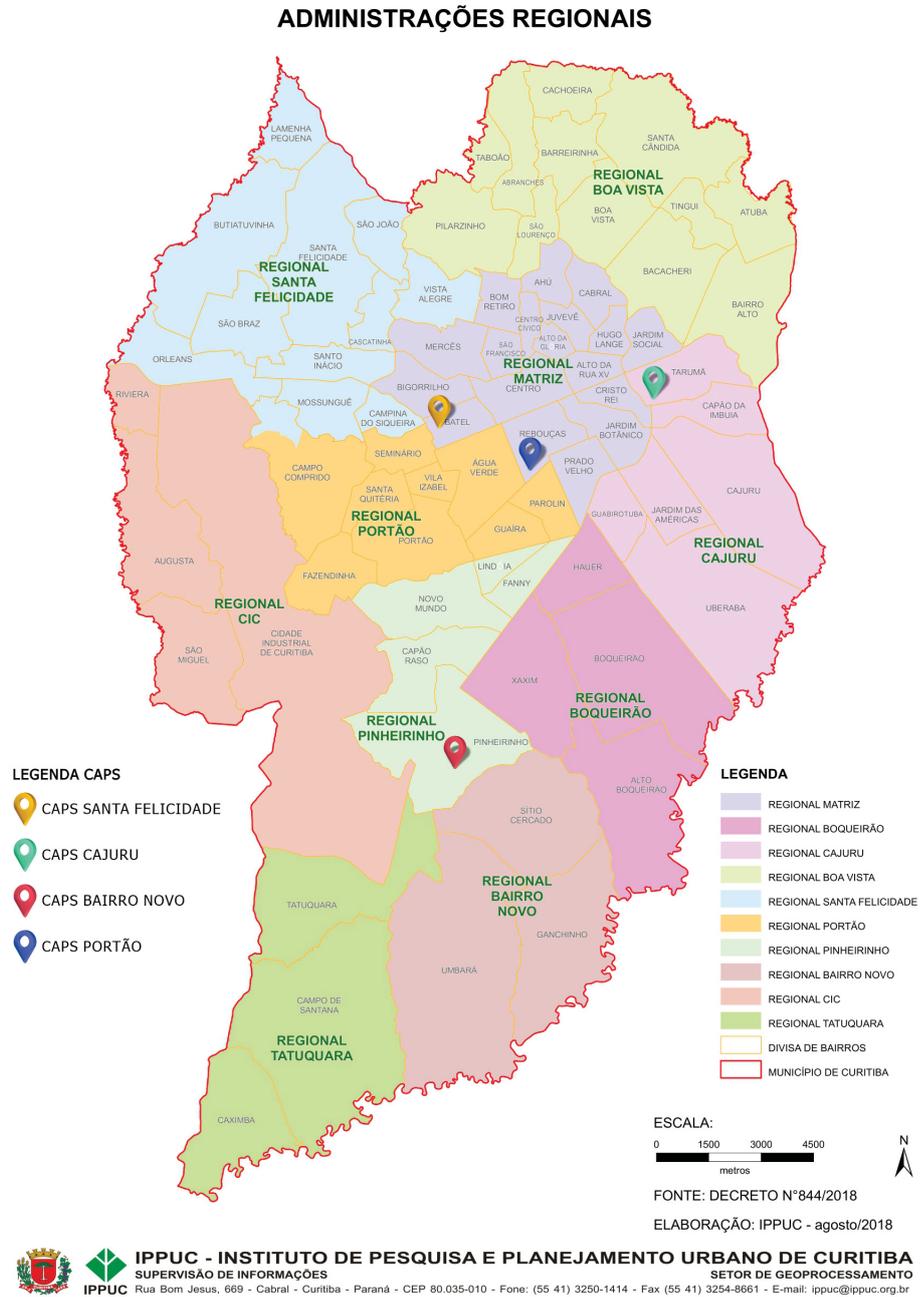
<sup>4</sup> Com exceção dos serviços voltados para crianças e adolescentes, todos os CAPS de Curitiba são denominados como territoriais e operam sob a lógica de atendimento regionalizado, ou seja, cada regional de saúde possui um CAPS de referência para o atendimento de sua população.

<sup>5</sup> É uma unidade localizada no bairro Tatuquara, conta com 26 leitos de enfermaria e uma equipe composta por 80 profissionais (médicos, enfermeiros psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e assistentes administrativos). Também administrada pela FEAS.

Os serviços incluídos nessa pesquisa atendem usuários maiores de dezoito anos das seguintes regionais: Bairro Novo, Cajuru, Portão e Santa Felicidade. Esses serviços foram selecionados em razão da localização em diferentes pontos da cidade, partiu-se do pressuposto que essa escolha possibilitaria contemplar a diversidade que poderia existir na cidade, considerando se tratar de uma capital com dez regionais e 75 bairros. Embora a nomenclatura seja CAPS territorial, apenas um desses quatro locais está localizado no território para o qual é referência. Dos quatro CAPS, três contam com leitos de acolhimento noturno (Tabela 1).

Todos os CAPS da cidade são administrados pela Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS), um órgão municipal de administração indireta, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde (SMS), instituído pela Lei 13.663/2010 e com posterior ampliação de seu escopo de atuação com a Lei municipal 15.507/2019.

FIGURA 1 – ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS E LOCALIZAÇÃO DOS CAPS



FONTE: IPPUC (2022), adaptado.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

<b>CAPS</b>	<b>Atende a regional</b>	<b>Localização (por regional e bairro)</b>	<b>Leitos de acolhimento noturno</b>
Bairro Novo	Bairro Novo	Pinheirinho / Pinheirinho	0
Cajuru	Cajuru	Cajuru / Tarumã	12
Portão	Portão	Matriz / Rebouças	9
Santa Felicidade	Santa Felicidade	Matriz / Batel	9

FONTE: A autora (2023). Adaptado das fontes: DataSus e registros em diário de campo.

A FEAS presta serviços exclusivamente ao SUS, por meio de contrato de gestão com a SMS de Curitiba, o qual dispõe, entre outros pontos, sobre as obrigações, metas pactuadas e repasse de recursos. Todos os profissionais contratados pela FEAS têm suas relações trabalhistas regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). As formas de contratação são por meio de processo seletivo público, com prazo de contrato indeterminado, ou via processo seletivo simplificado o qual determina contratos de no máximo 24 meses. (Curitiba, 2021) Nos serviços pesquisados, encontramos profissionais exercendo suas funções por meio de vínculos trabalhistas temporários e outros com contratos de prazo indeterminado.

Cada CAPS conta com uma equipe de saúde multiprofissional composta por psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médico clínico, médico psiquiatra e musicoterapeuta. Além disso, todos os serviços contam com assistentes administrativos e uma equipe de higienização.

### 2.3 PROCESSO DE ENTRADA EM CAMPO

Nessa descrição as pesquisadoras mestrandas envolvidas nas etapas do projeto de pesquisa, serão mencionadas como 1 e 2. Ambas as pesquisadoras estão vinculadas ao PPG em Saúde Coletiva da UFPR, e embora tenham realizado a etapa da coleta de dados de forma colaborativa, cada qual escreveu sua dissertação

seguindo temas diferentes. Cabe expor também que ambas as pesquisadoras foram trabalhadoras de CAPS antes do início desse estudo.

Estando o projeto aprovado pelos comitês de ética em pesquisa, foi realizada uma reunião com a equipe envolvida, para alinhamento da etapa de observação participante. Dos cinco CAPS selecionados para o estudo, três foram atribuídos para a primeira pesquisadora e dois para a segunda. A escolha dos serviços ocorreu de forma intencional, de modo a contemplar - dentro do possível para pesquisas de mestrado - diferentes regiões da cidade. Entretanto, conforme o andamento desta etapa se desenvolveu, o grupo precisou reavaliar o número de serviços. Considerando o tempo hábil e prazos da pós -graduação, o número final de CAPS foi reduzido para quatro, divididos em: CAPS Bairro Novo e Portão receberam a pesquisadora 1; CAPS Cajuru recebeu a pesquisadora 2; CAPS Santa Felicidade recebeu ambas.

Em todos os casos, o contato inicial foi realizado com a coordenação de cada serviço, na sequência agendando horários para uma apresentação presencial que aconteceu na semana anterior ao início de cada observação participante. Em todos os locais as pesquisadoras foram apresentadas às equipes pela coordenadora de cada serviço, explicaram sobre o estudo que estavam desenvolvendo e o motivo de estarem presentes naquele local.

O tempo médio de permanência das pesquisadoras em cada serviço para a observação participante, foi de uma semana. Apenas no CAPS Santa Felicidade o período de permanência precisou ser adiado, devido a intercorrências na estrutura física do serviço, ocasionado pelas chuvas. Nos demais CAPS não foram registradas interrupções no processo.

## 2.4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS

O processo da construção de dados consistiu em um período de observação participante, com duração média aproximada de uma semana em cada CAPS. Nessa etapa também estiveram presentes nos serviços - em observações com duração de meio período - os discentes do curso de medicina.

Também fazem parte dos dados da pesquisa as entrevistas realizadas com usuários dos serviços e profissionais de saúde.

### 2.4.1 Observação participante

A observação participante consiste em uma estratégia complementar ao uso das entrevistas. Desse modo, é necessário que o observador se mostre aberto para o grupo, além de demonstrar sensibilidade e disponibilidade para a interação social. A observação participante é um processo contínuo, construído não só pelo observador como também pelos atores sociais envolvidos. Desse modo, a observação abre caminhos para que sejam acessadas as experiências, rotinas, comportamentos intersubjetivo dos atores envolvidos (Minayo, 2014).

Como instrumento de registro da experiência de observação participante, o diário de campo apresenta fundamental importância, pois ao descrever os processos observados e as percepções do pesquisador, os registros permitem acompanhar também o movimento da atenção do pesquisador frente aos fenômenos observados. (Kroef, Gavillon e Ramm, 2020)

Como primeira etapa na construção dos dados, a observação participante ocorreu durante o segundo semestre de 2023. Consistiu em um período de frequência diária no serviço, que possibilitou a aproximação do campo e familiarização dos participantes com a figura das observadoras. Cabe ressaltar que a execução dessa etapa em cada CAPS aconteceu de forma individual, ou seja, as duas pesquisadoras estiveram em serviços distintos, comparecendo em dupla somente em um dos quatro locais e exclusivamente na primeira apresentação para a coordenação local. Cada serviço apresentou sua própria rotina e particularidades, as quais foram registradas em diários de campo.

O diário de campo foi produzido individualmente, por cada pesquisadora, durante todo o período de observação participante, desde o primeiro contato com o campo. No final de cada dia registraram, em documento de texto, tudo o que foi observado e vivenciado, de forma descritiva, e na sequência escreveram sobre suas percepções a respeito dos acontecimentos.

### 2.4.2 Entrevistas

Outra técnica utilizada para a construção dos dados, foi a realização de entrevistas semi-estruturadas. Segundo Minayo (2014), a entrevista é uma conversa conduzida para os temas pertinentes conforme o objetivo de pesquisa, que busca construir informações acerca do tema estudado. Ainda segundo a mesma autora, no caso das entrevistas em profundidade, o participante é convidado a falar sobre o tema de forma livre. A interferência do pesquisador só acontece para realizar perguntas que propiciem o aprofundamento das questões. (Minayo, 2014)

Para a realização das entrevistas foram elencados critérios para a escolha intencional de usuários que representassem as pluralidades presentes nos serviços. No caso de usuários, os participantes atenderam a pelo menos um dos seguintes critérios: participar criticamente das assembleias, ter passado por diversas internações, ter histórico de crise no serviço, apresentar como um problema o uso de substâncias psicoativas e ter passado por momentos de recaída durante o acompanhamento; Pessoas com escolaridade de nível superior e pessoas que relataram histórico de ideação suicida ou tentativa de suicídio. No caso de profissionais, foram convidados para entrevistas individuais aqueles indicados pelos usuários entrevistados, sendo citados claramente como profissional importante para seu cuidado no CAPS. Não foram convidados para entrevista os profissionais, que embora indicados pelos usuários, não atuam na área da saúde, pois em algumas entrevistas foram mencionados trabalhadores(as) da área administrativa e de limpeza.

