

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ISABEL FERNANDES DE AGUIAR

AUTONOMIA E DIREITOS HUMANOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CURITIBA

2024

ISABEL FERNANDES DE AGUIAR

AUTONOMIA E DIREITOS HUMANOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, na linha de Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Sabrina Stefanello

CURITIBA

2024

A283 Aguiar, Isabel Fernandes de
Autonomia e direitos humanos no cuidado em saúde
mental: uma análise sob a ótica da atenção psicossocial
[recurso eletrônico] / Isabel Fernandes de Aguiar. – Curitiba,
2024.

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

Orientadora: Prof. Dra. Sabrina Stefanello

1. Reabilitação Psiquiátrica. 2. Saúde mental. 3. Serviços de
saúde mental. I. Stefanello, Sabrina. II. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

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 **ISABEL FERNANDES DE AGUIAR** intitulada: **AUTONOMIA E DIREITOS HUMANOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**, sob orientação da Profa. Dra. SABRINA STEFANELLO, 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 14:22:55.0

SABRINA STEFANELLO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

20/08/2024 11:48:51.0

ROSSANA MARIA SEABRA SADE

Avaliador Externo (UNESP)

Assinatura Eletrônica

04/07/2024 14:55:09.0

BRUNO FERRARI EMERICH

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

A todos aqueles que já tiveram sua liberdade tolhida e seus direitos negados. Aos marginalizados, aos que foram invisibilizados, principalmente por representarem uma afronta ao modo de funcionamento desta sociedade doente.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Ogum, por trazer a disciplina e clareza necessárias, por sempre me ajudar a firmar o meu passo. Minha mãe Iansã por me fortalecer e, com seus ventos, soprar para longe os pensamentos auto sabotadores, trazendo muita transformação para minha vida.

Aos meus pais aqui da Terra, Odival e Daicy, por serem a minha base, cada um do seu jeitinho. Por serem presença e suporte, sempre.

À minha orientadora Sabrina, pela guiança, pelas correções e ensinamentos. Também pelo exemplo de mulher e profissional que é. Também ao professor Deivisson pelas ajudas e momentos de suporte emocional quando o desespero quase quis bater.

Ao grupo de pesquisa em Saúde Coletiva, pelas trocas de ideias, pelas opiniões e momentos compartilhados. Estar em grupo foi fundamental, afinal o conhecimento só é válido quando é compartilhado.

À Pamela, minha amiga e parceira de pesquisa, agradeço imensamente pelas trocas, por ser escuta e acolhimento quando precisei e, ao mesmo tempo, ser inspiração como pesquisadora e ser humano. Por compartilhar angústias e inseguranças, seguindo nessa caminhada de dois anos sem soltar minha mão.

Às equipes dos CAPS onde trabalhei e passei por tantas aventuras, encontrei pessoas incríveis e tive o privilégio de semear amizades que sei que vou carregar para sempre em meu coração. Foi lá onde tudo isso começou ao despertar minhas inquietações e fomentar meu desejo de poder ajudar, de alguma forma, a construir um SUS cada vez melhor e mais forte. Também às equipes e gestão dos CAPS que abriram as portas para me receber como pesquisadora, foi muito importante dar esse passo e ressignificar o meu lugar nesses espaços.

À minha rede de amigas, pois o convívio com outras mulheres me faz relembrar minha potência, recarrega minhas baterias e me mantém viva.

Ao meu namorado Caian, pessoa especial que surgiu no final dessa jornada e assumiu lugar importantíssimo de suporte e incentivo. Obrigada por permanecer, por me inspirar e fazer meu coração pulsar novamente, me dando forças para continuar.

E, finalmente, a esse meu jeito inquieto e curioso, que não me permite me acomodar, minha avó já dizia que eu não tenho “parança”. Ter me tornado um ser humano inconformado e questionador me traz muitos desafios e até angústias, mas também me leva a lugares inesperadamente incríveis. Agradeço a mim mesma, por ter persistido na ideia, presente dentro de mim há pelo menos 10 anos, de ser pesquisadora. Agora sigo rumo aos próximos passos, indagando qual a próxima aventura que a vida me reserva...

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão. ”

NISE DA SILVEIRA

RESUMO

Desde o início do movimento da Reforma Psiquiátrica, o Brasil passa por períodos que oscilam entre avanço e retrocesso no tocante ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Como principal serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos foram criados os Centros de Atenção Psicossocial, serviços comunitários componentes do Sistema Único de Saúde, que possuem como base o cuidado em liberdade e estímulo de autonomia dos usuários. O presente estudo foi realizado em quatro CAPS da cidade de Curitiba e, por meio de observação participante e entrevistas com dezoito usuários e sete profissionais, buscou compreender o respeito aos direitos humanos nesse contexto e identificar práticas que estimulem a autonomia e participação social dos usuários. O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, adequando-se às normas da pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi realizada entre junho e dezembro de 2023 e a análise dos dados foi feita sob a ótica da hermenêutica. Os resultados apontaram para a existência de diversas práticas que buscam estimular a autonomia e empoderamento do usuário, porém a visão médico-centrada ainda é presente nesses serviços, apresentando resquícios de práticas manicomiais. Faz-se necessário manter vivas as discussões acerca do tema e manter a postura vigilante para que a lógica manicomial não torne a predominar no país.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Cuidado em liberdade. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Since the beginning of the Psychiatric Reform movement, Brazil has gone through periods that oscillate between progress and setback regarding the care of people in psychological distress. As the main replacement service for psychiatric hospitals, Psychosocial Support Centers were created, community services that are part of the Unified Health System, which are based on care in freedom and stimulation of users' autonomy. The present study was carried out in four CAPS in the city of Curitiba and, through participant observation and interviews with eighteen users and seven professionals, sought to understand respect for human rights in this context and identify practices that encourage users' autonomy and social participation. The study was submitted for analysis by the Research Ethics Committee, complying with the standards for research involving human beings. Data collection was carried out between June and December 2023 and data analysis was carried out from the perspective of hermeneutics. The results pointed to the existence of several practices that seek to stimulate user autonomy and empowerment, however the medical-centered vision is still present in these services, presenting remnants of asylum practices. It is necessary to keep discussions on the topic alive and maintain a vigilant stance so that asylum logic does not once again predominate in the country.

Keywords: Psychosocial Support. Care in freedom. Psychosocial Support Center.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA POLÍTICO DE CURITIBA: ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

FEAS - Fundação Estatal de Atenção à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PNAD - Política Nacional sobre Álcool de outras Drogas

PTS - Plano Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RP - Reforma Psiquiátrica

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PARADIGMAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO MODELO MANICOMIAL À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	15
1.2 AUTONOMIA, <i>RECOVERY</i> E DIREITOS HUMANOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	25
2 OBJETIVOS	32
2.1 OBJETIVO GERAL	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3 PERCURSO METODOLÓGICO	33
3.1 APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO	33
3.2 DESENHO DO ESTUDO	33
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO	34
3.4 ENTRADA EM CAMPO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	38
3.5 PROCEDIMENTOS	40
3.5.1 Observação participante	41
3.5.2 Entrevistas	42
3.5.3 Tratamento dos dados	44
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1 CAPS: SIGNIFICADOS E EXPECTATIVAS	46
4.2 AS RELAÇÕES DA PESSOA COM O SERVIÇO	51
4.3 COMO O CUIDADO É OFERTADO	56
4.4 COMO O CUIDADO É ORGANIZADO	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APÊNDICE 2 - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE VOZ PARA PESQUISA ..	79
APÊNDICE 3 - PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 PARADIGMAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO MODELO MANICOMIAL À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O tratamento de questões de saúde mental no contexto brasileiro já foi palco de inúmeras práticas violentas e fundamentadas no modelo manicomial, que segregava e confinava parte da população em instituições distantes de serem consideradas locais intencionados para o cuidado. O modelo hegemônico do início do último século tinha o hospital psiquiátrico – ou manicômio, asilo, colônia – como única estratégia possível para tratamento de pessoas tidas como “loucas”. Estas foram descritas por Goffman (1974) como instituições totais, cuja principal característica eram os muros, as barreiras à relação com o ambiente exterior:

Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais ‘fechadas’ do que outras. Seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais*. (Goffman, 1974. p. 16)

São ambientes, em geral, superpopulosos, os quais desumanizam os internos por diversas vias. O autor ressalta como questão central a ruptura das barreiras entre as três principais esferas da vida: dormir, brincar e trabalhar. Todas essas atividades são realizadas no mesmo local, com horários pré-estabelecidos e sempre vigiadas e controladas por funcionários, que lhe impõem regras rígidas sobre a maneira de vestir e se comportar (Goffman, 1974). Fica evidente que, neste contexto, o objetivo principal era a manutenção da ordem e organização institucional, silenciando os indivíduos que lá estão e, conseqüentemente, desconsiderando suas singularidades e necessidades específicas.

O autor também classifica essas instituições em cinco agrupamentos, conforme o tipo de pessoa a quem são destinadas. Ele afirma que, embora tenham suas particularidades, todos esses estabelecimentos possuem características em comum, principalmente no que tange à restrição da liberdade. As casas para cegos, crianças órfãs e idosos, tidos socialmente à época como “incapazes e inofensivos”; os sanatórios e hospitais para doentes mentais, destinados aos incapazes sob a ótica de que, mesmo de maneira não intencional, representavam uma ameaça à comunidade; as cadeias e campos de concentração para aqueles que

representavam ameaças intencionais; os locais que tem como objetivo principal o trabalho, como quartéis, internatos e grandes mansões. Por fim, os estabelecimentos que se destinam à instrução de religiosos, como mosteiros e conventos (Goffman, 1974).