As entrevistas individuais com os usuários foram realizadas dentro dos CAPS, em horário e sala previamente agendados com o participante, equipe e coordenação local, para não interferir no andamento das atividades e rotina do serviço. Todas as pessoas convidadas para as entrevistas receberam explicações e esclarecimentos sobre o estudo, a finalidade de cada etapa da pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e o termo de uso de voz.

Para as entrevistas com os usuários, as questões disparadoras foram: Conte um pouco da sua história; Como se iniciou sua procura por atendimentos na área de saúde mental? Como se iniciou seu acompanhamento neste serviço? Desse modo, as pesquisadoras buscaram explorar nos diálogos questões acerca do direito do usuário a decidir sobre seu tratamento, como ocorre a construção do plano de cuidado, respeito em relação à sua identidade de gênero, liberdade para expor suas

opiniões e incômodos, possibilidade de discordar da equipe, forma como é tratado nas recaídas e crises, lugar do medicamento e diagnóstico em seu tratamento, direcionamentos para outros serviços, se tem as necessidades atendidas, o que busca no serviço e o que considera importante para sua melhora.

Os profissionais foram convidados após a realização de entrevistas com os usuários, a partir das indicações dos mesmos. O processo de convite e esclarecimentos também foi realizado com esse grupo. Porém, as entrevistas foram realizadas por vídeo chamada, via plataforma Teams, em horário previamente acordado com cada profissional, fora de seu período de trabalho.

Para os profissionais, a frase disparadora para o início da entrevista foi: Conte um pouco sobre seu trabalho nesse serviço de saúde. Cabe mencionar que em alguns casos foram realizadas perguntas mais diretas sobre situações específicas observadas pelas pesquisadoras. Com isso, buscou-se saber sobre as experiências e percepções dos participantes a respeito dos assuntos emergentes nas etapas anteriores da pesquisa: observação participante e entrevista com usuários.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. No processo de recrutamento ocorreram aproximadamente quatro recusas ou ausência de resposta ao convite, considerando usuários e profissionais.

No total foram entrevistados 18 usuários e 12 profissionais de saúde. Foram excluídas da análise duas entrevistas de usuários, devido a falhas na transcrição.

## 2.5 TRATAMENTO E REFERENCIAL TEÓRICO DOS DADOS

Para a análise do material construído, foi utilizado o referencial teórico da hermenêutica fenomenológica, uma abordagem que valoriza a interpretação das características a partir da experiência vívida e do contexto histórico. A hermenêutica fenomenológica assume que a antecipação de significados é demorada no processo de compreensão. Isso significa que o pesquisador nunca é neutro ou passivo, ao contrário, ele está sempre imerso em um conjunto de pré-compreensões e preconceitos que influenciam sua interpretação das características. (Alves, Rabelo e Souza, 2014)

Nesse sentido, a verdade não é entendida como uma correspondência objetiva entre a realidade e a mente do pesquisador, mas como um processo de desvelamento, onde o significado emerge do encontro entre o pesquisador e campo e/ou objeto pesquisado. Heidegger, um dos principais expoentes dessa abordagem, argumenta que a compreensão é um modo de ser fundamental, onde o ser humano não possui apenas uma compreensão, mas existe a partir dela. Portanto, é essencial que o pesquisador reconheça e explicita seus preconceitos, entendidos aqui como as pré-concepções que trazem para o processo investigativo, já que esses influenciam a interpretação. (Silva, 2018)

A compreensão de um fenômeno, na hermenêutica fenomenológica, é vista como a "fusão de horizontes" – um conceito desenvolvido por Gadamer, que indica o diálogo entre o horizonte histórico e cultural do pesquisador e o do conhecimento estudado. Essa fusão não busca a eliminação das diferenças, mas sim a integração de perspectivas, onde ambos, pesquisador e objeto de estudo, são orientados para a construção do entendimento. Nesse processo, é claro quanto à posição de cada um é preservada, ao mesmo tempo em que se regula a impossibilidade de uma separação total entre sujeito e objeto, visto que o pesquisador está sempre implicado no campo de pesquisa. (Silva, 2018)

Como referencial teórico interpretativo, foram adotados os conceitos da atenção psicossocial, que se constitui como um paradigma e um modelo de assistência. Tem como principais características a organização em rede, clínica ampliada, horizontalidade dos saberes, participação da comunidade e cuidado em território.

Finalizada a etapa de construção dos dados, as pesquisadoras realizaram a análise das entrevistas com leitura na íntegra e destaque de categorias pertinentes ao tema, para montagem da grade de análise. Após reuniões, discussões e alterações necessárias da primeira versão, a grade final foi construída e validada pelas pesquisadoras e respectivos orientadores.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Setor de Ciências da Saúde sob parecer

nº 5.920.498 / CAAE nº 64842722.5.1001.0102 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba sob parecer nº 6.035.245 / CAAE nº 64842722.5.3001.0101. Seguindo a Resolução nº 466/2012 do CNS, todos(as) os(as) participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados foram elencados a partir da análise de 28 entrevistas realizadas. Desse total de participantes, 16 eram usuários do sistema de saúde (Tabela 2), e os outros 12, profissionais (Tabela 3) lotados nos serviços pesquisados. Os diários de campo foram utilizados como complemento na descrição dos resultados. Após a estruturação e validação da grade de análise, o conteúdo foi classificado em quatro categorias.

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES - USUÁRIOS (16)

Gênero	Feminino	5
	Masculino	9
	Masculino (trans)	2
Faixa etária	18 – 39	5
	40 – 59	8
	60 +	3
Cor/raça	Branca	6
	Preta	3
	Parda	6
	Não declarado	1
Escolaridade	Ensino Fundamental	7
	Ensino Médio / Técnico	8
	Ensino Superior	0
	Pós-graduação	1

FONTE: A autora (2023).

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – PROFISSIONAIS DE SAÚDE (12)

Gênero	Feminino	10
	Masculino	2
Faixa etária	18 – 39	10
	40 – 59	2
Cor/raça	Branca	9
	Parda	1
	Amarela	1
	Preta	1
Escolaridade	Ensino Médio / Técnico	1
	Ensino Superior	4
	Pós-graduação	7

FONTE: A autora (2023).

### 3.1 O QUE É O CAPS PARA OS USUÁRIOS?

A partir dos relatos dos usuários, o CAPS foi retratado como um local protegido, onde não há necessidade de se preocupar com seus sintomas. Descrevem também como um serviço onde se sentem acolhidos, confortáveis para se expressar, participam de grupos e estabelecem relacionamentos de amizade com outros usuários. Dois dos entrevistados (U13, U14) relataram que o CAPS é o único local onde tem vínculos com outras pessoas e se sentem à vontade para se expressar. Um dos participantes afirmou que sente medo de receber alta, pois não acredita que pela unidade de saúde teria o apoio e segurança que sente ter enquanto está em acompanhamento pelo CAPS.

Eu me sinto com medo, me sinto incapaz, eu acho assim, se eu não dar conta, se eu não dar conta, porque você tá aqui no CAPS você se sente segura, você se sente que tem gente olhando pra você e tem gente te apoiando e te ajudando. Mas e se chegar alta? Aonde você vai? Onde você vai recorrer que nem daí vai ter só uma unidade de saúde que nem eles colocam pra gente. (U13)

Os usuários também relataram enxergar o CAPS como um lugar que são ouvidos, frisando que não possuem espaços como esse em outros âmbitos de suas

vidas. Nas suas concepções, se sentir escutado é algo fundamental para o tratamento. Em muitos relatos a função de escutar é associada ao profissional psicólogo.

Ah mas o importante é, é vir aqui conversar né com alguém, com psicólogo, essas coisas. (U8)

Outro usuário, que relatou conviver com alucinações, descreveu o CAPS como um local em que se sente seguro para se expressar sobre isso. Ademais, alguns dos participantes relataram se sentir à vontade para expressar suas opiniões, se sentem respeitados quanto a sua identidade de gênero e percebem ser tratados como pessoas sem o estigma de um diagnóstico.

(...) ela chama pelo nome que é uma coisa importante, que você não é mais conhecido como paciente, ou “aquele ali” ela dá um jeito de decorar seu nome para poder te ajudar, para você soltar. (U12)

Dois entrevistados (U3, U17) relataram em suas histórias pessoais momentos em que não se percebiam como usuários de CAPS, explicando que preferiam estar trabalhando a ir ao CAPS, e não desejando misturar as questões de dependência de álcool com dependência de outras drogas, posteriormente chegando a um entendimento diferente das situações e se identificando como usuários do serviço.

Eu não tinha vontade de ir pro CAPS, eu queria trabalhar, eu não queria ficar no CAPS. Eu não gostava dos pacientes, eu achava que não era igual, entende? (U3)

Outros ainda, relatam que suas experiências no CAPS promoveram a percepção de seus próprios problemas, mencionando que apesar de ser um serviço focado em saúde mental, atende a um público diverso de pessoas com sofrimento decorrente de transtornos mentais e também com uso abusivo de álcool e outras drogas.

E o contato com as pessoas aqui também foi muito bom, nunca tinha convivido com pessoas com diagnósticos diferentes, como esquizofrenia, comecei a ver que o CAPS não trata só problemas com bebida e drogas. (U11)

Em outra entrevista (U16), o participante menciona a consulta com o psiquiatra e a emissão de laudo, como algo importante para seu acesso a medicamentos.

Por fim, os usuários descrevem o que percebem como ofertas no CAPS: terapia, aula de cidadania, psicólogo, médico, medicamentos. Falam também sobre seus motivos para buscarem e seguirem em acompanhamento no CAPS: melhora de sintomas decorrentes de diagnósticos psiquiátricos, retorno ao trabalho, se sentir um cidadão.

Ser um cidadão da sociedade. Para cada vez ficar melhor, porque teve um período da minha vida que eu estava em uso, que não vivi. (U5)

Os profissionais entrevistados, por sua vez, relataram perceber que muitos usuários buscam o CAPS solicitando atendimentos individuais com psicólogo e com psiquiatra, como um modelo ambulatorial. Relatam também que usuários com essa demanda acabam não comparecendo no CAPS para participação nos grupos e em atendimentos com profissionais de outros núcleos.

Relatam ainda que os grupos têm a função de proporcionar espaços para que as pessoas falem e sejam ouvidas, não só pelos profissionais, mas também pelos demais usuários. Desse modo, os profissionais argumentaram que os espaços dos grupos podem proporcionar a construção de estratégias pessoais e coletivas para o enfrentamento das questões apresentadas pelos usuários.

(...) eles acabam encontrando um lugar para construir uma narrativa própria, uma narrativa sobre a própria vida, sobre as escolhas feitas até então, sobre o que não foi escolhido, mas foi vivido. (P3)

### 3.2 AS RELAÇÕES DA PESSOA COM O SERVIÇO

Nesta categoria são abordadas as percepções acerca das relações que se estabelecem entre os usuários e profissionais nos serviços. Nos relatos, o vínculo foi amplamente mencionado. Utilizando as palavras dos próprios entrevistados, os usuários relataram se sentirem apoiados, escutados, compreendidos, acolhidos e conectados com os profissionais.

Eles me ouvem, eles sentem quando eu não tô bem [...] Eles sempre vem, sabe, conversam, eles querem saber, eles dão apoio total assim, é muito bom. (U4)

Os profissionais, por sua vez, relataram que a vinculação do usuário com as equipes é fundamental para o processo de tratamento. Falam também que para se aproximar dos usuários e promover uma “adesão ao tratamento” é importante demonstrar interesse em conhecer a pessoa para além do seu diagnóstico.

Um dos usuários descreveu o vínculo como um sentimento de conexão recíproca, comparável a amizade. Com a mudança no quadro de profissionais, o participante afirmou sentir as ausências daqueles que saem como a perda de uma amizade, mencionando que isso acontece de forma recorrente, o que faz com que esse sentimento de perda seja algo frequente. Outro participante relacionou esse sentimento com a agudização dos sintomas relacionados ao transtorno mental.