Considerando o segundo tipo de instituição descrito por Goffman, vale ressaltar que inicialmente os manicômios, assim como os hospitais gerais, eram coordenados por organizações religiosas, ditas de caridade, que se ocupavam dos enfermos e excluídos. Reflexos de uma preocupação burguesa em colocar ordem no mundo da miséria, desempenhavam papel de assistência e ao mesmo tempo de repressão (Foucault, 1972). No livro “A história da loucura”, Foucault descreveu essa lógica aplicada aos hospitais gerais de Paris de meados do século XVII, à qual os manicômios se mantiveram semelhantes anos mais tarde, no mundo todo:

O Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem de repressão.[...] Em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma ideia médica. É uma instância da ordem monárquica e burguesa (Foucault, 1972, p. 57).

Diretores eram nomeados e munidos de poder para atuar dentro e fora dos hospitais, no sentido de vigiar, corrigir e punir os “pobres de Paris” em nome do rei (Foucault, 1972). Segundo Sade (2014), foi no século XVII o início da constituição do paradigma psiquiátrico, marcado pela criação de estabelecimentos para internamento de doentes mentais, prostitutas e outros indivíduos marginalizados. As condições eram desumanas e quando o médico Philippe Pinel assumiu a direção do hospital de Bicêtre, na França, começou a questionar as circunstâncias cruéis na qual viviam os internos. Foi somente nessa época - início do século XIX - que a psiquiatria começou a se apropriar desses espaços, buscando propor outras formas de tratamento. Pinel, então, instituiu o tratamento moral e educativo como nova lógica de tutela, que era ligeiramente mais humanizada que o modelo anterior, mas ainda assim não considerava a liberdade e identidade dos pacientes, impondo-lhes regras institucionais a serem obedecidas.

Como em todo período de transição, juntamente com as novas propostas ainda se mantiveram dinâmicas e ideias presentes na realidade descrita por Foucault anteriormente. Associava-se a ideia de loucura a desvios do padrão de comportamento considerado “normal” e esperado pela sociedade. Com isso, eram encaminhadas aos hospitais psiquiátricos, não apenas as pessoas que

necessitavam de tratamento segundo o entendimento da época, mas também àquelas que destoassem do contexto burguês e que levassem a vida de maneiras diferentes das pautadas nas normas da “boa conduta” (Yasui, 2018).

Corroborando com as ideias trazidas por Foucault mais de quarenta anos antes, Yasui (2018) reitera a ideia de que a lógica manicomial é permeada por um exercício de poder que não só exclui e oprime, como também produz normatizações e controle. Trazendo para o contexto brasileiro, Daniela Arbex (2013) denuncia o contexto e as práticas desumanas do Hospital Colônia, considerado o maior manicômio do Brasil. Em seu livro 'O Holocausto Brasileiro', ela traz em detalhes as condições insalubres e degradantes encontradas naquela instituição: superpopulação, ambientes sem ventilação e limpeza, corpos expostos a todas as temperaturas, cobertos com alguns trapos ou, por vezes, nus. Segundo o relato da autora, a alimentação era racionada e a água proveniente de esgotos, os internos dividiam o espaço com ratos, mosquitos e até cadáveres daqueles que não resistiram aos maus tratos e à negligência (Arbex, 2013). Além disso, ressalta que a maioria das pessoas que eram destinadas àquele hospital não tinha necessariamente questões relacionadas à saúde mental, corroborando com o que já havia sido apontado por outros autores. Alguns dos internos não estavam lá porque precisavam de tratamento ou cuidados, mas sim por representarem uma ameaça à ordem e manutenção dos “bons costumes”:

A estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos (Arbex, 2013, p. 23)

Amarante e Torre (2018) discorrem sobre a noção de loucura capturada pelo discurso médico e construída como ausência de juízo, de sentido e, com isso, de capacidade de conviver em sociedade. “O alienado é o indivíduo que está fora de si [...], é incapaz da verdade e por isso perigoso para si e para os outros” (Amarante e Torre, 2018, p. 1092). Decorre daí o fundamento da exclusão da loucura, ou seja, a ideia de que essas pessoas precisam estar em ambientes “protegidos” e, de preferência, longe dos grandes centros urbanos. Com isso, são destituídos dos seus direitos, liberdade e autonomia sobre seus próprios corpos, escolhas e decisões (Amarante e Torre, 2018).

Após a divulgação das práticas abusivas e violações dos direitos humanos ocorridas nessas instituições totais, tornou-se evidente a necessidade de reavaliar as políticas públicas e transformar o cuidado em saúde mental. Nesse contexto surgiram movimentos sociais de contracultura, como o Movimento da Luta Antimanicomial e Antipsiquiátrico. O termo "antipsiquiatria" foi utilizado pelo psiquiatra sul-africano David Cooper (1931-1986) e o movimento para o qual deu o nome surgiu no início da década de 60, na Inglaterra, contando também com a influência dos psiquiatras Ronald Laing, Aaron Esterson e Franco Basaglia. Outros envolvidos foram Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari e Erving Goffman. A Antipsiquiatria é relacionada ao movimento de contestação do paradigma manicomial, ficando fortemente identificada como uma crítica radical às práticas médicas hegemônicas naquelas instituições à época. Tal movimento, além dos profissionais de saúde, reuniu ainda membros da comunidade em reivindicações por uma prática clínica fundamentada no respeito aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico (Amarante e Nunes, 2018). Desde então o Brasil avançou nessa direção, buscando melhorias principalmente no campo da saúde e propondo novas estratégias de cuidado.

A Reforma Psiquiátrica ganhou força no Brasil a partir da década de 1970, quando o modelo ditatorial apresentava desgastes, consolidando-se como política pública nacional nos anos 1990. Caracterizada pelas críticas ao modelo hospitalocêntrico e manicomial predominante nas intervenções em saúde mental até o momento, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) busca redirecionar o modelo de assistência psiquiátrica no país. As práticas abusivas dos manicômios, além de ferirem os direitos humanos básicos, não forneciam tratamento adequado, tampouco contribuía para a melhora no quadro de saúde mental dos pacientes. Uma vez denunciadas, a RPB emergiu propondo a priorização de práticas comunitárias e de atendimento extra-hospitalar, com o intuito de humanizar os atendimentos de saúde.

A visita de Franco Basaglia ao Brasil em 1978 foi de extrema importância para o início do processo de implementação da RPB. Apesar das diferenças sociais entre Itália e Brasil, os relatos da recente experiência com a aprovação da Lei Basaglia e o fechamento do Hospital de San Giovanni em Trieste fomentaram as discussões, em um momento em que o país iniciava um processo de abertura política após o fim da ditadura. Neste momento, os indivíduos encontravam

oportunidade para expressar suas opiniões e engajar-se na luta por uma sociedade onde os direitos humanos fossem devidamente observados (Kantorski et al., 2021). No mesmo ano de 1978 foi aprovada a lei 180, chamada de Lei Basaglia em reconhecimento à importância da figura do psiquiatra no movimento da luta antimanicomial. A lei preconiza o respeito à dignidade e direitos das pessoas em tratamento, possibilitando que estas participem e emitam sua opinião sobre as decisões médicas (Itália, 1978). Nesse sentido, orienta que o internamento hospitalar aconteça somente em casos extremos, em situações que impossibilitem práticas comunitárias e extra-hospitalares, contribuindo assim para o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos na Itália. Portanto, a lei 180 foi um marco na história da Reforma Psiquiátrica, tendo influenciado fortemente a constituição das normativas do Brasil.

No tocante ao contexto brasileiro, em 1990 foi oficialmente criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, através da Lei 8080. No mesmo ano, o país foi signatário da Declaração de Caracas, comprometendo-se a fazer parte de uma reformulação da assistência psiquiátrica da América Latina, fator fundamental para os avanços que se seguiram, como a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, por exemplo (Brasil e Lachini, 2021). Durante esse intervalo de mais de 20 anos, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde Mental (em 1987 e 1992), as quais, além de denunciar as violações de direitos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do país, aprofundaram as reflexões sobre o estigma relacionado à loucura e trouxeram recomendações para a constituição de um modelo extra hospitalar e comunitário. A participação de usuários e familiares nessas conferências foi precursora nesse movimento, e expressou a importância do protagonismo popular na construção da RPB (Kantorski et al., 2021).

A lei nº 10.216/2001 instituiu a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e, além de reconhecer os usuários e usuárias como sujeitos de direitos e deveres, enfatiza a importância de serviços de base comunitária, com objetivos de reabilitação psicossocial e reinserção social (Brasil, 2001). Com isso, legitimou-se a construção desses novos serviços, regulamentando-os e tornando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os principais dispositivos assistenciais da RPB, uma vez que esses serviços possibilitaram de forma concreta o início de uma transição do modelo asilar-manicomial para o modelo de Atenção Psicossocial (Cezar e Melo, 2018).

O modelo da Atenção Psicossocial que vem como alternativa para superar o manicômio tem como referencial teórico-metodológico os determinantes sociais da saúde, abarcando os aspectos contextuais e culturais dos usuários para além das classificações diagnósticas. Por meio da visão de uma clínica ampliada e transdisciplinar¹, o sujeito em sofrimento psíquico precisa ser acolhido e respeitado em sua singularidade (Silva et al, 2015). Sob essa ótica, o sofrimento não é considerado uma doença a ser combatida, e, portanto, o papel das equipes de saúde torna-se relevante na medida em que busca auxiliar o sujeito a se posicionar frente a sua existência, sem roubar-lhe o protagonismo de sua própria trajetória (Silva et al, 2015).

Vale retomar que a lei 10.216 advém do projeto de lei nº 3.657 de 1989, que propunha o impedimento à construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público. Segundo afirmam Kantorski e colaboradores (2021), tal projeto recomendava o redirecionamento da verba para serviços territoriais e exigia notificação compulsória das hospitalizações à autoridade judiciária. Contudo, essa iniciativa encontrou resistência de grupos que defendiam interesses privados - incluindo a Associação Brasileira de Psiquiatria - e conseguiu ser aprovado mais de 10 anos depois com poucas definições sobre a extinção dos manicômios. Tal fato não anula o avanço que a Lei da Reforma Psiquiátrica representou em termos de garantia dos direitos humanos e de uma rede de serviços comunitários, apenas denota que essas tensões e conflitos de interesses continuam presentes na realidade do Brasil, reforçando a necessidade de manter a vigilância e seguir fomentando discussões críticas acerca do tema.

A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil não conseguiu alcançar a extinção total dos leitos em hospitais psiquiátricos como ocorreu no exemplo italiano, todavia auxiliou na conquista de uma considerável redução. Kantorski e colaboradores (2021) ressaltam que, a partir do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares 2002, seis hospitais psiquiátricos foram fechados e “Em 2003, 62,42% dos hospitais psiquiátricos brasileiros foram avaliados em relação a

¹ A clínica ampliada, em oposição à clínica centrada na doença, propõe uma compreensão mais profunda dos processos de saúde-adoecimento, considerando os fatores sociais, políticos e afetivos, para além dos biológicos. Preconiza a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, no sentido da transdisciplinaridade, ou seja, valorizando todas as áreas do conhecimento igualmente. O objeto da clínica ampliada é a pessoa, em toda a sua complexidade. (Brasil, 2009)

assistência como ruins ou péssimos” (Kantorski et al, 2021). Afirmam também que entre 2006 e 2010, foram fechados 6832 leitos psiquiátricos no país. Além disso, em 2006 os gastos federais extra-hospitalares extrapolaram pela primeira vez os hospitalares, demonstrando uma reorientação do financiamento.

O novo modelo assistencial proposto é representado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela lei nº 3088/11 e que propõe um cuidado integrado e articulado entre os diferentes pontos de atenção, quais sejam: atenção primária, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). Emergindo como serviços especializados no atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e/ou relacionado ao uso de substâncias psicoativas, os CAPS são dispositivos estratégicos dentro da RAPS (Amarante, 2007). Estes têm como principal objetivo a reintegração e reinserção social dos usuários e usuárias, uma vez que:

São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2023).

Com relação ao histórico de implementação dos CAPS como principais serviços substitutivos, têm-se os seguintes dados: “Entre 1980 e 1988 existiam 6 serviços, em 1990 eram 12, em 2000 - 208, em 2002 - 424, em 2010 eram 1620 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, e a cobertura era de 0.66 CAPS por 100.000 habitantes” (Kantorski et al, 2021, p. 14). Atualmente, são 2836 serviços habilitados, distribuídos em 1910 municípios do país (Ministério da Saúde, 2022). O estado do Paraná seguiu o mesmo caminho que estava sendo percorrido pelo restante do Brasil, no sentido de desinstitucionalização e fortalecimento de serviços comunitários. Segundo os dados no Ministério da Saúde, até junho de 2022 haviam 153 CAPS no estado, totalizando uma taxa de 1,32 serviços para cada 100 mil habitantes - cobertura maior que a média nacional (Brasil, 2022). Especificamente na cidade de Curitiba são 13 serviços, sendo 10 para atendimento da população adulta e 3 infanto-juvenis. Até 2019 os CAPS eram classificados conforme as especificidades da população atendida: CAPS AD - atendimento a pessoas em

sofrimento mental decorrente do uso de Álcool e outras Drogas e CAPS TM - atendimento a pessoas em sofrimento decorrente de Transtornos Mentais. Porém, passaram por polêmica alteração na forma de distribuição com a finalidade de adequação à nova política orçamentária do município que, em um cenário político conservador e contra-reformista que será abordado mais adiante, teve o financiamento congelado de 2011 a 2023. Sendo assim, atualmente os CAPS de Curitiba são divididos por território, unindo as duas clínicas (AD e TM) com o argumento de melhoria no acesso dos usuários a esses serviços, segundo as Diretrizes Institucionais do município.

Nesse sentido, o Centro de Atenção Psicossocial Territorial é aquele que oferta cuidado, tanto a pessoas em sofrimento psíquico grave, quanto decorrentes do uso de álcool e outras drogas de determinado Distrito Sanitário da cidade para o qual é referência (Curitiba, 2021). No entanto, apenas esse aspecto físico não é garantia de que os serviços funcionem efetivamente com uma base comunitária e focada no território. Em um artigo para a Revista Contato, Altieres Edemar Frei (2020) ressalta a postura contrária a essa decisão por parte do próprio Conselho Regional de Psicologia e tece uma crítica à nova configuração proposta para esses serviços:

O risco posto é o CAPS híbrido [nome extra-oficial para o CAPS territorial] tornar-se um mero ambulatório, com uma clínica endógena e com função-alfândega entre internações, em vez de um dispositivo aliado aos preceitos da Luta Antimanicomial e concebido para 'o fora' (Frei, 2020)

Segundo Milton Santos (2002), o território é dinâmico, vivo, formado e pautado nas relações sociais, um produto sócio-histórico um espaço habitado e construído por quem nele habita (Santos, 2002 *apud* Cezar e Melo, 2018). Território não se define apenas pelas características físicas e abrangência, alcançar essa dimensão em toda a sua complexidade requer ações em conjunto. O diálogo da equipe do serviço especializado com outros serviços da região, ações integradas com outros espaços como escolas, igrejas e praças, estimulando que o usuário circule e crie vínculos para além dos muros do CAPS, além de exercer a sua cidadania (Amarante, 2007). Do contrário, os serviços substitutivos correm o risco de reproduzir características e discursos de instituições totais, pautando o cuidado em uma visão biologicista e medicalizante, assim como também alertou Frei (2020).

Conforme o exposto, as transformações impulsionadas pela RPB e pela Luta Antimanicomial possuem dimensões políticas e sociais, que vêm ocorrendo de maneira gradual e avançam a passos lentos por precisarem contornar desafios

constantemente. Até 2015 o país contou com uma reorientação para práticas de cuidado extra-hospitalares e valorização dos serviços comunitários, mudando de cenário após esse período. Com o contexto político conservador dos últimos anos, surgiram tentativas de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), acompanhadas de um aumento significativo do apoio financeiro governamental às Comunidades Terapêuticas. O decreto nº 9761, de 11 de abril de 2019 aprova a nova Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) e traz à luz uma visão proibicionista e direcionada para a abstinência, sem considerar a redução de danos ou outras estratégias de cuidado à população em uso de substâncias psicoativas. Isso fica claro na descrição dos pressupostos da PNAD:

2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas (Brasil, 2019).

Neste documento surgem as Comunidades Terapêuticas como uma das alternativas de intervenção para tratamento e recuperação de usuários de substâncias, juntamente com as unidades de saúde, CAPS, hospitais psiquiátricos, serviços de emergência, clínicas especializadas e demais serviços. As CTs são definidas como instituições que acolhem pessoas que sofrem de transtornos relacionados ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. São entidades privadas, que não compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) nem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas recebem financiamento do governo federal para oferecer acolhimento de até 12 meses para essas pessoas, com foco principal na abstinência e convivência entre os pares. As CTs fazem parte da rede suplementar de atenção a dependentes de substâncias psicoativas, integrando, portanto, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Com isso, a PNAD prevê o financiamento de todos os equipamentos, por parte do Estado. O documento enfatiza em suas diretrizes o financiamento às CTs:

5.2.5. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho de comunidades terapêuticas, de adesão e permanência voluntárias pelo acolhido, de caráter residencial e transitório, inclusive entidades que as congreguem ou as representem; 5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada (Brasil, 2019).

Tal incentivo a uma abordagem proibicionista e punitivista em relação ao uso de substâncias psicoativas claramente contraria o progresso feito até então, no tocante à atenção e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) complementam, analisando normativas, documentos de caráter público e dados do Ministério da Saúde com vistas às mudanças na PNSM no período de 2016 a 2019, apontam para uma tendência de congelamento na instalação de serviços de saúde mental de base comunitária. Ressaltaram que se observou maiores gastos no incentivo à internação psiquiátrica e maior quantia de 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).

Portanto, apesar de mais de cinco décadas de percurso, as práticas pactuadas como adequadas ao tratamento das pessoas em sofrimento psíquico e propostas pela RPB ainda enfrentam desafios para serem efetivadas, segundo afirmam Amarante e Torre (2007):

Os “novos” serviços de atenção psicossocial que vêm sendo construídos enfrentam dilemas em sua possibilidade de inovação e ruptura com os velhos modelos, sendo aprisionados em diversas “armadilhas”, acomodações e ambiguidades, perdendo sua força inovadora e criativa (Amarante e Torre, 2007)

Diante desses desafios, torna-se evidente a importância de manter a vigilância e resistência ao modelo manicomial, ainda não completamente superado do contexto brasileiro. A Reforma Psiquiátrica precisa ir além de uma reforma somente nos serviços. São necessárias também mudanças na cultura e na maneira da sociedade enxergar e se relacionar com essas pessoas que “fogem à norma”, isso inclui as equipes de saúde mental. Em uma entrevista em 2014, Paulo Amarante, um dos precursores e psiquiatra mais reconhecido na frente antimanicomial do Brasil, elencou alguns desafios atuais da RPB e defendeu uma reforma na cultura:

Eu falava que não se deveria reduzir a reforma psiquiátrica a uma reforma de serviços e nem a uma simples humanização do modelo manicomial, ideia que persiste até hoje. Defendia que era preciso trabalhar com protagonismo, autonomia; ver esses sujeitos como sujeitos diversos, porém sujeitos. É um desafio dos CAPS ainda hoje. Deslocam a tutela para tecnologias menos violentas e invasivas, mas ainda tutelam. (Amarante, 2014)

Amarante reitera que não basta alterar termos e locais de cuidado, se não forem alteradas também as bases conceituais dos serviços, como noção de doença,

terapêuticas, cura, normalidade e tratamento, proporcionando uma visão ampliada, que considere outros desfechos para além da remissão dos sintomas e consequente postura tutelar dos profissionais. O que se busca, de fato, é transformar a vida, a visão das equipes de saúde sobre o “louco” e a relação da sociedade com os comportamentos do outro (Amarante, 2014). Somado a isso, Silveira e colaboradores (2017) apontam para a ausência de políticas públicas voltadas à inserção ou reinserção no mercado de trabalho para essa população, além da escassez de iniciativas e projetos de geração de renda, o que evidencia uma vez mais que a atenção psicossocial ainda é incipiente no país.