Ela tá saindo. Uma perda de novo para mim agora. É porque eu já tinha feito um vínculo com ela e eu sinto que ela também tinha feito comigo. Só tá chato, tipo uma amizade que perdeu e não vai recuperar. (U12)

[...] só que eu me apego muito as vezes, aí quando muda de TR eu já fico pra baixo, aí eu já quero me cortar, quero me matar. Eu tenho esse problema. (U1)

Os trabalhadores também relataram que as entradas e saídas nas equipes de saúde estão sendo constantes. Destacaram que essas mudanças impactam no processo de construção e manutenção de vínculos, e conseqüentemente no cuidado prestado ao usuário.

Geralmente os pacientes se desestabilizam também com a mudança de terapeuta referência, né? Ali nas primeiras semanas eu tive bastante dificuldade, sim. Tinha uma resistência. Até de confiança sabe. Tipo ah, vou falar tudo mais uma vez com uma pessoa, nem conheço você direito. Eu senti um pouco esse pé atrás. (P3)

Ainda sobre as mudanças constantes nas equipes, outro ponto abordado pelos profissionais, foi a respeito do aumento na carga de trabalho. Considerando que cada um da equipe multiprofissional realiza diversas funções dentro dos CAPS, com a saída de um trabalhador, os demais devem seguir realizando seu próprio trabalho e cobrindo as funções de quem saiu. Ressaltaram que a reposição de profissionais não é rápida.

Nesse sentido, um dos usuários relatou ter observado que atualmente há menos atividades no CAPS, se comparado com o período de três anos atrás, aproximadamente. Atribui essa diminuição a menor quantidade de profissionais compondo as equipes.

[...] da outra vez que eu fiquei aqui tinha mais coisa pra fazer, sabe?! Tinha bastante coisa pra gente fazer, agora diminuiu um pouco porque diz que eles tão sem profissionais né. (U2)

### 3.3 COMO O CUIDADO É OFERTADO

Nesta categoria foram descritos os relatos dos participantes acerca do cuidado ofertado nos CAPS.

Nos relatos dos profissionais, as formas como o cuidado é ofertado foi um dos assuntos mais extensos. Essa categoria de participantes falou sobre como percebem a construção do cuidado desde o contato inicial. Relataram que após o primeiro atendimento no serviço, o usuário passa a ter mais contato com seu técnico de referência (TR). Desse modo, proporcionar um espaço de escuta foi apontado como algo primordial na construção das relações de confiança, para posteriormente serem pensadas participações em grupos e atendimentos com os demais profissionais da equipe.

Geralmente eu acabo fazendo um atendimento individual quando ele chega, né? (...) Por exemplo, o paciente tem um quadro depressivo, veio com pensamentos de morte. Tá com humor mais deprimido? Eu intensifico um pouco os primeiros atendimentos. Vem comigo e eu começo a colocar ele em grupos mais terapêuticos, que ele consiga sair um pouco do quarto e peça umas avaliações da psicologia. (P10)

Nesse sentido, o plano terapêutico foi um assunto recorrente nas falas dos usuários. Afirmam que geralmente é o profissional técnico de referência (TR) quem decide em quais dias os usuários deverão estar no CAPS e de quais grupos deverão participar. Alguns participantes mencionaram que são as equipes do serviço que decidirão sobre sua aptidão ou inaptidão para exercício de atividades laborais. Relataram ainda que esperam das equipes a tomada de decisões sobre seu tratamento, pois afirmaram acreditar que os profissionais que os acompanham sabem qual é a melhor decisão. E apesar de em alguns momentos serem

questionados se concordam ou não com os direcionamentos da equipe, alguns usuários seguiram afirmando que as equipes sabem o que é melhor, e sua parte no tratamento é cumprir os combinados.

Na verdade, aqui é tudo é decidido entre eles. Eles têm a reunião deles e eles discutem sobre cada um. O meu caso foi decidido por eles, e eu concordei. (U1)

Sempre concordo, porque se eu vim querendo me matar pra cá, você acha que eu vou discordar daqui? Nunca vou discordar de nada, nunca. (U17)

Os profissionais ressaltaram que o plano terapêutico singular (PTS) é produzido em conjunto com o usuário, entretanto o papel de decisão do TR é ainda mais importante quando se tratam de usuários com capacidade de decisão prejudicada, devido ao quadro de transtorno mental. Sendo necessário em alguns casos incluir as famílias nesse plano.

[O PTS] ele é singular, é individualizado, ele é feito junto com o usuário, o usuário é protagonista do plano dele. Então ele tem direito de decidir o que ele quer fazer, o quê que não quer fazer, é claro que aí o papel do TR ali é de intervir quando necessário, de fazer essa avaliação porque a gente vai lidar com usuário, paciente que vão tá enfim às vezes num quadro psicótico, que vão tá crítica sem insight, então a gente vai ter que ir ajudar quando necessário, às vezes enfim pedir ajuda até para família, mas de maneira geral quem decide sobre o plano é o usuário. (P4)

Em algumas falas os profissionais descrevem o papel do TR como central para a produção de um PTS, que embora necessite da participação do usuário, o TR é quem estrutura, apoia no desenvolvimento e é a figura de referência para o usuário dentro do serviço.

Descrevendo o processo de construção do PTS, um dos profissionais afirmou que após o acolhimento, também são solicitadas avaliações pelos integrantes da equipe multiprofissional. Com avaliações da equipe, os mesmos estruturam um PTS, pensando no(s) objetivo(s) apontado(s) pelo usuário, e apresentam propostas para a pessoa acerca da realização de atividades e atendimentos. Além de atividades dentro do CAPS, os planos terapêuticos também podem incluir atividades externas ou no território. Foram mencionadas como exemplo a busca por outros serviços de saúde, e da rede intersetorial, conforme necessidade de cada pessoa.

Outro aspecto importante do PTS, mencionado pelos profissionais, foi a necessidade de conciliar o acompanhamento no CAPS com a dinâmica de vida das pessoas. Afirmaram que o exercício de uma função laboral ou outra atividade significativa para a pessoa, é importante para o processo terapêutico, por isso buscam incorporá-las nos PTS's. Alguns participantes relataram que orientam aos usuários a busca pela prática de atividades físicas em equipamentos públicos, como estratégia para inclusão de atividades extra CAPS no PTS. Nesse contexto, também foram mencionadas outras atividades que são executadas dentro do próprio serviço, como grupos de economia solidária e passeios pela cidade.

Nesse processo de construção do cuidado, os profissionais relataram que decisões precisam ser tomadas, seja pela equipe e/ou pelos próprios usuários. No sentido de pensar um plano terapêutico, os trabalhadores afirmaram que consideram as opiniões e desejos dos usuários, porém como se dará esse plano terapêutico é uma decisão da equipe.

Enfim, eu falo que é um trabalho conjunto ali. Então que isso é importante, eles estarem vindo para que a gente possa e ver qual que vai ser o melhor PTS para eles. (P11)

Ainda sobre a construção do PTS, um dos participantes menciona que devido a necessidade administrativa de registro por escrito do trabalho realizado, muitas vezes essa construção acaba sendo unilateral, ou seja, o profissional com base nas informações de atendimentos já realizados, elabora um objetivo e um plano, reconhecendo que a demanda estipulada nesses casos, é aquilo que o profissional julga ser a principal necessidade do usuário.

É, muitas vezes, por uma pressão de estar com esse plano terapêutico feito, no sentido de escrito, registrado, ele é construído sem a presença do usuário. E aí você pode retirar essas informações do registro do acolhimento, do, do teu conhecimento sobre o usuário mesmo, então... Se ele fala que ele quer parar de usar crack, você coloca lá, parar de usar crack. Mas, feito dessa forma, ele também acaba, é, em alguns momentos, com algumas pessoas, com alguns profissionais, é, caindo numa questão, é, do julgamento do profissional em relação àquele quadro que está apresentado no momento, do que o profissional acha, tecnicamente ou não, que deveria ser diferente, deveria ser a demanda daquele usuário. (P7)

A autonomia foi apontada pelos profissionais como importante para o processo terapêutico, e apareceu em diferentes momentos nos relatos. Segundo os

trabalhadores, os usuários exercem autonomia ao expressar opiniões nas assembleias, se organizarem para o andamento de atividades coletivas, cuidarem do espaço do CAPS, obterem renda e conseguirem administrar o próprio dinheiro, decidirem ir até o serviço e optar por encerrar os atendimentos quando desejarem.

Acerca de momentos de discordância com as condutas das equipes de saúde, três usuários diferentes mencionaram situações em que discordaram de uma decisão unilateral de alta, e de encaminhamentos para internamentos hospitalares. No caso da alta, um dos participantes relatou ter expressado sua opinião para a equipe, que voltou atrás na decisão, enquanto outro recebeu a alta do CAPS e recaiu em seguida. No caso dos internamentos, ambos os usuários relataram que gostariam de ter sido avisados com antecedência, o que não aconteceu.

Sobre as participações nos atendimentos coletivos, os usuários relataram que em alguns deles sentem que estão em uma palestra. Um dos entrevistados mencionou perceber os assuntos dos grupos como “pesados”, por ouvir histórias de sofrimento de outras pessoas e por vezes perceber piora no seu humor após essas participações. Outros apontam esse espaço como um lugar em que podem falar, expressar suas opiniões. De modo geral, os usuários apontaram os grupos como parte relevante de seu tratamento no CAPS, os descrevendo como espaços de desabafo, apoio, troca de experiências, estímulo à socialização, que propicia às pessoas perceberem problemas que extrapolam o nível individual, gerando uma identificação entre usuários em situações semelhantes.

Normalmente o grupo ajuda muito você pode conversar e arranjar alguém com o mesmo problema com você e quando você acha alguém com o mesmo problema é essa pessoa que você quer conversar porque ela que vai entender. (U12)

Um dos participantes menciona sentir falta de um grupo que prepare as pessoas para a recolocação no mercado de trabalho, pois percebe que elas ficam perdidas quando precisam buscar um novo emprego. Entretanto, outro entrevistado relata que com o apoio de assistentes sociais do CAPS, muitos usuários conseguem buscar novos cursos, áreas de interesse e por vezes se recolocar profissionalmente.

Ainda sobre os grupos ofertados, os profissionais relataram que as decisões sobre quais serão as propostas de cada um, partem necessariamente da afinidade do trabalhador com o tema, buscando alinhar às necessidades dos usuários. A

decisão de incluir a participação em grupos no PTS das pessoas, foi apresentada como estratégia para evitar ociosidade e promover a vinculação ao serviço com atividades do interesse do usuário. Os trabalhadores também relataram que buscam equilibrar expectativas e possibilidades, colocando em um PTS o que julgam ser possível de o usuário alcançar em seu momento de vida, evitando objetivos que julguem irrealistas para o momento.

Para os profissionais, as ofertas de grupos e atividades também são um meio de evitação das crises no serviço e possibilitam controlar rapidamente o ambiente caso essas situações cheguem a acontecer. Os grupos também são descritos como instrumentos para aproximação com o usuário, para conhecê-lo na dinâmica de um outro contexto.

Aí foi bem legal [o grupo], porque aí eles sinalizaram assim coisas que a gente que às vezes nem numa entrevista individual, nem no atendimento individual, às vezes não dá espaço. (P11)

Todos os usuários entrevistados descreveram que seu tratamento consiste em uso de medicamentos prescritos e participação em grupos terapêuticos. O uso de fármacos foi descrito como fundamental para o tratamento. Alguns dos usuários relataram que precisam de medicamentos para dormir, outros somente afirmaram que existe essa necessidade, mesmo sem explicar exatamente a função da medicação. Outro participante relatou não ser consultado sobre quais medicações deve utilizar.