Diante disso, é possível notar que, apesar da RPB ter sido fortemente influenciada pela Reforma Psiquiátrica Italiana, até o presente momento pouco avançou em aspectos relacionados ao trabalho, por exemplo, que configura parte importante da garantia de cidadania e dignidade. Ao não prever maneiras de garantir uma fonte de renda a essa população, as políticas públicas brasileiras deixam à margem um aspecto que fundamenta também a garantia de autonomia. Nota-se, portanto, a necessidade de implementação de práticas inovadoras que visem a autonomia e protagonismo dos usuários.

1.2 AUTONOMIA, *RECOVERY* E DIREITOS HUMANOS NA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

Segundo Bezerra Jr. (2007), a Reforma Psiquiátrica não é apenas uma proposta de modelo assistencial, mas sim uma mudança de paradigma, conforme já abordado neste trabalho. Sendo assim, se desdobra nos planos: assistencial, jurídico, político e sociocultural. Pensando no plano assistencial, o autor ressalta a importância de repensar os modelos de cuidado, para que sejam adequados aos novos dispositivos de saúde e superem os limites da clínica tradicional.

Nesse contexto, a ideia de *Recovery* - por vezes traduzida para o português como recuperação ou restabelecimento - tem sido gradualmente incorporada às práticas de atenção psicossocial no cenário brasileiro, também como uma mudança paradigmática no campo da saúde mental. Conforme afirma Brandão (2022), o conceito emergiu na década de 1970 em países anglo-saxões dos debates dos próprios usuários dos serviços de saúde mental, em busca de seu restabelecimento.

Ainda de acordo com este estudo, *recovery* é “uma forma de viver uma vida satisfatória, esperançosa e significativa, mesmo com as limitações causadas pela doença” (Anthony, 1993, *apud* Brandão, 2022, p. 3). Apresentando-se, assim, como uma das possibilidades de fazer avançar os cuidados em saúde em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e de respeito aos direitos humanos.

Também ligadas aos movimentos sociais, as origens do *recovery* carregam elementos como esperança, autonomia, autoestima, senso de recuperação e identidade. Tal abordagem em saúde mental enfatiza o processo de empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico por meio de práticas que as incentivem a reconstruir e desenvolver suas conexões pessoais, sociais, ambientais e espirituais (Brandão, 2022). Além disso, conforme Baccari e colaboradoras (2015), esse conceito vai além da noção de cura e remissão de sintomas, tendo como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida, auxiliando, assim, no combate aos estigmas, na medida em que enfatiza a pessoa e suas necessidades específicas. Na lógica do *recovery*, defende-se o direito à participação social das pessoas em sofrimento psíquico em igualdade de condições com as demais pessoas.

Apesar de promover o bem-estar e a participação social, é um processo demorado e delicado, que depende de uma condição subjetiva, na qual o sujeito consiga se perceber capaz de reinventar seus caminhos e escrever sua própria história (Baccari et al, 2015). Aponta-se para o cuidado de si, suporte mútuo e uso de narrativas pessoais para compreender o processo, uma vez que a experiência do indivíduo ganha destaque nesse movimento. Segundo Silveira e colaboradores (2017), tal processo não exclui o adoecimento, mas busca modificar a experiência do sofrimento, baseando-se na busca por novos sentidos.

Valoriza-se mais o processo que o ponto de chegada, tornando *recovery* acessível a maior número de pessoas, pois, mesmo em momentos de piora, o usuário ainda pode ser considerado “*in recovery*”. Uma revisão sistemática realizada por Leamy e colaboradores (2011) apontou que a maior parte das pesquisas nesta área considera alguns critérios para avaliação do estágio de *recovery*, como não ter sido hospitalizado nos últimos doze meses, sentir-se relativamente bem, conseguir dar suporte a outros e estar trabalhando/vivendo de maneira semi-independente. Tudo isso baseado no olhar da pessoa que está experienciando o processo, mais do

que opiniões clínicas e/ou de profissionais da área, considerando também visões coletivas e espirituais, por exemplo.

Tal processo, além de ser mais viável, leva em consideração o momento de vida, experiências e individualidades das pessoas em sofrimento psíquico (WHO, 2021). Vale ressaltar a importância de uma apropriação crítica desse conceito para a realidade brasileira, entendendo de onde ele veio e adaptando às necessidades e realidade do país. Leamy e colaboradores (2011) apontam para o risco desse olhar individualizante e ressaltam a importância de se considerar *recovery* em um cenário mais amplo e estrutural, atentando também para o contexto de vida do indivíduo e fatores ambientais, como possibilidades de reinserção social e integração comunitária. Entendendo, portanto, que tal processo é único e individual, indo para além de algo que o profissional ou serviço de saúde faz pela pessoa.

Na revisão de Baccari e colaboradoras (2015) destacou-se a relação do usuário com a equipe de saúde como fator primordial para facilitar o processo de *recovery*. O vínculo pode ser um dos principais estímulos para a mudança interna por parte do usuário. Diante disso tem-se que o foco das práticas de *recovery* consiste no quão participativa pode ser a vida do indivíduo em comunidade, apesar das restrições relacionadas à sua situação de saúde mental. Evidencia-se ainda, corroborando com a lógica da atenção psicossocial, a necessidade de serviços comunitários, com base no território e que contemplem ações que estimulem a busca, por parte dos usuários, de novas conquistas em termos de exercício efetivo de direitos, capacidade de decisão, responsabilidades e alcance de objetivos de vida.

Com isso, tende a não limitar a vida do usuário a tratamentos e intervenções terapêuticas, dando-lhe mais liberdade perante suas escolhas, ou seja, estimulando sua autonomia. A partir das movimentações iniciadas pela Reforma Psiquiátrica, a autonomia tem se destacado como conceito central quando se fala em cuidado em saúde mental, sendo gradualmente inserida como objetivo nas políticas e práticas nesse campo. O texto da Política Nacional de Promoção à Saúde (2018) traz tal conceito em suas diretrizes e princípios, além de apontá-lo como um de seus objetivos específicos: “promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão e autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de

habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida” (Ministério da Saúde, 2018, p. 28). Tendo como base o conceito ampliado de saúde, o documento propõe que os serviços expandam a visão e objetivos, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença. Orienta que, ao buscar promover qualidade de vida, direcionem também a atenção ao acolhimento das histórias e condições de vida das pessoas atendidas.

Pensando em conceito ampliado de saúde e, conseqüentemente, em cuidado em liberdade, torna-se importante destacar o conceito de autonomia. A definição desenvolvida por Onocko Campos e Campos (2006) é de que autonomia é a capacidade do sujeito de compreender e agir sobre si mesmo e sobre o contexto no qual se insere. Os autores defendem que este não é um conceito absoluto, ou seja, não existe a autonomia plena, sendo sempre alcançada em algum nível. Na medida em que a vida em sociedade impossibilita o alcance de uma independência total, os autores reformulam o conceito de autonomia como “a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências” (Onocko Campos e Campos, 2006, p. 2). Mesmo com as limitações impostas pela condição de saúde, as potencialidades do sujeito atendido devem ser reconhecidas e valorizadas para suas atividades da vida diária. Configura-se como uma potência construída coletivamente, portanto dependendo da participação dos profissionais de saúde, além do próprio sujeito, dos familiares e demais membros da comunidade. Vale ressaltar que o exercício da autonomia é construído sempre na relação com o outro (Dutra et al, 2017). O grau de autonomia é medido pela capacidade de compreender o processo saúde-doença, autocuidado e autogestão da vida.

Diante disso, promover a autonomia significa corresponsabilizar o usuário por suas escolhas, implicando-o ativamente em seu tratamento e na própria constituição da sociedade. No contexto da saúde, promover a autonomia é também buscar superar relações de dependência, inclusive do próprio serviço. O intuito é estimular que o usuário se torne cada vez menos dependente dos serviços de saúde, promovendo espaço para que ele crie novos vínculos e relações sociais. Para tanto, é imprescindível conhecer a história de vida e familiar do sujeito, fazer articulações com o território, conhecendo inclusive os ambientes que ele mais frequenta, buscando conhecer seus interesses, desejos e aspirações, além dos arranjos sociais nos quais possa estar inserido (Dutra et al, 2017). É importante também dar-lhe voz,

proporcionar espaços de escuta e acolhimento, incentivando que as decisões sejam tomadas coletivamente, levando em conta suas opiniões e desejos.