Eu nem me lembro mais pra que eu tomo tanto remédio, mas eu sei que preciso. (U1)

Medicamento também não deixa de ajudar porque eu vou precisar, são muitos anos de uso. Sem remédio não tem como ficar. (U15)

Não, ele não pergunta não se eu concordo em tomar, ele só dá, manda tomar. (U2)

Nesse sentido, outra perspectiva de cuidado apontada pelos usuários foi a consulta com psiquiatra, medicamentos e diagnóstico. Os participantes relataram que embora as consultas com médico psiquiatra sejam menos frequentes que os demais atendimentos, o uso dos medicamentos tem papel fundamental para a melhora de seus sintomas.

Eu falei pra ela que estava tendo surto só de vir aqui. 'Vamos aumentar esse negócio que vai resolver' e resolveu eu tô tendo bem menos surtos. Minha ansiedade também. Então é só elogios. Tinha até esquecido da Dra, a gente só vê ela uma vez a cada dois meses, não sei se é porque é corrido ou agenda dela (...) Ela vai ouvir o que tá passando, qual os medicamentos, vai ver a sua história e vai te passar e vê se tá dando resultado ou não. Se tiver resultado tranquilo, vai fazendo só o acompanhamento mesmo. (U12)

Entre os usuários, as consultas médicas foram descritas como um momento em que eles falam e são avaliados pelo profissional, que geralmente apresenta uma prescrição medicamentosa como resposta, e em alguns casos fornecem diagnósticos. Para alguns dos entrevistados, ter um diagnóstico pode auxiliar a lidar com a própria condição. Enquanto para outros o diagnóstico se torna um fator de difícil entendimento, inclusive sendo relatado por um dos entrevistados que seu diagnóstico foi escrito em um papel, não sendo explicado pelo profissional.

Uma percepção recorrente entre os profissionais, emerge nas falas sobre a expectativa dos usuários com relação ao tratamento medicamentoso. Explicam que parte do trabalho da equipe multiprofissional é auxiliar os usuários na compreensão de que em geral o medicamento trata os sintomas e não as causas do sofrimento, apontando a necessidade de tratamentos que extrapolam essa lógica. Os profissionais relatam também que em alguns casos existe a postura de recusa do uso de medicamentos por parte de usuários, e eles creditam essa postura, principalmente ao diagnóstico de transtorno mental. Nestes casos, o manejo realizado pelos trabalhadores é o de insistir que o usuário acate a recomendação médica.

Agora, outros tipos de questionamento não são, não são bem recebidos. A gente tem que entender também que em alguns casos, e isso tem que ser analisado com, com técnica né, é a recusa ao medicamento tem, tem raiz no quadro da pessoa. Então seja por uma persecutoriedade, é, ou porque a pessoa está em uma mania e ela entende que ela não precisa daquilo, mas na verdade ela está se prejudicando bastante e as pessoas que estão olhando para aquilo entendem que, sim, ela precisa de ajuda, ela precisa de ajuda medicamentosa, inclusive, né? Mas em outros casos, não assim. É, ela só está se sentindo hipermedicada e é uma coisa que poderia ser discutida e muitas vezes, não é. Como é o TR que, que media o acesso da pessoa do, do usuário ao médico, atendimento médico, muitas vezes ali ele já faz uma barreira do tipo "não, medicação é essa, tem que tomar e pronto. (P7)

Em geral, a demanda por uso de medicamentos foi relatada como frequente, sendo comum que no início do tratamento as condutas dos TR's sejam marcar consulta médica, indo de encontro com a demanda do usuário.

### 3.4 COMO O CUIDADO É ORGANIZADO

Esta categoria emergiu exclusivamente de falas dos profissionais. Foram abordadas as práticas de cuidado no CAPS, as relações intersetoriais e com a rede de saúde, a organização interna dos serviços, sobrecarga de trabalho, regras e protocolos.

Sobre a organização para realização de suas atividades diárias no CAPS, os profissionais relataram que existe uma necessidade de flexibilidade por parte de toda a equipe para que as atividades externas ao CAPS possam acontecer. Outro participante afirmou considerar importante a realização do matriciamento mensal em cada unidade de saúde, no qual poderiam oferecer acolhimento e orientação à equipe local. No entanto, afirmaram que enfrentam várias dificuldades, incluindo a falta de espaço na agenda semanal para realizar essas visitas, bem como a falta de receptividade e recursos nas unidades de saúde. Além disso, a falta de transporte adequado limita sua capacidade de realizar essas atividades, com apenas algumas horas disponíveis por semana, nas quais são priorizadas as visitas domiciliares urgentes.

Olha, a nossa grade ali, ela é bem, eu acho que ela tem ficado muito engessada, sabe? Mas é, existem os... as organizações internas que daí a gente faz com os colegas, né? Para dar conta de alguma demanda. Às vezes a unidade de saúde acionou algum profissional de referência pra fazer uma visita domiciliar, pra um caso específico daquela unidade de saúde. Aí a gente troca, né? Entre articulação e ambiência, profissional do acolhimento, a gente faz uma reorganização interna ali da rotina do dia para que esse profissional possa acompanhar essa atividade externa. (P5)

Abordando as práticas de cuidado ampliadas, os participantes relataram buscar construir relações com a rede intersetorial do município. Mencionaram a realização de reuniões mensais com o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), o Conselho Tutelar, as Unidades de Saúde e a Casa da Mulher Brasileira, como forma de estreitar o relacionamento entre os serviços. Buscando recursos para atividades

externas ao CAPS, foram mencionadas as ofertas da SMELJ (Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude), voltadas para atividades físicas. Ressaltaram também a importância da recolocação no mercado de trabalho, evitando assim a institucionalização do usuário no CAPS. Como parte importante do cuidado, apontaram o atendimento familiar como ferramenta, além do contato próximo com as unidades de saúde, buscando alcançar os usuários que não chegam aos CAPS, garantindo o acesso dessas pessoas a algum cuidado.

Embora a busca por atividades no território tenha sido considerada importante, os profissionais também relataram dificuldades em encontrar essas ofertas. Essa escassez contribui para manter os usuários mais vulneráveis somente no espaço dos CAPS.

Então, eu acho que essa é uma das principais questões atualmente no CAPS que tem sido levantada: a dificuldade que nós temos de espaços para estes usuários. Então, é, por exemplo, tem usuário que acaba, que permanece no CAPS porque, de forma protetiva. Então esse usuário eu sei que se ele não ficar no CAPS em permanência-dia, ele vai ficar na rua. Só que ele é vulnerável, então, de forma protetiva, ele fica como, em permanência-dia no CAPS. Não são só usuários em situação de rua, são usuários que tem família também, que, depois, no fim da tarde, voltam para casa, dormem e no dia seguinte vem para o CAPS de novo né. Então existe uma falta muito grande de espaços como centros de convivência né para esses usuários ou espaços que ofertassem cursos de habilidades manuais, grupos, por exemplo, de geração de renda no próprio território. Então a gente conta com poucas ofertas. (P8)

Quatro participantes mencionaram o relacionamento com as Unidades de Saúde. Um deles relatou que discute casos com o profissional referência de saúde mental presente na Atenção Básica, outro afirmou que mantém uma comunicação direta com a Unidade de Saúde, discutindo quais casos serão encaminhados ao CAPS. Ressaltou ainda que esse contato é realizado por telefone, e que nunca esteve presencialmente na Unidade para realizar matriciamento. Um terceiro profissional explicou que acompanha casos de usuários que não conseguem ir até o CAPS, assim procuram realizar monitoramento dessas pessoas acessando as famílias, realizam também ajuste medicamentoso e articulam para que o acompanhamento desses usuários siga pela Atenção Básica. Por fim, outro participante afirmou que enfrentam diversas barreiras para realizar matriciamento e estar mais próximo das equipes das Unidades de Saúde, descreveu como principais dificuldades o espaço na agenda que já é ocupada pelas atividades existentes,

pouca receptividade em parte das Unidades de Saúde, espaço físico, tempo disponível dos profissionais da Atenção Primária e transporte para deslocamento. Um dos participantes relatou considerar a Unidade de Estabilização Psiquiátrica (UEP) como um importante serviço de retaguarda para os momentos de crise, devido a disponibilidade de médicos durante 24h e uma melhor estrutura.

[...] existe sempre essa articulação né, por exemplo, a minha unidade de saúde, existe uma comunicação direta né entre nós sobre então os usuários que estão na, tão em tratamento ainda na unidade, que precisam ser encaminhados para o CAPS, a gente faz discussão daquele usuário [...] (P8)

Um dos profissionais reforçou a importância das articulações com a rede intersetorial, exemplificando o caso de um usuário institucionalizado que necessita de auxílio para uso dos medicamentos. Para que a função de administração da medicação possa ser compartilhada com a unidade de acolhimento, existe a necessidade da comunicação com o usuário e entre os serviços.

Sendo o CAPS um espaço de atuação multiprofissional, os participantes falaram a respeito das funções de cada núcleo profissional no serviço. Explicaram que frequentemente solicitam que os colegas de diferentes áreas do conhecimento avaliem os usuários para fornecer uma abordagem multiprofissional na construção do PTS e oferta do cuidado. Mencionaram a ocorrência de reuniões de equipe, porém com a dificuldade da participação de algumas categorias profissionais, como os técnicos de enfermagem, devido ao horário de trabalho por escala. Um dos participantes afirmou perceber que as discussões em equipe ocorrem de forma mais atrelada ao saber médico, enquanto outro destacou a necessidade de um esforço conjunto para que os usuários compreendam o tratamento para além do uso de medicamentos.

Relataram que todos os profissionais, dos diferentes núcleos, realizam diariamente tarefas semelhantes, denominadas como funções de campo. Essas atividades são o acolhimento, articulações com a rede de saúde e intersetorial, e funções de técnico de referência (TR). Embora o acolhimento tenha sido mencionado como uma função de campo, a escuta foi frequentemente associada à função do psicólogo.

Mas acho que são essas duas grandes, grandes intervenções que a gente faz, a de campo e de núcleo que a gente chama, né. De campo tem também um caráter terapêutico, pelas diretrizes do CAPS também, que é justamente organizar isso, isso articular com os outros, com os outros equipamentos da RAPS, né, da rede de saúde mental e também entender as demandas e organizar que forma que a gente vai fazer as intervenções das demandas do dia, né? Seja nos períodos da manhã ou da tarde. É assim com questões terapêuticas. As intervenções de núcleo que eu tava falando assim, que são os grupos terapêuticos que a gente tem, como alguns dias ali no CAPS. Mas também tem os grupos de TR e os atendimentos de TR, que são de campo, né, mas que vão também ter uma função bastante importante lá, que é justamente de delinear e implementar aí um uma lógica de tratamento, um objetivo, as intervenções e monitorar o andamento das intervenções. Repensar, enfim... Tudo que né, nessa dinâmica aí que pode acontecer. (P12)

Uma das funções descritas pelos participantes foi a ambiência. Além de ser relatada como função, também foi explicada como uma ação de interação e suporte aos usuários para promover um ambiente acolhedor. Segundo as falas dos profissionais, a ambiência envolve estar presente e interagir com os usuários. Especialmente para os usuários de substâncias (álcool e drogas), a presença de alguém disponível para conversar pode ajudar a aliviar a ansiedade e a sensação de ociosidade durante a permanência no serviço. Foram descritas como atividades de ambiência: atender telefonemas, lidar com demandas não agendadas, realizar escutas atentas às necessidades dos pacientes e encaminhá-los conforme necessário. Além disso, a ambiência também envolve a resolução de crises espontâneas que possam surgir, o acolhimento de emergências e a coordenação de serviços adicionais, como o pedido de transporte de ambulância ou a resolução de problemas nas instalações físicas do CAPS.

Acerca das rotinas nos CAPS, os profissionais relataram a existência de regras como forma de organizar o dia a dia. Relataram que existem regras específicas para os grupos de usuários, dependendo de sua posição no serviço, se está em leito, permanência dia, participando de grupos ou comparecendo em atendimentos pontuais. Afirmaram que algumas regras surgiram após acontecimentos prévios, sendo uma construção através dos anos, que em alguns momentos precisam ser retomadas com os usuários.