Quando adotou o Plano de Ação para a Saúde Mental entre os anos de 2013 e 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) discorreu sobre o conceito de *Recovery*, mencionou-o diversas vezes ao longo do documento, como um dos componentes principais dos avanços pretendidos nesse âmbito. Em 2019 esse Plano foi rediscutido na Septuagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde e prorrogado até 2030, marcando a importância dos diálogos em saúde mental para alcançar a saúde de maneira cada vez mais ampla e para todas as pessoas. Como objetivos principais, além de promover o bem-estar, garantir cuidados e direitos humanos, a OMS destaca a melhora do processo de *recovery* como uma das principais estratégias (p.33). Em conformidade com esse conceito, o Plano de Ação se concentra em objetivos como fortalecer as lideranças e governança para saúde mental; oferecer serviços integrados e abrangentes, especialmente em ambientes comunitários. Além disso, o Plano propõe a implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, bem como objetiva o aprimoramento dos sistemas de informação, de evidências e de pesquisa na área (WHO, 2013).

Outro importante documento orientativo da OMS é o “*Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*”, de 2021. Nele são ilustrados casos reais de boas práticas no atendimento em saúde mental, com foco em *recovery*, centrados na pessoa e que respeitam os princípios dos direitos humanos, a fim de fomentar a esperança de que é uma prática possível, inspirando os países a implementarem esse tipo de prática em suas realidades. Em consonância com os paradigmas da atenção psicossocial e do *recovery*, ao longo do documento são priorizados o cuidado em liberdade e adaptado às necessidades individuais, a desinstitucionalização, o estímulo da autonomia, participação comunitária e garantia de dignidade às pessoas em sofrimento psíquico (WHO, 2021).

Neste documento, a Organização reitera a urgência de se acabar com as internações, práticas coercitivas e isolamento dos pacientes; descreve algumas orientações e retoma ferramentas para que os países alcancem esses objetivos (WHO, 2021). Uma dessas ferramentas é o *Quality Rights*, documento que fornece

aos países informações e orientações para aprimorar os serviços de saúde mental, por meio de uma abordagem participativa (Ministério da Saúde, 2015). *Quality Rights*, ou “*Direito é qualidade*”, como foi traduzido no Brasil, consiste em um conjunto de recursos para avaliação e melhoria da qualidade e das condições de respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 estão descritos o direito à liberdade e igualdade de direitos a todos os seres humanos, sem distinção de raça, classe, gênero, religião ou qualquer outra situação. Dentre outros pontos importantes, encontra-se o direito à liberdade de pensamento, expressão e participação social, além do acesso ao trabalho, educação e envolvimento na vida cultural da comunidade. No contexto da atenção à saúde mental no Brasil, é essencial lembrar que, conforme o Art. 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (Organização das Nações Unidas, 1948, p. 2), para que, com essa lembrança viva, não seja permitido o retrocesso político e social que representa o retorno de práticas manicomiais.

Diante disso, o *Quality Rights* surge como instrumento para garantir o respeito a esses princípios fundamentais. Destaca-se como uma iniciativa desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012 e que chegou ao Brasil em 2015, por meio da tradução transcultural realizada pela UFRGS. Tal conjunto de ferramentas foi organizado de maneira equânime, tanto em países de baixa quanto de média e alta renda. Foi lançado oficialmente em 28 de junho de 2012, na cidade de Nova York, sendo debatido e pactuado por entidades governamentais de muitos países, quanto à sua forma de utilização e implementação. O instrumento apresenta orientações práticas sobre padrões de qualidade que devem ser respeitados nos serviços que prestam cuidados e atendimento na área social e de saúde mental. Conforme afirmam Pitta e colaboradores (2015): “A força do *Quality Rights* reside na sua capacidade de avaliar e estimular melhorias dos serviços na ponta, tanto na sua execução, quanto no plano político de conquistas de direitos” (Pitta et al, 2015, p. 762). O programa proporciona ainda formação e desenvolvimento de habilidades para profissionais da área, pessoas em tratamento e seus familiares, com vistas a compreender e promover os direitos humanos e a recuperação da autonomia.

Com essa finalidade, o *Quality Rights* foi estruturado em cinco temas principais, cada um deles apresentando padrões e critérios específicos. Os temas gerais definidos são: (1) o direito a um padrão de vida e proteção social adequado; (2) o direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental; (3) o direito a exercer capacidade legal e direito à liberdade pessoal e a segurança da pessoa; (4) prevenção contra tortura ou tratamento ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso; e (5) o direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade. Baseado no conceito de *Recovery*, o documento discorre sobre as contradições ainda encontradas nas práticas de saúde mental atualmente, reiterando que apenas desativar os hospitais psiquiátricos e inaugurar serviços substitutivos não é o suficiente para mudar os paradigmas de cuidado de um país. Além disso, evidencia a necessidade de revisitar os serviços, a fim de compreender se são: “de boa qualidade, respeitam os direitos humanos, atendem às necessidades dos usuários e promovem a autonomia, a dignidade e o direito à autodeterminação dos usuários” (Ministério da Saúde, 2015, p.2). Em outras palavras, o *QualityRights* se configura como uma iniciativa que defende a inserção e integração dos usuários dos serviços de saúde mental na comunidade onde vivem, garantindo-lhes acesso à educação e trabalho, participação ativa nas decisões que os afetam, buscando contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde mental (Pitta et al, 2015).

Diante do cenário apresentado, a presente pesquisa tem como objetivo investigar as práticas de cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Curitiba - PR. Busca-se compreender como essas práticas abordam os direitos humanos e a construção da autonomia. A pesquisa torna-se relevante ao proporcionar orientações teóricas e práticas para as intervenções em saúde mental, promovendo o potencial humano por meio do respeito e da equidade. O intuito é destacar as práticas bem-sucedidas já implementadas e, ao mesmo tempo, evidenciar as contradições presentes durante o processo histórico de transição dos modelos de atenção à saúde mental. Assim, a pesquisa visa contribuir para o debate e a disseminação da Reforma Psiquiátrica Brasileira na cultura, afastando-a da tutela e da lógica institucional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as estratégias de participação, desenvolvimento de autonomia e respeito aos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico, usuárias dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Curitiba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de construção do plano de cuidado;
- Refletir sobre o papel do usuário em seu tratamento de saúde;
- Compreender fatores que facilitam e dificultam a participação ativa do usuário no seu plano de cuidado.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Partindo do pressuposto de que não há pesquisa sem viés, se faz necessário esclarecer de onde parte o olhar que permeou a análise desses resultados. Não sou somente pesquisadora, sou também mulher, branca, de classe média, filha, amiga e trabalhadora do SUS desde 2019. Costumo dizer que não escolhi necessariamente trabalhar na área da saúde, já que ingressei no curso de Psicologia na UFPR aos 17 anos e mal fazia ideia do que isso significava, eu apenas fui socialmente convencida de que após terminar a escola precisaria entrar em uma faculdade. Tive muita sorte em ter conseguido, mesmo tão nova, escolher um curso com o qual eu me identificasse, e mal sabia eu que me apaixonaria mais a cada dia, a cada ano, a cada disciplina. Ao me formar fui atuar como psicóloga clínica e em 2019 passei no concurso da FEAS, iniciando minha atuação em um CAPS AD, um cenário totalmente diferente de todas as minhas experiências profissionais anteriores. Conforme os anos trabalhados foram passando, minhas inquietações aumentaram. A interação com a equipe, gestão e, principalmente com os usuários, me ensinou muito sobre vínculo, cuidado e afetividade no meu fazer profissional. A partir de um olhar crítico e inconformado com injustiças, encontrei na pesquisa uma maneira de contribuir para a disseminação de informação sobre saúde mental, desconstrução de preconceitos e estigmas, além de buscar sempre a melhoria na qualidade da atenção prestada às pessoas em sofrimento psíquico.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

O presente trabalho faz parte de um projeto de pesquisa maior denominado “A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde”. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem qualitativa, uma vez que esta modalidade permite que alguns temas complexos, não objetiváveis em números, possam ser apreendidos e interpretados elevando assim a compreensão do fenômeno observado (Minayo, 2012). Nas pesquisas qualitativas na área da saúde, busca-se compreender não somente o fenômeno em si, mas também a visão das pessoas que experienciam ou experienciaram tal fenômeno.

Com a finalidade de identificar estratégias de desenvolvimento da autonomia e respeito aos direitos humanos dos usuários em serviços de saúde mental de

Curitiba, utilizou-se a triangulação de métodos, composta por: observação participante; elaboração de diário de campo e entrevistas abertas, tanto com profissionais quanto com usuários dos serviços eleitos. O conceito de triangulação é baseado nas ideias de Dezin (1973) e significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a “tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação” (Minayo, 2010, p.4). A autora também afirma que essa prática propicia um olhar ampliado ao fenômeno que se quer investigar. Abordando-o sob vários ângulos, proporciona maior clareza teórica e permite aprofundar as discussões (Minayo, 2010).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

Entende-se campo na pesquisa qualitativa como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (Minayo, 2011, p 62). No campo se dá a interação entre pesquisador e pesquisados, resultando num produto compreensivo que não é a realidade concreta, e sim uma “descoberta construída com todas as disposições em mãos do investigador” (Minayo, 2011, p. 65).

O campo da saúde mental foi escolhido devido ao contato e identificação já existentes por parte da pesquisadora, que foi trabalhadora do CAPS durante três anos, conforme já mencionado. Apesar de não atuar mais diretamente na área, mantém o interesse pelo tema por reconhecer sua importância para melhoria da assistência à saúde das pessoas em sofrimento psíquico e construir um SUS cada vez mais equânime, integral e universal. Além disso, já ter inserção prévia no campo pode facilitar o diálogo com gestão e equipe dos serviços.