Outro participante expressou sua preocupação com a prática permeada por regras e protocolos, e que assim percebe uma rotina mais engessada. Esse engessamento é atribuído ao medo de assumir práticas alternativas e à tendência de seguir padrões estabelecidos para evitar desgastes, problemas ou conflitos.

[...] Eu tenho a sensação que é medo. Medo de bancar uma outra prática, medo, assim, de, e daí assim, às vezes o medo tá tão incrustado e assim, a pessoa não fala que é medo né, é uma sensação de medo mesmo, vamos internar porque vai que a pessoa tenta, faz uma tentativa por exemplo. É, às vezes tem, tem gente que fala assim “ai não porque pelo critério se tem tentativa...” uhum mas continua sendo uma justificativa pra alguma coisa que tá incomodando assim, que tá inseguro. A sensação que eu tenho é um pouco disso, sabe, a coisa fica muito protocolar pra não dar problema... eu acho que é isso mesmo, eu acho que, tá, tem umas pessoas que eu acho que é isso mesmo, as pessoas fazem protocolar mesmo, tenho que seguir a regra porque não quer trabalhar nessa outra lógica. Eu vou evitar fadiga, às vezes eu acho que tem a coisa da fadiga também. (P9)

Com diversas funções voltadas para o cuidado com o usuário e para funcionamento do serviço, os profissionais relataram sentir uma sobrecarga de trabalho, que impacta significativamente na qualidade do cuidado prestado e na saúde dos trabalhadores. Foram destacados o número de usuários por técnico de referência, considerado um alto número pelo participante, e o estresse em precisar lidar com várias tarefas simultaneamente, desde atender chamadas telefônicas até gerenciar crises e conduzir grupos terapêuticos.

É muito estressante. É um acúmulo de funções ao mesmo tempo, você realiza muitas tarefas ao mesmo tempo, intercalando pequenos pedaços dessas tarefas, é... um exagero de estímulos todo o tempo que a gente tá lá dentro... Então é uma ligação, é um paciente, tá na hora do teu grupo, você já está atrasado, tem uma crise acontecendo... e é o outro profissional gritando, tudo junto. Então eu diria que é bastante adoecedor, na verdade, mesmo pra quem, como eu, acredita naquela ideia de serviço. (P7)

O processo de territorialização dos CAPS também foi mencionado durante as entrevistas, mesmo sendo poucos os profissionais que vivenciaram essas mudanças. Desta forma, como limitação não foi possível relacionar o modelo de CAPS territorial ao formato anterior a mudança com base nas experiências dos participantes. Entretanto, isso não reduz a importância de deixarmos evidente que os CAPS analisados abrangem a população de determinado território, sem a diferenciação entre AD e TM, ou seja, se propõe a ser generalista apesar do expressivo número de habitantes.

### 3.5 DIÁRIOS DE CAMPO

Nos registros dos diários de campo das pesquisadoras, também constam as observações acerca das categorias de análise mencionadas. É possível constatar que cada serviço estudado apresentou particularidades como espaço físico e dinâmica de trabalho. Em resumo, os relatos falam da rotina dos serviços e relações estabelecidas, brevemente descrito neste tópico.

De modo geral, as pesquisadoras observaram que as pessoas procuram o CAPS tanto como um ponto de referência em momentos de crise quanto para obter alimentação ou como um espaço de convivência. Em geral, os relatos indicam que os CAPS são vistos como um local de apoio em situações de necessidade, além de estarem associados à busca por medicamentos. De acordo com os próprios profissionais, os usuários que não estão interessados em receber medicação tendem a não procurar o CAPS.

[...] comentei que não identifiquei nenhum usuário no perfil de recusa ao uso da medicação. (A profissional) relatou que também não recordava de nenhum nesse perfil, pois os usuários que vão até o CAPS geralmente trazem demanda por medicação, e os que se recusam a utilizar medicamentos também são o perfil de pessoas que não aceitam nenhum tipo de tratamento, e nem chegam a frequentar o CAPS. (Diário de campo, 2023)

Além da questão do vínculo entre usuários e equipes, foram mencionadas a existência de conexões entre os próprios usuários, e espaços da assembleia como momentos em que as pessoas podem expressar suas opiniões. Entretanto, conforme a descrição, as decisões não ocorrem na assembleia, que nesse caso se torna uma reunião para repasse de informações.

As pautas trazidas abordaram rotinas do leito, alimentação e, principalmente, as mudanças recentes no funcionamento do serviço. Gostariam da volta do fumódromo e demais espaços de convivência, a profissional explicou os motivos de tais mudanças e afirmou que a decisão tinha sido tomada em equipe e, por enquanto, não seria revista devido à gravidade dos acontecimentos prévios. (Diário de campo, 2023)

[...](usuária) manifestou insatisfação com o fim dos espaços de convivência, pois afirma que boa parte do seu tratamento se dava com outros usuários, nesses espaços. (Diário de campo, 2023)

As mudanças constantes do quadro de profissionais também foi assunto amplamente abordado em todos os diários de campo. Foi observado que ocorreram em todos os serviços estudados, e impactaram não apenas as equipes mas também os usuários, conforme descrição de um dos momentos de despedida presenciado por uma das pesquisadoras:

Alguns falaram sobre a dificuldade para lidar com tantas mudanças em pouco espaço de tempo, outros choraram expressivamente, e outros ainda falaram sobre a dificuldade no processo de construção de vínculos e de como essas mudanças constantes de profissionais tornam seu seguimento no tratamento mais difícil. (Diário de campo, 2023)

## 4 DISCUSSÃO

Quando nos resultados emergem principalmente tópicos que falam direta ou indiretamente das relações construídas - entre usuários, profissionais, serviços e todos os enlaces possíveis nesse meio -, essa constatação inicial expressa um importante aspecto do modo de atenção psicossocial: o encontro entre pessoas e subjetividades. Esses encontros - e desencontros - foram também registrados nos diários de campo:

[O profissional] falou que também sentirá falta dessas pessoas, falou sobre a parte humana do profissional ser indivisível no seu cotidiano de trabalho e que lidar com mudanças, conhecer novas pessoas e construir novos vínculos fazem parte da vida. (Diário de campo)

Na atenção psicossocial, a produção do cuidado está diretamente ligada às relações construídas. O CAPS é um espaço onde os usuários buscam suprir suas demandas de saúde e também de vida. Por meio da clínica ampliada, pode-se buscar uma compreensão integral acerca dos sujeitos, e subsidiar uma prática que incorpore a dimensão humana ao cuidado, conforme descrito por Souza, Pinto e Jorge (2010):

Dessa forma, incorporam-se elementos dispositivos para a construção da clínica do sujeito, em que a subjetividade humana aflore na busca de suprir suas necessidades de vida e saúde. A operação da clínica ampliada incorpora tais elementos e enfatiza a potencialização da integralidade a partir do acolhimento e do vínculo, da coresponsabilização e da construção de autonomia. (Souza, Pinto e Jorge, 2010)

Fundamentada na articulação e no diálogo entre diferentes saberes, a clínica ampliada orienta a atuação dos profissionais de saúde, promovendo uma compreensão mais abrangente dos processos de saúde e adoecimento. Além disso, enfatiza a necessidade de promoção da autonomia, para incluir os usuários como cidadãos ativos na construção das práticas de saúde, particularmente na elaboração de seus planos terapêuticos, fortalecendo assim os vínculos, a coresponsabilização, e o protagonismo destes no cuidado em saúde. (Brasil, 2010)

Em todos os serviços estudados, o vínculo foi uma palavra frequentemente mencionada. Os usuários percebem o CAPS como um local de encontro, onde

estabelecem vínculos entre si, e com os profissionais, se sentem amparados como pessoas sem o estigma de um diagnóstico.

A PNH (2010) entende que o vínculo é um elemento relacional essencial no cuidado em saúde. Ao estabelecer uma conexão nesses ambientes, usuários e profissionais podem construir um entendimento comum, mesmo quando possuem interesses diferentes. Segundo Sant’Ana (2022), “trabalhar a produção de vínculos é trabalhar encontros sempre em movimento e, portanto, multideterminados”. Ressalta ainda que a composição desses encontros abrange sujeitos diversos, cada qual com suas singularidades. Portanto, estabelecer vínculos é um processo que requer disponibilidade, espaço para escuta e acolhimento.

Entretanto, apesar de os participantes apresentarem em seus discursos o papel crucial do vínculo e relações interpessoais, os processos de trabalho nestes serviços não parecem favorecer inteiramente tal característica. Ficaram evidenciados aspectos da lógica de trabalho que constituem fatores dificultadores do cuidado integral preconizado pelo modo de atenção psicossocial. Com as categorias elencadas a seguir buscamos apresentar caminhos para compreender essa dinâmica.

#### 4.1 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CONVIVENDO COM A LÓGICA GERENCIALISTA

Um dos aspectos que consideramos interessante nesta pesquisa, foi o fato de que todos os profissionais entrevistados apresentaram um discurso - completamente ou parcialmente - alinhado ao modelo de atenção psicossocial: que volta o olhar à pessoa em sofrimento - não somente ao diagnóstico - inserida num determinado contexto, defendendo seus direitos e respeitando sua autonomia. E mesmo que as práticas observadas no cotidiano nem sempre tenham seguido esse modelo, compreendemos que esses participantes são um recorte muito específico que devido a metodologia da pesquisa foram os informantes chave indicados pelos usuários: profissionais com formação e/ou desejo de atuação voltados para a área de saúde mental. Isso explica em parte o motivo da divergência entre discurso e observação (Quadro 1). Nesse contexto, os principais pontos de oposição dizem

respeito ao vínculo, à construção compartilhada do PTS, e à proximidade com o território. O que nos leva a refletir que embora os profissionais compreendam e busquem aplicar o modo de atenção psicossocial nas suas práticas, a forma como os serviços estruturam e padronizam o trabalho, dificultam a manutenção desse modelo e também a busca por novas formas de produção de cuidado que se apliquem para o contexto específico e façam sentido para os profissionais e usuários envolvidos nessas dinâmicas.

Cabe ressaltar que a maioria dos profissionais entrevistados apresentou uma percepção crítica acerca da realidade que vivenciam, reconhecendo que nesses casos pode haver um distanciamento entre o ideal do trabalho e a realidade posta.

QUADRO 1 – DISCURSO X OBSERVAÇÃO

<b>Discurso / Pontos defendidos pelos profissionais</b>	<b>Observação / Registros em diários de campo</b>
Reconhecimento da necessidade de estabelecimento e manutenção do vínculo	Rotatividade de profissionais; Práticas protocolares que dificultam a escuta (exemplo: critérios para avaliação de risco de suicídio, internamento, encaminhamentos, etc.)
Construção compartilhada do PTS	Profissionais em uma posição de sujeito suposto saber; Usuários demandando que profissionais decidam por eles; Pouco espaço / tempo para estímulo à autonomia.
Importância das conexões com o território	Dificuldades para trabalhar em conjunto com a APS (Exemplo: tempo na agenda, escalas, receptividade dos profissionais, transporte, etc); Expectativas por espaços no território que não existem, ausência de autonomia para ser criativo.

FONTE: A autora. (2024)

Outro ponto relevante, para tentar explicar as diferenças observadas, diz respeito ao contexto em que estão inseridos esses trabalhadores: em instituições que apresentam características gerencialistas, que por meio de aplicação de protocolos para reger os processos de trabalho demonstram uma tentativa de regulação das ações e decisões. Vale lembrar que os CAPS de Curitiba são geridos por uma empresa pública de direito privado que utiliza também os processos seletivos simplificados para contratação de profissionais em caráter temporário.

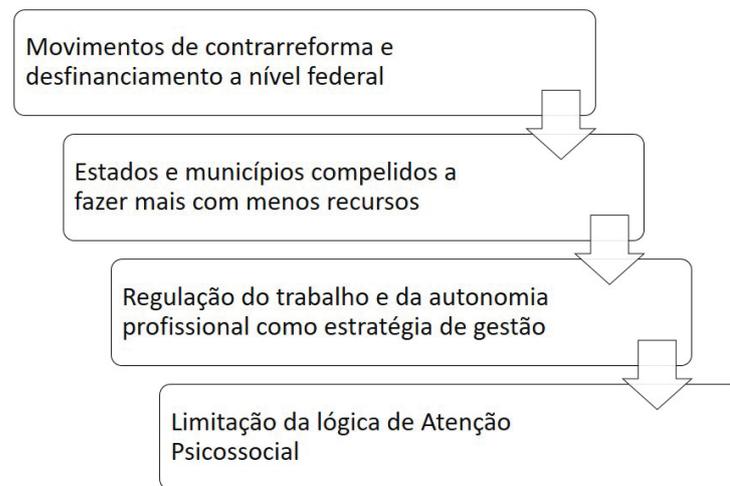
Segundo Silva (2016), o gerencialismo aplicado ao setor público consiste em um conjunto de técnicas e conceitos originados do setor privado, tais como eficiência, eficácia e avaliação por desempenho. O objetivo desse modelo de administração é regular o trabalho humano, seja de forma direta (trabalho supervisionado) ou indireta (avaliação de desempenho), com a finalidade de otimização dos recursos. Entretanto, o setor de saúde se diferencia não apenas pelo “produto final” - que não é algo concreto como uma peça de automóvel -, mas principalmente pela complexidade dos processos que envolvem o fazer em saúde.

Nas entrevistas, surgiram falas relacionadas às práticas vistas como engessadas e permeadas por regras e protocolos. E mesmo que teoricamente os protocolos sirvam para nortear decisões e não para substituir a reflexão das equipes, o cenário de medo e sobrecarga pode proporcionar a execução de práticas fundamentalmente protocolares. Registros nos diários de campo também ilustram essa percepção:

[Profissional relatou] se sente desconfortável com algumas situações no trabalho, que alguns protocolos do serviço, modos de trabalhar, conflitam com a sua profissão, e que se sente mal por isso. (Diário de campo)

Como já mencionado, as relações estabelecidas são o aspecto proeminente nos discursos dos participantes, que demonstram ser a base do cuidado prestado. Entretanto, todos os demais processos parecem estar mais profundamente influenciados - total ou parcialmente - pela lógica gerencialista. Para compreender melhor a sutil - ou nem tão sutil - manifestação das consequências desse modo de gestão no cotidiano dos serviços, precisamos olhar para o contexto amplo que se inicia no cenário nacional.

FIGURA 2 – CONTEXTO AMPLO



FONTE: A autora (2024).

Os movimentos contrarreformistas associados ao desfinanciamento da saúde mental impactam diretamente nas possibilidades dos estados e municípios para a organização e continuidade da assistência. O cenário de contração orçamentária não permite a expansão de novos serviços e qualificação ou manutenção dos já existentes. Sendo uma estratégia adotada em diversos âmbitos da gestão pública, as práticas gerencialistas emergem como “soluções”, para otimizar os recursos. (Gonçalves, Vieira e Delgado, 2012; Nunes, et al, 2019) Lançando mão de estratégias de controle e regulação do trabalho e do trabalhador, os modelos gerencialistas tendem a sacrificar a subjetividade em prol da produtividade. (Mendes e Carnuț, 2018; Iglesias, et al, 2021)

A lógica de otimizar recursos se aplica a tudo que possa ser visto como tal, inclusive o tempo dos profissionais. Como consequência, todas as práticas que demandam um tempo maior de dedicação e são de difícil mensuração quantitativa passam a ser relegadas a segundo plano, ou seja, serão realizadas “se der tempo”. Como exemplos (já descritos na categoria resultados) apontamos o processo de construção do PTS - que apesar de ser mencionada a importância de uma construção compartilhada, não é o que ocorre na maioria dos casos - que é produzido pelo TR, o matriciamento, a proximidade com o território e atenção primária.

Cabe observar que o progresso do projeto neoliberal no Brasil, iniciado nos anos 1990 - particularmente evidente no plano de reforma do Estado de 1995 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso -, impacta as formas de organização do SUS ao longo de sua formação.

O plano gerou, estrategicamente, um processo de acuoamento dos serviços ofertados pelo Estado, que diminuiu sua responsabilização e financiamento na área social, retirando-se taticamente do trato das mazelas sociais, transferindo esse problema para o terceiro setor e fazendo o repasse de recursos públicos para o âmbito privado. (Daneliu, et al, 2019)

Os mesmos autores ressaltam a grande dificuldade em se definir uma forma adequada para a organização do sistema de saúde, considerando os diferentes modelos de administração direta e indireta. A administração direta se caracteriza pela “gestão centralizada com ação direta do Estado, as atividades devem ser desenvolvidas diretamente pela administração pública, não podendo ser delegadas a outras entidades” (Daneliu, et al, 2019), no caso da administração indireta “são compostas principalmente por alguns modelos, como as empresas públicas, autarquias, fundações de direito público e fundações estatais de direito privado.” (Daneliu, et al, 2019). Além disso, as chamadas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e Organizações Sociais (OS) compõem o modelo de administração indireta, conhecido por terceiro setor sob regulação estatal. (Daneliu, et al, 2019)

Considerando que a atenção psicossocial é um modelo complexo e transdisciplinar, torna-se uma tarefa praticamente impossível engessar seus atravessamentos na produção do cuidado sem distorcer seu sentido, pois se tratam de processos vivos.

#### 4.2 GERENCIALISMO QUE REDUZ E LIMITA A LÓGICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Embora cada um dos CAPS estudados tenha apresentado características próprias, de modo geral as estruturas organizacionais são as mesmas, portanto nesta análise discutimos os aspectos gerais encontrados nos serviços. Assim, foi possível elencar como pontos em comum as mudanças constantes no quadro de profissionais, dificuldades para manutenção de vínculo entre usuários e

trabalhadores, sobrecarga de trabalho, dificuldade para articulação com o território, práticas protocolares e pouco espaço para buscar soluções criativas ante as demandas que surgem, expectativas sobre relacionamentos com a rede que não acontecem ou espaços no território que não existem, escalas de trabalho que ditam as funções e organização de cada profissional.

Para explicar a questão da interferência gerencialista sobre a lógica da Atenção Psicossocial, vamos tomar como exemplo o vínculo. É necessário lembrar que nos discursos dos participantes - tanto usuários quanto profissionais - o vínculo foi mencionado constantemente, e apontado como importante e fundamental para o processo de cuidado. Sendo uma tecnologia relacional, trata-se de uma construção que exige disponibilidade dos envolvidos, principalmente das equipes, que ao escutar o usuário e buscar conhecer e respeitar suas singularidades, abrem caminho para a construção compartilhada do cuidado. (Simões e Moreira, 2013).

Por outro lado, o cotidiano dos serviços demonstrou proporcionar condições limitadas para estabelecimento e manutenção do vínculo entre usuários e trabalhadores, apresentando uma considerável rotatividade nas equipes. Durante a imersão no campo de pesquisa, todos os serviços passavam por mudanças no quadro de profissionais, mudanças essas que estavam acontecendo naquele momento, que estavam para acontecer ou que haviam acontecido recentemente - em alguns dos serviços as três possibilidades ocorriam ao mesmo tempo. Essas situações foram amplamente relatadas nos diários de campo, e mencionadas também nas entrevistas.

Em breve conversa com o [usuário], enquanto aguardávamos o início da atividade, ele relatou que não recordava o nome da sua TR, e que havia trocado de TR recentemente devido às mudanças de profissionais. (...) Diversas vezes, diferentes profissionais relataram que a equipe está desfalcada, e em pleno processo de transição. (Diário de campo)

[...] nas conversas [os usuários] demonstram sofrimento com a alta rotatividade de profissionais recentemente, alguns relatam o impacto que isso tem em seus tratamentos. (Diário de campo)

E conforme relatado pelos próprios usuários, esse cenário de troca de profissionais é constante, não sendo exclusividade do momento em que ocorreu a pesquisa. Cunha e Galera (2016) apontam que a alta rotatividade de profissionais no campo da saúde mental compromete a qualidade do serviço prestado, dificultando o

estabelecimento de relações e a implantação de inovações. Por isso a OMS recomenda a valorização e retenção desses profissionais nos serviços de saúde mental. Brandão e Barroso (2023), analisando o impacto das ações de desmonte do SUS em um serviço de saúde mental do Rio de Janeiro, relacionam a rotatividade de profissionais à precarização dos vínculos trabalhistas, o que acarreta em sobrecarga de trabalho e adoecimento profissional.

Acerca da rotatividade de profissionais e suas consequências, Zanatta (2017) acrescenta:

Percebe-se que a rotatividade pode contribuir de forma contundente para o desencadeamento de sofrimento na equipe, pois ela interfere na formação da grupalidade e na própria convivência entre a equipe, podendo gerar uma desorganização psíquica nos trabalhadores e conseqüentemente nos usuários.

Nesse contexto, tudo o que envolve o trabalhador incidirá sobre o cuidado ao usuário. Equipes que se sentem desvalorizadas, destituídas de sua autonomia e de sentido no trabalho que realizam, tendem ao adoecimento e uma posição de impotência que prejudica a formação e estabelecimento de vínculo com os usuários. (Wandekoken, Dalbello-Araujo e Borges, 2017)

Discutindo os reflexos da ideologia gerencialista na organização do trabalho e no adoecimento mental do trabalhador, Dias et al (2019) ressaltam que

Para além dos aspectos físicos e estruturais, o trabalhador é agredido pela falta de autonomia e a insatisfatória participação nas decisões sobre o seu próprio trabalho; pelas distorções vivenciadas ao longo do tempo de dedicação ao trabalho, que acabam por gerar frustrações em relação às expectativas de sucesso e realização profissional criadas; pela pouca valorização do trabalhador e a realização de um trabalho sem visibilidade e sem sentido, levando ao desgaste e ao adoecimento mental.

Desse modo, compreende-se que os trabalhadores precisam ser considerados como sujeitos que realizam o trabalho para além de uma dimensão técnica, uma vez que constituem suas práticas de cuidados com base em formação acadêmica associada a suas experiências, seus encontros, seu investimento pessoal em um trabalho vivo. (Almeida e Merhy, 2020)

Campos (2010), reconhecendo a complexidade dos processos que envolvem o cuidado em saúde - onde o trabalho humano não pode ser simplesmente controlado ou inserido em uma rotina rígida e protocolar - destaca que

A prática em saúde assemelha-se, portanto, mesmo quando realizada em equipe ou em rede, ao trabalho artesanal, um neoartesanato ainda a ser desenvolvido em sua plenitude. O que dependerá da construção de modelo de gestão do trabalho segundo lógica não maquinica ou burocrática. Ao contrário, haveria que se superar o malestar histórico entre gestão e a clínica, incômodo que se explica pela tradição (neo)taylorista de controle sobre a clínica e pela insistência em se retirar o poder de decisão do clínico e da equipe e deslocá-lo para o protocolo, ou para algum gestor, ou para um regulador situado ao final de um rede informatizada [...]

Desse modo, a PNH (2009) apresenta a cogestão como um modelo de gestão que busca equilibrar a autonomia e a participação dos trabalhadores com as demandas e objetivos organizacionais. Este conceito surge como uma alternativa ao modelo tradicional taylorista-fordista, onde a gestão era centrada na maximização da eficiência e no controle para aumentar a produção de mais-valia. A cogestão permite a complexa relação entre trabalho livre e trabalho alienado, propondo inovações que atendem simultaneamente às necessidades dos trabalhadores e das organizações. Na área da saúde, isso implica em criar ambientes que não apenas aumentem a capacidade de produção de saúde, mas também promovam a realização pessoal e profissional dos trabalhadores, integrando suas necessidades sócio-históricas com as metas institucionais.