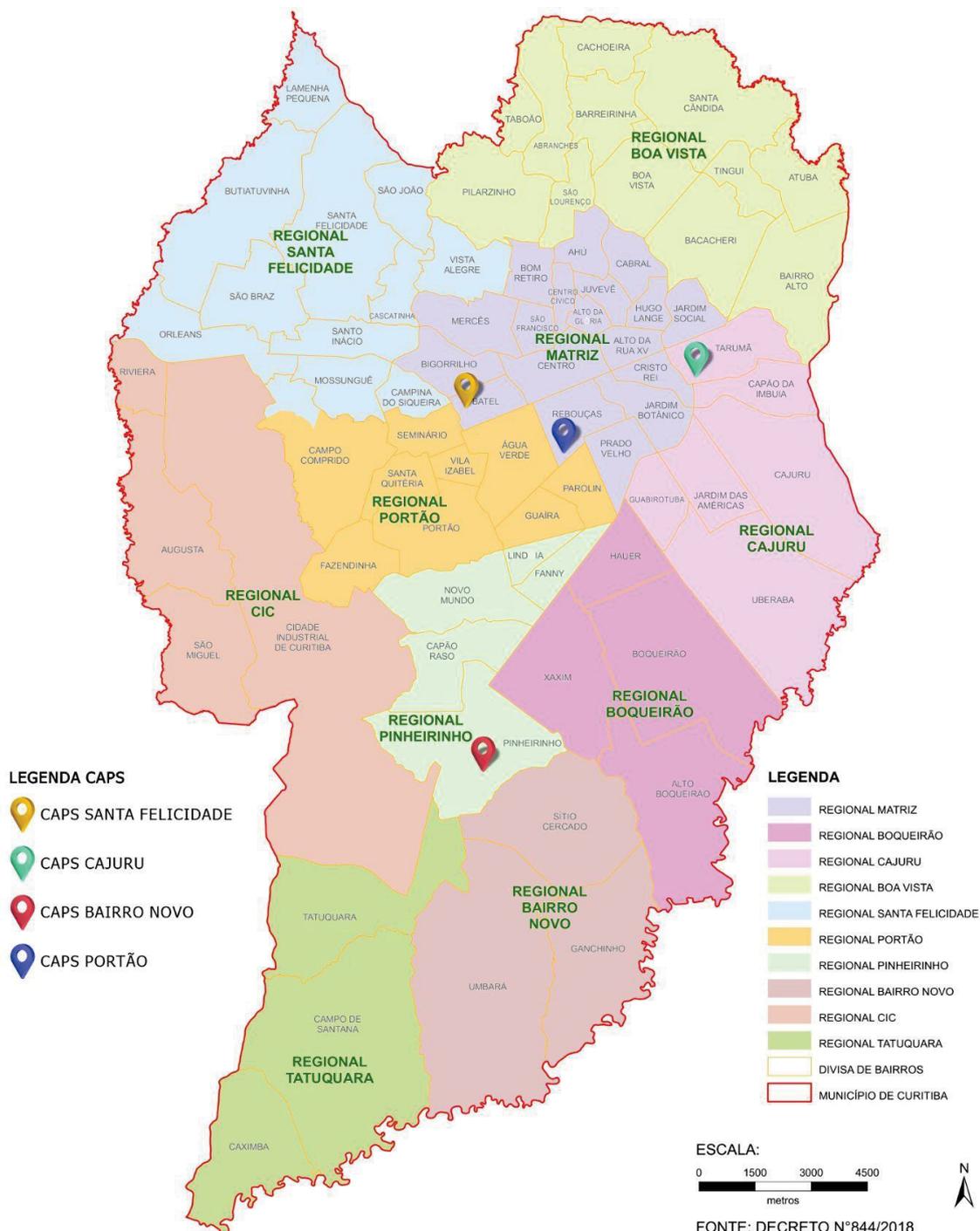
Foram eleitos quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por serem os principais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde no atendimento especializado a pessoas em sofrimento psíquico. Foram levados em consideração fatores como população atendida, território, presença ou não de leitos, além do tempo hábil para realizar a pesquisa, buscando abranger maior variedade de características possível. Nesse sentido, um dos serviços (CAPS Bairro Novo) é caracterizado como CAPS II - sem leitos, com horário de funcionamento das 7h às 19h - e os outros três com

funcionamento 24h devido à presença de leitos femininos e masculinos (CAPS III). O CAPS Cajuru conta com 12 leitos de acolhimento noturno e os CAPS Portão e Santa Felicidade, possuem 9 leitos cada um. Todos atendem pessoas em sofrimento psíquico grave e recorrente, incluídos aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. As equipes são multiprofissionais, incluindo assistentes sociais; psicólogos; enfermeiros; médicos; técnicos de enfermagem; terapeutas ocupacionais e assistentes administrativos.

Além disso, é válido ressaltar os dados referentes à localização física: foi observado que os serviços nem sempre se encontram em áreas centrais do território de referência ao qual prestam atendimento, mas sim em áreas limítrofes com territórios vizinhos ou de fato fora da sua área de abrangência. Por serem serviços comunitários e de base territorial, seria de extrema importância que estivessem alocados em áreas de mais fácil acesso, a fim de não criar uma barreira geográfica aos usuários que necessitam buscar atendimento. Para melhor visualização dessa situação, a Figura 1 ilustra a distribuição dos dez Distritos Sanitários do município de Curitiba e a região onde cada CAPS pesquisado se encontra. Nota-se que três deles estão fora do Distrito Sanitário ao qual pertencem:

FIGURA 1 - MAPA POLÍTICO DE CURITIBA: ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS

ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS



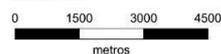
LEGENDA CAPS

-  CAPS SANTA FELICIDADE
-  CAPS CAJURU
-  CAPS BAIRRO NOVO
-  CAPS PORTÃO

LEGENDA

-  REGIONAL MATRIZ
-  REGIONAL BOQUEIRÃO
-  REGIONAL CAJURU
-  REGIONAL BOA VISTA
-  REGIONAL SANTA FELICIDADE
-  REGIONAL PORTÃO
-  REGIONAL PINHEIRINHO
-  REGIONAL BAIRRO NOVO
-  REGIONAL CIC
-  REGIONAL TATUQUARA
-  DIVISA DE BAIROS
-  MUNICÍPIO DE CURITIBA

ESCALA:



FONTE: DECRETO N°844/2018

ELABORAÇÃO: IPPUC - agosto/2018



IPPUC - INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA
SUPERVISÃO DE INFORMAÇÕES
 Rua Bom Jesus, 669 - Cabral - Curitiba - Paraná - CEP 80.035-010 - Fone: (55 41) 3250-1414 - Fax (55 41) 3254-8661 - E-mail: ippuc@ippuc.org.br

FONTE: Adaptado de IPPUC (2022)

3.4 ENTRADA EM CAMPO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O primeiro passo para a entrada em campo foi o contato com a coordenação de cada serviço via telefone e agendamento de uma data, na qual a pesquisadora foi até o CAPS participar de uma reunião de equipe e apresentar a pesquisa para os membros desta, colocando-se à disposição para tirar dúvidas que pudessem surgir no decorrer da coleta. Durante a observação participante que se seguiu, foi possível acompanhar as atividades em grupo e identificar os usuários que poderiam ser entrevistados, tendo em vista os objetivos da pesquisa.

Os critérios de inclusão para os usuários que seriam entrevistados foram: 1) recusa ao medicamento; 2) participação crítica das assembleias; 3) história de diversas internações; 4) estar em situação de rua; 5) ter vivenciado uma crise no serviço; 6) uso de substâncias psicoativas e já ter passado por recaídas; 7) com ensino superior completo; 8) que tenha manifestado ideação suicida ou realizou tentativa de suicídio. Pelo menos um destes critérios deveria ser atendido, porém visando uma variedade deles para a composição total dos entrevistados. Justamente para se ter uma visão mais diversificada dos fenômenos que se desejava pesquisar, englobando ampla representatividade de indivíduos. Não foi possível entrevistar nenhum usuário em situação de rua, foram realizadas duas tentativas de agendamento, porém as pessoas não compareceram na data combinada. Também não foi possível contemplar o primeiro critério (recusa de medicamento), pois nos serviços pesquisados todos os usuários em tratamento faziam uso contínuo de medicação, não havendo situações de recusa, segundo relato das equipes.

Foram considerados critérios de exclusão: 1) comprometimento do senso crítico e da organização psíquica; 2) comprometimento cognitivo e/ou de memória. Nos dois casos, ao ponto de impedir o usuário de compreender e responder coerentemente às questões do pesquisador. Todas as participações foram discutidas com o terapeuta de referência de cada usuário, a fim evitar quaisquer prejuízos no tratamento. Levando em consideração a complexidade do assunto e a possibilidade de abordar conteúdos delicados, a equipe de saúde ficou de sobreaviso, para o caso de desestabilização emocional do entrevistado, o que não se concretizou.