Pensando na necessidade de que os processos de trabalho sejam favoráveis não somente para o usuário, mas também para o trabalhador, Wandekoken, Dalbello-Araujo e Borges, (2017), sugerem como estratégias “a educação permanente, a autogestão e a autoanálise”, que são espaços necessários de expressão e busca por possibilidades. Desse modo, abrem-se perspectivas para aumento da capacidade de ação, que demove o trabalhador do estado de paralisia e conseqüentemente proporciona mudanças no trabalho. (Wandekoken, Dalbello-Araujo e Borges, 2017)

#### 4.3 OS LIMIARES DA AUTONOMIA: BREVES CONSIDERAÇÕES

Na perspectiva da atenção psicossocial o cuidado é um processo abrangente, sendo a relação entre cuidado e território um ponto central nesse modelo de atenção. (Lima e Yasui, 2014) Essa relação é fundamental para a preservação ou recuperação da autonomia e estímulo à cidadania e reinserção

social dos sujeitos. Assim, a produção do cuidado necessita de estratégias capazes de contemplar a multidimensionalidade das pessoas e o complexo processo de cuidar, potencializando a articulação entre os diversos serviços e equipamentos sociais, visando ampliar os espaços para a circulação dos usuários dos serviços de saúde mental, promovendo sua participação nas dinâmicas sociais. (Morais, et al, 2021)

Nesse sentido, os resultados evidenciaram uma importante limitação no que diz respeito ao processo de empoderamento dos usuários. Estes, atribuem às equipes o lugar de sujeito suposto saber, esperando que os trabalhadores tomem as decisões por eles. E os profissionais, por sua vez, assumem esse papel, embora ao falar de PTS reconheçam, em teoria, a importância da construção compartilhada.

A defesa da autonomia dos sujeitos é um dos principais pontos que diferencia a lógica manicomial de uma abordagem psicossocial. Refletir sobre a questão da autonomia implica também considerar o tipo de trabalho desejado no cuidado em saúde e na atenção psicossocial. A especificidade técnica do tratamento em saúde mental contém como elemento crucial a abrangência da singularidade do indivíduo. Como participante ativo do próprio cuidado, o usuário da saúde mental não deve ser colocado em lugar de passividade, pelo contrário, precisa se apropriar da própria história e sofrimento. (Andreola e Rodrigues, 2023)

De acordo com a PNH (2007), o PTS deve ser elaborado por toda a equipe, considerando todas as opiniões para melhor compreender o sujeito e definir ações apropriadas. Esse plano deve ser apresentado e negociado com o usuário, levando em consideração seus desejos e suas prioridades. Desse modo, é necessária uma “fusão de horizontes” que promova um encontro entre as diferentes perspectivas.

Quando o saber profissional prevalece sobre o desejo do sujeito, seja pela ausência de escuta das equipes ou pela própria demanda dos usuários - nas situações em que o usuário anula seu desejo acreditando que as equipes de saúde “é que sabem” -, corre-se o risco de limitação da autonomia dos sujeitos e destituição do sentido do tratamento, que se torna meramente prescritivo. Conforme apontado por Amorim e Lavrador (2017) “(...) a ação de tutela impossibilita o outro de construir novas formas de existência.”

Outra observação relevante circunscreve às relações contraditórias que os usuários estabelecem com o serviço. Percebem o CAPS como um espaço de

cuidado do qual expressam medo de se desvincular, relatando medos de desamparo e isolamento por não identificarem outros vínculos ou espaços sociais aos quais possam atribuir um papel de cuidado e socialização. E apesar de mencionarem que o serviço proporciona inclusão social, mantêm-se em sua maioria, ausente de outros espaços. Essa observação remete o olhar para uma grande falta: onde está a rede de saúde mental para além do CAPS? A ausência de espaços de convivência, trabalho, lazer, voltados para as pessoas com transtornos mentais fomentam essa dependência de um único serviço de saúde, que sozinho não alcança o complexo trabalho que envolve a reinserção social.

O cuidado na Atenção Psicossocial também abrange o papel de estimular, facilitar e mediar a conexão do sujeito com outros espaços sociais. Usuários que permanecem vinculados exclusivamente aos CAPS, sem um projeto ou perspectiva de vinculação com outros espaços e atores do território, são denominados cronificados. E embora os CAPS sejam serviços criados para trabalhar em oposição à lógica manicomial, certas ações - ou ausência de ações - podem contribuir para a reprodução dessa lógica e cronificação das pessoas, como a manutenção de relações hierárquicas entre profissionais e usuários e o isolamento do serviço em relação à comunidade. (Costa, Figueiró e Freire, 2014)

Pensar acerca da autonomia do usuário implica necessariamente em pensar os atravessamentos que permeiam as relações nesses serviços. Desse modo, Andreola e Rodrigues (2023) ressaltam que a autonomia é imprescindível a todos os sujeitos que compõem o campo da saúde mental.

Assim, a autonomia não se restringe unicamente ao sujeito a ser ofertado o cuidado e precisa ser entendida como ingrediente imprescindível a todos aqueles que fazem parte do campo da saúde mental. Os técnicos necessitam lançar mão de fazeres que transcendam a mera aplicação de seus conhecimentos, visto que é na relação singular com o usuário que o cuidado passa a fazer sentido. (Andreola e Rodrigues, 2023)

Por fim, retoma-se a importância do trabalho criativo, que encontra espaço para acontecer em ambientes promotores de autonomia e de relações horizontais. É na potência da inventividade cotidiana que o cuidado em liberdade se produz e se afasta da lógica manicomial. Portanto, se torna necessário refletir sobre a produção do cuidado e seus atravessamentos, desde as práticas que podem cruzar o limiar da autonomia e se tornar tutelares, até as instituições que por meio de seus processos

de trabalho podem proporcionar condições antagônicas ao fomento de autonomia e processos criativos. (Amorim e Lavrador, 2017)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado começa e termina nas relações. No cuidado em saúde, mais especificamente no campo da saúde mental, as relações humanas se destacam como o alicerce fundamental. Pois é nas tramas das interações, na teia dos vínculos, que se encontra o caminho para a compreensão e o alívio do sofrimento.

Fomentar a vida e ampliar horizontes são, sem dúvida, pilares do cuidado em saúde mental, permitindo que o indivíduo reposicione-se frente às suas adversidades. E como poderia este objetivo ser alcançado se não pela profunda compreensão do outro? Entendimento este que só floresce através das relações que se estabelecem.

Observando a multifacetada tapeçaria do processo saúde-adoecimento, nota-se que os determinantes sociais exercem considerável influência tanto sobre os territórios quanto sobre os indivíduos. É imperativo, portanto, que o alívio do sofrimento seja abordado em sua totalidade, abrangendo todos os seus aspectos. As ações limitadas a meros sintomas ou diagnósticos, como a simples prescrição de medicamentos, revelam-se insuficientes e, muitas vezes, contraproducentes, perpetuando um cenário de medicalização excessiva e cronificação de pessoas.

Para superar tal ineficácia, a atenção psicossocial emerge como aposta, promovendo um cuidado integral que transcende os sintomas e abraça os determinantes sociais de saúde. O vínculo humano, este precioso e insubstituível elo, revela-se como o instrumento fundamental para a construção do cuidado. Contudo, essa lógica enfrenta entraves justamente porque não se encaixa em modelos de trabalho gerencialistas.

Não há protocolo que guie a construção do vínculo, assim como não há formas de prever a trajetória de um cuidado integral. A atenção psicossocial, instrumentalizada por tecnologias leves e relacionais, não floresce em terras gerencialistas. Trabalhar com o cuidado em saúde é, por natureza, lidar com altos graus de incerteza, necessários para abarcar toda a sua complexidade. Metas numéricas desprovidas de sentido não produzem cuidado.

Especificamente nos serviços estudados, foram identificadas características gerencialistas que sutilmente - ou nem tão sutil - convivem com práticas de cuidado pautadas em um paradigma psicossocial. Essa lógica em algum nível limita as ações

dos trabalhadores, tolhendo sua autonomia, levando a desgastes, rotatividade nas equipes e conseqüentemente prejudicando a qualidade do cuidado ao usuário.

Embora a nomenclatura seja CAPS territorial, há de se observar que a efetiva articulação com os territórios sofre com entraves que ultrapassam a mera questão geográfica. As dificuldades para fomento da autonomia dos usuários e da aproximação com equipamentos no território, explanadas nos resultados e na discussão, demonstram que um CAPS precisa também de arranjos organizacionais que permitam espaços para discussão, reflexão das práticas e criatividade. Não há vida em protocolos e procedimentos burocratizados, e justamente a potência do CAPS se estabelece em processos relacionais vivos.

Por fim, cabe expor que esse estudo encontrou limitações relacionadas ao número de serviços incluídos, tempo para observação participante e realização de entrevistas, considerando os trâmites que envolveram a aprovação do projeto, tudo isso dentro do prazo de um mestrado. Ademais, a escassez de fontes bibliográficas sobre a territorialização dos CAPS em Curitiba, também pode ser elencada como limitação.

Convém salientar que não pretende-se de forma alguma esgotar o tema. E, assim como as conquistas alcançadas na área da atenção à saúde mental decorrem de movimentos de luta e construções coletivas, também o cuidado tão caro ao modo psicossocial, pautado nas relações, se constitui pelo fazer coletivo. Portanto, aos defensores da reforma em todas as esferas, é importante frisar que o que mantém o coletivo são as relações e, nesse mesmo sentido, é no isolamento das não relações que o movimento se enfraquece.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. M. C. D. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00129519, 2019.
- ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. **Psicologia Política**. v. 20, n.47, p. 65-75, 2020.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C.; SOUZA, I. M. Hermenêutica-fenomenológica e compreensão nas ciências sociais. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 1, p. 181–198, 2014.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, 2018.
- AMORIM, R. G.; LAVRADOR, M. C. C. A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 273–288, 2017.
- ANDREOLA, E. C.; RODRIGUES, E. Cartografias da autonomia: tensões e construções no campo da saúde mental. **Psicologia Política**, v. 23, n.56, p. 150-168, 2023.
- ASSIS, M. **O Alienista**. Campinas: Editora Komedi, 2011.
- BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLOR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN**, v. 4, n. 1, p. 127-140, 2012.
- BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. APS**, v. 13, n. 1, p. 72-83, 2010.
- BRANDÃO, B.; BARROSO, P. F. Falta de alimentação e vínculos precários em serviços de saúde mental voltados para usuários de drogas: o caso do CAPS AD no Rio de Janeiro. **Sertanias: Revista de Ciências Humanas e Sociais**, v. 3, n. 1, p. 1-23, 2023. DOI: 10.22481/sertanias.v3i1.12015.
- BRASIL. **Lei nº 10216/01, de 06 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DF. 2001. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm) Acesso em: 08/09/2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf) Acesso em: 08/09/2022

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política nacional de humanização: PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) Acesso em: 08/09/2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus/rede-humanizausus/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf) Acesso em: 08/09/2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_cogestao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf) Acesso em: 08/09/2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: o que é, como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)**. Brasília: 2010. Disponível em: [https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/diretrizes\\_e\\_dispositivos\\_da\\_pnh\\_1.pdf](https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh_1.pdf) Acesso em: 08/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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). Brasília, DF: 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 07/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 07/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2337–2344, 2010.

CEZAR, M.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 134-151, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – PR. CRP-PR divulga posicionamento contrário ao ‘Dimensionamento dos CAPS’ em Curitiba. Curitiba, 2017. Disponível em: <https://crppr.org.br/crp-pr-divulga-posicionamento-contrario-ao-dimensionamento-dos-caps-em-curitiba/>

COSTA, M. G. S. G.; FIGUEIRO, R. A.; FREIRE, F. H. M. A. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas psicol.**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014 .

COSTA, M. M.; DIMENSTEIN, M. CAPS com gerência pública e privada: estudo na rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Norte. **Revista de Psicologia**, v. 6, n. 1, 2015.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 1 – 20, 2020.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2004.

CUNHA, V. C. A.; GALERA, S. A. F. Perfil das equipes dos centros de atenção psicossocial de uma região do estado de Minas Gerais. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 32-36, 2016.

CURITIBA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC). **Mapa Político - Regionais com Bairros** (Colorido). Curitiba: 2022. Disponível em:

<https://geocuritiba.ippuc.org.br/portal/apps/sites/#/geocuritiba/datasets/a5be28c7960d43c7839bbfe5dfaae2be>

CURITIBA. **Decreto nº 1.183 de 21 de Julho de 2021**. Aprova o Regulamento de Recursos Humanos da Fundação Estatal de Atenção à Saúde - FEAS. Curitiba, 2021. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/decreto/2021/118/1183/decreto-n-1183-2021-aprova-o-regulamento-de-recursos-humanos-da-fundacao-estatal-de-atencao-a-saude-feas>

CURITIBA. **Lei nº 15.507, de 18 de Setembro de 2019**. Ampliação escopo FEAS. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2019/1550/15507/lei-ordinaria-n-15507-2019-altera-a-denominacao-e-da-nova-redacao-ao-caput-do-art-2-da-lei-n-13663-de-21-de-dezembro-de-2010-que-institui-a-fundacao-estatal-de-atencao-especializada-a-saude>

CURITIBA. **Lei nº 13.663/2010, de 21 de Dezembro de 2010**. Institui a Fundação Estatal de Atenção à Saúde - FEAS. Altera a Lei municipal nº 7.671, de 10 de junho de 1991, e dá outras providências. Curitiba, 2010. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2010/1367/13663/lei-ordinaria-n-13663-2010-institui-a-fundacao-estatal-de-atencao-especializada-em-saude-de-curitiba-feaes-curitiba-altera-a-lei-municipal-n-7671-de-10-de-junho-de-1991-e-da-outras-providencias>

DANELIU, J. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; OLIVEIRA, V. G.; ALBUQUERQUE, G. S. C. A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 378–389, 2019.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0020241, 2019.

DIAS, C. A.; SIQUEIRA, M. V. S.; MORAIS, A. P. S.; GOMES, K. B. P. Ideologia gerencialista e adoecimento mental no trabalho: uma análise crítica. **Cad. psicol. soc. trab.**, v. 22, n. 2, p. 185-198, 2019.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. O.; FERIGATO, S. H.; MORATO, G. G. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 2, p. 725–740, 2020.

FIGLIARO, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, n. 92, p. 9–21, 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

- FREI, A. E. Cartografia da RAPS: Um tal CAPS híbrido em um buraco do tatu. **Contato**. Curitiba, 2022. Conselho Regional de Psicologia do Paraná, edição 129, p. 7 - 9.
- FURTADO, J. P.; ODA, W. Y.; BORYSOW, I. C.; KAPP, S. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. e00059116, 2016.
- GARCES, A.; SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada por resultados no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 4, p. 53-77, 2002.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 51–58, 2012.
- GRIGOLO, T. M.; GARCIA JR, C. A. S.; PERES, G. M.; RODRIGUES, J. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.7, n.15, p.53-73, 2015.
- GUIMARAES, A. C. A.; VERAS, A. B.; CARLI, A. D. Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 10, n. 1, p. 91-103, 2018.
- IGLESIAS, A.; ANDREATTA, P. P.; DRUMOND, N. C.; GARCIA, D. C.; RIBEIRO NETO, P. M. Gestão do SUS na perspectiva da literatura: fragilidades, potencialidades e propostas. **Espaço para a Saúde**, v. 22, 2021. DOI: 10.22421/1517-7130/es.2021v22.e755.
- KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. 2002. 195 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2002.
- KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estud. psicol. psicol.**, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020 .
- LEÃO, A.; BATISTA, A. M. Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores em saúde mental da grande Vitória. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00271102, 2020.
- LIMA, E. M. F. DE A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 593–606, 2014.
- MARCANTONIO, J. H. A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. **Psicol inf.**, v. 14, n. 14, p. 139-159, 2010.

MARTINS, M. E. R.; BUCHELE, F.; BOLSONI, C. C. Uma revisão bibliográfica sobre as estratégias de construção da autonomia nos serviços públicos brasileiros de atenção em saúde a usuários de drogas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, p. e00358820, 2021.

MELLO, V. R. C. **Estratégias de humanização do cuidado em saúde mental: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2009.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1105–1119, 2018.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210307pt, 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, A. P. P.; GUIMARÃES, J. M. X.; ALVES, L. V. C.; MONTEIRO, A. R. M. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1163–1172, 2021.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1213–1232, 2016.

NUNES, M. DE O.; LIMA JUNIOR, J. M.; PORTUGAL, C. M.; TORRENTÉ, M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, 2019.

OLIVEIRA, E. S.; CRUZ, A. C.; SILVA, T. A.; VILELA, A. B. A.; FILHO, I. E. M. Impacts of the new Brazilian Mental Health Policy on psychosocial care: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e590111335890, 2022.

PAES, L. G.; FERMO, V. C.; FIGUEIREDO, M. C. A. B.; MELLO, A. L. S. F. Care management in primary health care: a constructivist grounded theory. **Texto & Contexto**, v. 30, p. e20200578, 2021.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541–4548, 2011.

PASCOAL, P. A. G. **As (im)possibilidades de gestão da saúde e segurança na atividade assistencial ao paciente em sofrimento psíquico no CAPS**. 2022. 120

f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade) - Universidade Federal de Itajubá, Itajubá (MG), 2022.

PEREIRA, E. C. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis (SP), 2011.

PEROTTI, I. S.; HOLANDA, A. F.; MARIOTTI, M. C. Franco Basaglia e a Fenomenologia: um caminho epistemológico por liberdade. **Perspectivas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 1–23, 2021.

PIMENTEL, A. P.; AMARANTE, P. D. DE C.. Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 15, n. 3, p. 8–33, 2020.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. cienc. prof.**, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROMANO, B.; SCHNEIDER, J. N.; COUTO, A. A.; SERPA JUNIOR, O. D. Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, p. e210875pt, 2023.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00313145, 2021.

SANT'ANA, M. R. L. **A produção de vínculos entre usuários com sofrimento psíquico grave, seus familiares e equipes de saúde da família**. 2022. 124f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2022.

SILVA, E. F. G. Pesquisa qualitativa em psicologia clínica: uma possibilidade metodológica em diálogo com a fenomenologia hermenêutica. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 11, p. 145–159, 2018.

SILVA, R. R. Concepções e funções da descentralização na gestão pública democrática e no gerencialismo. **O social em questão**, v. 19, n. 36, p. 337-358, 2016.

SIMÕES, W. M. B., MOREIRA, M. S. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 3, 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_final\\_4\\_conferencia\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf)

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 2, p. 883–895, 2018.

SOUSA, D. L. M.; PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 147–154, 2010.

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 540–560, 2019.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019124, 2019.

TOLEDO L.; COUTINHO, C.; BASTOS F. I. **Panorama sobre a política de drogas e saúde mental no Brasil contemporâneo: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

UNIFICAÇÃO de CAPS debatida em plenário. Câmara municipal de Curitiba, Curitiba, 04 de Outubro de 2017. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.leg.br/informacao/noticias/unificacao-de-caps-debatida-em-plenario> Acesso em: 07/09/2023.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173 - 190, 2018.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAUJO, M.; BORGES, L. H. Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 285–297, 2017.

ZANATTA, A. B. **Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP**. 2017. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2017.

## APÊNDICE 1 – PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS

Iniciais:

Idade:

Gênero com o qual se identifica:

Cor/raça:

Município e Estado onde vive:

Escolaridade:

Qual o mais alto grau de formação?

Graduação:

Local de acompanhamento:

Tempo de acompanhamento neste lugar:

Conte um pouco da sua história...

Como se iniciou o seu acompanhamento para essa questão que você contou? E neste serviço?

Por que você vem aqui?

O que você considera que é ou foi importante para a sua melhora?

Quem foram ou são as pessoas mais relevantes nesse processo?

(Profissionais do serviço, identificar claramente a pessoa).

## APÊNDICE 2 – PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS

Iniciais:

Idade:

Gênero com o qual se identifica:

Cor/raça:

Município e Estado onde vive:

Qual o mais alto grau de formação?

Graduação:

Local de atuação:

Tempo de atuação neste local:

Tempo de experiência de trabalho na área da saúde mental:

Conte-me um pouco sobre a sua atuação profissional.

Quais são as suas atividades/ o que você faz aqui no CAPS?

Como é construído o plano de cuidado de um usuário que chega pela primeira vez no serviço?

Fale-me um pouco sobre a relação do CAPS com os demais equipamentos da rede.

Como ocorre a condução dos grupos?

Como são as reuniões de equipe?

De que maneira são tomadas as decisões, tanto de funcionamento do serviço quanto de manejo clínico?

## ANEXO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS PERÍODOS DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL, 1841-2019

Quadro 1 Características dos períodos da atenção em saúde mental no Brasil, 1841-2019.

Período histórico	Contextos econômico, social e político	Organização do sistema de saúde	Características da atenção em saúde mental
Institucionalização da saúde mental (1841-1964)	Período imperial Proclamação da República (1889) Urbanização e industrialização Estado Novo, período Vargas (1930-1945) Instabilidade democrática (1945-1964)	Modelo higienista de cuidado em saúde Fragmentação institucional entre medicina previdenciária e saúde pública	Cuidado central no hospital e no encarceramento Ascensão da psiquiatria científica (após 1889) Preconização de desinternação progressiva (1961)
Autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978)	Regime autoritário Desenvolvimentismo econômico concentrador de renda Centralização administrativa Redução de gastos com políticas sociais e submissão aos interesses do capital privado	Modelo de atenção centrado na assistência hospitalar e no setor privado Intensificação da dicotomia entre medicina previdenciária e saúde pública Agravamento das condições de saúde e desassistência	Cuidado central no hospital e no encarceramento Privatização e indústria da loucura Hospitais psiquiátricos superlotados, com serviços de má qualidade e iatrogênicos
Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984)	Esgotamento do modelo econômico Mobilização social pela redemocratização	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira Defesa da saúde como direito Ações e programas de ampliação da cobertura (ações integradas em saúde, Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária)	Criação do MTSM e ‘Crise da Dinsam’ I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e instituições; V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978) III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979) Forte crítica ao modelo asilar, à violência institucionalizada e à privatização da assistência Fortalecimento do movimento da RPB
Redemocratização, criação do SUS e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990)	Fim do regime autoritário Crise econômica e hiperinflação Assembleia Nacional Constituinte (1988)	Saúde incluída na pauta política VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) Criação do SUS (1988) Lei Orgânica da Saúde (leis n. 8.090/1990 e n. 8.142/1990)	I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (1987) Experiências exitosas de desinstitucionalização e novos modelos de atenção em saúde mental (1987-1989)

Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000)	Governo Collor (liberalização do mercado) Ajuste macroeconômico e Plano Real Reforma do Estado	Implementação do SUS Descentralização da gestão em saúde Desenvolvimento da atenção primária à saúde, com a criação do PACS e do PSF	Criação da Coordenação de Saúde Mental (1991) II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) Reformulação do arcabouço normativo da saúde mental Difusão de nova mentalidade e formas de cuidar em saúde mental Criação do CAPS e mecanismos substitutivos
Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)	Governo do Partido dos Trabalhadores (2003-2016) Valorização das políticas sociais e de distribuição de renda	Ascensão dos sanitaristas ao comando do Ministério da Saúde Coordenação de Saúde Mental conduzida por defensores da Reforma Psiquiátrica	Lei da Reforma Psiquiátrica e criação da RAPS Arcabouço legal e normativo para a desinstitucionalização Expressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010)
Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2019)	<i>Impeachment</i> da presidente Dilma Rousseff (2016) Ocupação do governo por setores conservadores (2016-2018) Priorização e intensificação dos programas de austeridade fiscal e ajuste macroeconômico Eleição da extrema direita e agenda ultraliberal (2019)	Emenda constitucional n. 95 Restrição orçamentária ao SUS Valorização do setor privado para prestação da assistência à saúde Restrição da participação social	Aprovação da nova PNSM Inserção dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na RAPS Aumento do incentivo financeiro para internações Proposta de retomada da eletroconvulsoterapia no sistema público Nova Política Nacional sobre Drogas Fortalecimento e financiamento para comunidades terapêuticas e foco na abstinência Retirada da sociedade civil da composição do Conselho Nacional sobre Drogas

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Sistema Único de Saúde (SUS), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

FONTE: Sampaio e Bispo Junior (2021)