Com relação aos profissionais, os critérios de inclusão foram: 1) ser profissional da saúde; 2) trabalhador de CAPS, 3) ser indicado por algum usuário já entrevistado, justamente por ter sido considerado um profissional importante em seu tratamento. Neste caso, os três critérios precisavam ser contemplados e os critérios de exclusão foram os seguintes: 1) não ser profissional da saúde; 2) estar de férias ou outro tipo de afastamento do trabalho durante o período de realização da pesquisa. Alguns usuários indicaram profissionais da área administrativa e da equipe de limpeza, os quais não foram entrevistados por se encaixarem no primeiro critério de exclusão. A participação foi voluntária, aqueles que se encaixaram nos critérios e aceitaram participar, foram convidados a realizar a entrevista de forma online, em horário e local diferentes do laboral. A tabela a seguir resume as características dos participantes consideradas no presente estudo:

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

		IDADE	GÊNERO*	COR / RAÇA*	ESCOLARIDADE	TEMPO DE TRABALHO OU ACOMPANHAMENTO NESSE LOCAL
USUÁRIOS	U1	33	M (trans)	Preta	Médio Completo	1 a 2 anos
	U2	60	F	Parda	Fundamental Incompleto	Menos de 6 meses
	U3	45	F	Branca	Médio Completo	1 a 2 anos
	U4	42	M (trans)	Branca	Médio Incompleto	Menos de 6 meses
	U5	50	M	Não declarada	Fundamental Incompleto	Menos de 6 meses
	U6	59	M	Parda	Médio Completo	1 a 2 anos
	U7	29	Não Binário	Branca	Médio Completo	Menos de 6 meses
	U8	38	M	Preta	Médio Completo	1 a 2 anos
	U9	63	M	Branca	Médio Completo	2 a 4 anos
	U10	49	F	Branca	Fundamental Incompleto	1 a 2 anos
	U11	43	F	Parda	Técnico Completo	1 a 2 anos
	U12	30	M	Parda	Superior Incompleto	Menos de 6 meses
	U13	43	F	Preta	Fundamental Incompleto	2 a 4 anos
	U14	62	M	Branca	Fundamental Completo	1 a 2 anos

PROFISSIONAIS	U15	34	M	Branca	Médio Completo	1 a 2 anos
	U16	54	M	Branca	Mestrado Completo	Mais de 5 anos
	U17	30	M	Parda	Superior Incompleto	6 meses a 1 ano
	U18	63	m	Parda	Fundamental Incompleto	6 meses a 1 ano
	P1	28	F	Branca	Superior Completo	6 meses a 1 ano
	P2	29	F	Parda	Superior Incompleto	1 a 2 anos
	P3	25	F	Branca	Superior Completo	Menos de 6 meses
	P4	35	F	Branca	Pós Graduação Completa	1 a 2 anos
	P5	32	F	Branca	Pós Graduação Completa	Mais de 5 anos
	P6	27	F	Amarela	Superior Completo	Menos de 6 meses
	P7	29	F	Branca	Pós Graduação Cursando	2 a 4 anos
	P8	44	F	Branca	Pós Graduação Completa	1 a 2 anos
P9	34	F	Branca	Mestrado Completo	1 a 2 anos	
P10	41	M	Preta	Pós Graduação Completa	2 a 4 anos	
P11	35	F	Branca	Pós Graduação Completa	2 a 4 anos	
P12	39	M	Branca	Mestrado Completo	2 a 4 anos	

1 - Dados autodeclarados e colhidos pela autora

3.5 PROCEDIMENTOS

Os principais instrumentos utilizados para a obtenção dos dados desse trabalho foram a observação participante e as entrevistas. Ambos são complementares, na medida em que “ a primeira é feita sobre tudo aquilo que não é dito mas pode ser visto e captado por um observador atento e persistente, a segunda tem como matéria-prima a fala de alguns interlocutores” (Minayo, 2011, p. 63), consistindo na combinação que melhor serviu à intenção da pesquisa de buscar um olhar amplo e diversificado acerca do tema.

3.5.1 Observação participante

Segundo Angrosino (2008), “a observação é o ato de perceber as atividades e os inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador” (p.56). Nunca ocorre de maneira totalmente objetiva e imparcial, uma vez que há a tendência de percebermos a realidade através de filtros. Isso mostra a necessidade de o pesquisador se despir de suas crenças e preconceitos, tanto quanto possível, no processo em que não considere nada como evidente e se coloque como uma criança, para quem tudo é novo (Angrosino, 2008).

Por sua vez, a observação participante é aquela em que o pesquisador insere-se em um ambiente no qual é conhecido pelos participantes e pode se envolver diretamente nas atividades, buscando se aproximar do contexto, compreender a rotina e a dinâmica do ambiente pesquisado (Angrosino, 2008). Os pesquisadores participaram de grupos terapêuticos, reuniões de equipe, discussões de casos, passagens de plantão, atendimentos individuais, assembleias, momentos de refeição e oficinas. Circularam pela sala de espera, sala de televisão e demais espaços de convivência do serviço, a fim de compreender as interações e dinâmicas presentes nas relações de cuidado, além de observar os espaços de participação para os usuários, sempre atentos e levando em consideração os objetivos da pesquisa.

A observação participante costuma ser utilizada como estratégia complementar ao conteúdo das entrevistas e demanda um registro detalhado das situações observadas. O processo envolve anotações em diário de campo, com a maior riqueza de detalhes possível e o mínimo possível de interpretação. Os registros eram separados em descrição do que foi vivenciado e as percepções da pesquisadora. Poucos eram feitos durante as atividades, para não gerar constrangimentos, tampouco alterar os dados coletados pelo fato de os participantes se sentirem avaliados. O diário de campo era alimentado ao final do dia ou, em caso de impossibilidade de fazê-lo no mesmo dia, gravava-se um relato em áudio ao qual somente a pesquisadora tinha acesso, para que os detalhes não se perdessem e fosse possível o registro completo posteriormente.

Foram realizados, em média, cinco dias de observação participante em cada um dos quatro serviços escolhidos, entre junho e novembro de 2023. Algumas das visitas tiveram a participação de um dos graduandos de medicina, integrantes do grupo de pesquisa e que ajudaram nas transcrições das entrevistas posteriormente. Nesses casos, estes eram sempre apresentados para todos os presentes ao chegar no serviço. Poderiam ser alcançadas discussões mais aprofundadas caso o período de observação participante fosse maior, porém algumas intercorrências abreviaram nossa passagem pelos serviços. Houve troca de coordenação e fechamento de um dos CAPS por alguns dias devido a tempestades e alagamento da casa, além de interrupção das atividades em grupo devido à falta de água no bairro, o que também levou à interrupção da coleta de dados em alguns momentos.

3.5.2 Entrevistas

A entrevista é uma das estratégias mais utilizadas em trabalhos de campo, por contemplar a “reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia” (Minayo, 2011, p. 65). No caso do presente trabalho, as entrevistas foram realizadas pela autora e outra psicóloga, integrante do grupo de pesquisa responsável pelo projeto maior. Nesse sentido, a postura das entrevistadoras foi de compreender a partir da experiência individual, evitando conceitos pré-determinados e sempre buscando proporcionar ambiente acolhedor para que o entrevistado pudesse aprofundar sobre sua vivência e pontos de vista.

O período de entrevistas também foi entre junho e dezembro de 2023, uma vez que alternava-se entre datas de observação e entrevistas no serviço. Para os usuários foram utilizadas salas dos próprios CAPS, com anuência da gestão e da equipe, a fim de facilitar a logística. As entrevistas eram agendadas preferencialmente em dias que o usuário já estivesse no serviço para outras atividades, em horários que as salas não estavam sendo utilizadas para atendimentos de rotina do serviço - geralmente no final da tarde. No caso dos profissionais, foi utilizada uma plataforma virtual de videochamada oferecida pela Universidade Federal do Paraná.

Em um primeiro momento da entrevista foram feitas perguntas sobre idade, escolaridade, raça/cor e gênero para fins de caracterização dos entrevistados. Em

seguida, iniciava-se a entrevista em profundidade, visando possibilitar maior abertura para que o entrevistado se expressasse. Foram elaboradas diferentes questões norteadoras para usuários e profissionais, as quais estão descritas nos apêndices 4 e 5 deste trabalho. Estas visavam abordar os seguintes aspectos: construção do plano de cuidado, respeito em relação à identidade de gênero, situações de discriminação, direito a decidir sobre o tratamento/liberdade para expor suas opiniões e incômodos, formas de manejos de crises e recaídas, lugar do medicamento e diagnóstico no tratamento, diálogo com outros serviços do território, processo de elaboração das atividades ofertadas e de tomada de decisões dentro do serviço (regras e condutas).

Apesar de a presente pesquisa não se configurar como avaliativa, inspirou-se em alguns questionamentos apresentados no *Quality Rights* para elaborar as perguntas norteadoras das entrevistas, tais como: “Os usuários do serviço estão participando na elaboração de seu projeto terapêutico? Os usuários podem expressar suas opiniões e escolhas referentes ao seu tratamento, e estas são respeitadas? Ou estas decisões são tomadas sem sua participação? Os profissionais estão simplesmente fazendo palestras para os usuários do serviço, ou os usuários estão participando ativamente no processo de reabilitação psicossocial para aquisição de habilidades?” (p. 28)

No início de cada entrevista, a pesquisadora fazia uma breve apresentação da pesquisa e seus objetivos em linguagem de senso comum, buscando uma proximidade e maior entendimento por parte do entrevistado. Apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo as dúvidas que emergiam. Nesse processo explicitava-se as questões éticas, enfatizando a garantia do anonimato e sigilo de todo o conteúdo abordado. Também era explicada a importância da gravação do áudio da entrevista para posterior transcrição e análise adequada dos dados, bem como solicitada a anuência para tal, acompanhada da assinatura do Termo de Solicitação de Uso de Voz para Pesquisa. Ressalta-se aqui que somente os membros do grupo de pesquisa tiveram acesso a esses conteúdos. Nenhum participante referiu desconforto durante as entrevistas, as quais tiveram duração média de uma hora cada.

3.5.3 Tratamento dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, com o auxílio de outros membros do grupo de pesquisa. Foram tomados todos os cuidados para garantir o sigilo dos participantes, inclusive substituídos os nomes e quaisquer informações pessoais que pudessem incorrer em identificação. Os dados serão posteriormente analisados por meio da hermenêutica fenomenológica, uma vez que esta “busca uma reflexão e compreensão sobre aquilo que vemos, ouvimos e vivenciamos” (Sidi e Conte 2017). Tal referencial teórico defende que não existe uma verdade absoluta e objetiva, não sendo portanto, o pesquisador neutro no processo de análise:

Nossa compreensão é sempre guiada por uma antecipação de significado – originada da comunalidade que nos liga à tradição. O cientista que julga colocar-se acima dos fatos para compreender a história ou a sociedade, revela não a verdade objetiva que almeja, mas os preconceitos de seu tempo. (Alves, Rabelo e Souza, 2014)

Com isso, os autores ressaltam a importância do pesquisador reconhecer e questionar seus próprios preconceitos, colocando-os em questão durante a investigação para promover reflexões a esse respeito. Além disso, esclarecer seu lugar de fala, estabelecendo um diálogo com a tradição e experiência do outro e, conseqüentemente, promovendo um encontro de dois horizontes distintos, em um processo de reconhecimento e descoberta (Alves, Rabelo e Souza, 2014).

Conforme foi trazido na introdução, o referencial interpretativo da pesquisa tem suas bases na Reforma Psiquiátrica Brasileira, entendendo-a para além das mudanças estruturais nos serviços, mas que engloba transformações de paradigmas, trazendo a Atenção Psicossocial e o *Recovery* como propostas. Buscando promover o diálogo, a humanização do cuidado e o enfoque na autonomia, tais referenciais auxiliam na compreensão sobre a participação do usuário em seu próprio tratamento.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa “A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde” da qual o presente trabalho faz parte, foi aprovada 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.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estes, juntamente com as entrevistas gravadas, textos das transcrições e diários de campo virtuais encontram-se armazenados em arquivos protegidos no computador pessoal da pesquisadora até o fim do período da pesquisa. Todo o material será destruído após o seu uso nas análises, transcorrido o tempo de 5 anos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são provenientes de 25 entrevistas em profundidade com dezoito usuários e sete profissionais de quatro CAPS da cidade de Curitiba, realizadas pela autora do presente trabalho e outra pesquisadora, também psicóloga, aluna do mesmo programa de pós-graduação e integrante do grupo de pesquisa. Após transcrição e releitura de todo o material, confrontou-se o conteúdo com os achados da literatura relacionada ao assunto. Agrupando as temáticas mais significativas encontradas nos discursos, emergiram quatro categorias de análise principais, a saber:

1. CAPS: significados e expectativas
2. As relações da pessoa com o serviço
3. Como o cuidado é ofertado
4. Como o cuidado é organizado

4.1 CAPS: SIGNIFICADOS E EXPECTATIVAS

Neste primeiro tópico foi explanada a visão de cada indivíduo sobre o serviço, o quê estar inserido neste espaço significa para cada entrevistado, bem como as expectativas que alguns deles trouxeram com relação ao acompanhamento em saúde mental nesse contexto. Foi recorrente nas falas dos usuários um contraponto entre as impressões que tinham sobre o CAPS antes de serem inseridos e após iniciarem o acompanhamento. Relataram que, após a inserção, passaram a ter uma visão diferente e de maior entendimento sobre a abrangência do tratamento, acolhendo a diversidade e aprendendo a conviver com os demais usuários:

"Porque até então, para mim, quem ficava internado no CAPS era só louco, não pessoas normais, era só louco, porque eu também não conhecia nada dessas pessoas que usam droga, bebida alcoólica. Então eu achava que CAPS era só louco. Aí que eu vi que eles atendem vários tipos de pessoas, não só uma específica doença." (U13)

Esse discurso pode servir como ilustração para o conceito de estigma, que ganhou visibilidade na obra de Goffman na década de 1970. Segundo Pires e colaboradores (2022), a existência do estigma na sociedade constitui um dos obstáculos ao reconhecimento da dignidade das pessoas, - nesse caso, pessoas em sofrimento psíquico - uma vez que é definido como uma construção social que atribui

significados pejorativos a certas características físicas ou simbólicas de alguns grupos. Implica em pressupor a incapacidade dessas pessoas, tendo em vista sua condição física ou mental. Conseqüentemente, diminui-se as oportunidades de desenvolvimento, pois, se a sociedade, a família ou mesmo a equipe de atendimento não acredita no potencial desse indivíduo, não irá estimular sua autonomia, limitando sua evolução no plano concreto.

No caso dos usuários dos CAPS, ao chegarem pela primeira vez no serviço parecem reproduzir esse pensamento socialmente enraizado, pré-supondo o que encontrarão e muitas vezes apresentando resistências a serem atendidos lá. Uma vez que são inseridos no serviço, passam a vivenciar na pele essa condição estigmatizada perante a sociedade. Isso ficou evidente em diversos momentos das entrevistas com os usuários, como nos relatos de solidão e de não possuírem outros espaços de escuta para além do CAPS. Poucos entrevistados participam de atividades no território e nenhum deles afirmou se sentir acolhido fora do CAPS, principalmente em questões relacionadas a sentimentos. Quando não há o abandono por parte da família, alguns entrevistados relataram que os familiares tendem a descredibilizar o que dizem devido à sua condição de saúde mental, não compreendem o que estão tentando comunicar ou simplesmente não desejam conversar sobre questões emocionais. Diante disso, discorrem sobre o serviço de saúde como fonte principal de suporte e interações sociais, destacando o conforto e bem-estar em frequentá-lo. Nota-se que, para aqueles que recebem tão pouco da sociedade, o menor gesto de apoio representa um impacto significativo.

"Eu venho porque me faz bem, aqui eu tenho amigos. Você sabia que eu não tenho amizade fora? Sou sozinho, não tenho amigos." (U14)

Cada usuário discorreu também sobre os motivos pelos quais frequenta o CAPS, desvelando o lugar que o serviço ocupa em sua vida e em seu tratamento. Nesse sentido, ressaltaram com frequência o lugar de segurança e acolhimento para falar sobre seus sentimentos. Ao descreverem o CAPS como espaço importante de escuta, manifestaram medo de alta, pois, para alguns, a ideia de deixar de frequentar o serviço suscita insegurança e sensação de incapacidade. Emerge, então, o medo de não conseguir caminhar sozinho e de não saber a quem recorrer quando precisar de ajuda. Afirmaram que se sentiriam perdidos por não encontrarem esse acolhimento em outros pontos da rede de saúde, tampouco em sua vida social,

conforme já mencionado anteriormente. Ressaltaram ainda a falta de outras atividades no território, configurando o CAPS como único recurso terapêutico na rotina:

"E o único lugar que eu converso é aqui o CAPS. É por isso que eu falo pro meu TR se você me der alta eu não sei o que acontece comigo porque eu só converso aqui, nos grupos e é bem triste quando a gente sai daqui para fora, quando não tem o CAPS final de semana [...] Eu me sinto com medo, me sinto incapaz, eu acho assim, se eu não der conta, porque você tá aqui no CAPS você se sente segura, você sente que tem gente olhando pra você e tem gente te apoiando e te ajudando. Mas e se chegar a 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)

O CAPS surgiu nos discursos como um local de proteção, sem o qual aumentaria a possibilidade de exposição a situações de vulnerabilidade. Frases como "sem o CAPS eu ficaria na rua" ou "eu me sinto mais segura aqui do que em casa" foram comuns entre os usuários entrevistados. O vínculo com o serviço é muito importante, mas, por outro lado, falas como essas podem revelar que as práticas direcionadas ao *Recovery* ainda são incipientes nesses serviços. Urge a necessidade de se trabalhar mais o reconhecimento próprio do indivíduo, incentivando-o a reconstruir e desenvolver suas conexões pessoais, sociais, ambientais e espirituais (Brandão, 2022) e isso, obviamente, ultrapassa os muros do CAPS. É necessário direcionar as práticas de saúde mental dentro e fora do serviço, para que o sujeito consiga, mesmo com as limitações impostas pela sua condição de saúde, se perceber capaz de reinventar seus caminhos e escrever sua própria história (Baccari et al, 2015). Para obter tal transformação é necessário envolver vários setores da sociedade, pois sem outros serviços de saúde que sejam capazes de acolher essas pessoas sem reproduzir preconceitos, sem iniciativas políticas e sociais para incluí-las no mercado de trabalho, na educação, promover acesso à cultura e assistência social, o desafio se torna ainda maior para os serviços de saúde mental. Não é viável para o CAPS assumir, sozinho, com equipes defasadas e subfinanciamento, a responsabilidade de tamanha transformação social necessária. Esta será alcançada quando despontar de um trabalho conjunto, visando um objetivo comum.

Além dos grupos e atendimentos psicológicos, houve usuários que apontaram o acompanhamento médico como componente central no tratamento. Tomar a medicação da maneira adequada foi a resposta mais comum ao questionamento

sobre os fatores que eles acreditam contribuir para a melhora do quadro de saúde mental. Alguns afirmaram que seu Plano Terapêutico atualmente consiste apenas nas consultas médicas, que em geral são mensais. Os demais disseram ter também conversas periódicas com a/o terapeuta de referência.

"O mais importante é a consulta com o psiquiatra que daí te avalia, te dá a anamnese, tipo de um papel pra escrever o diagnóstico. Com esse laudo a gente vai no CPM [Centro Psiquiátrico Metropolitano - farmácia do estado que fornece medicações de alto custo] e eles dão o remédio." (U16)

O discurso dos usuários reverbera práticas do serviço que foram presenciadas durante a observação participante como, por exemplo, as discussões em equipe que por vezes giravam em torno do diagnóstico psiquiátrico e Planos Terapêuticos que seguiam essa linha, colocando as consultas médicas em um lugar central no tratamento. Cezar e Melo (2018) afirmam que as informações na área da saúde em geral estabelecem uma hierarquia dos saberes, na qual o saber médico estaria no topo. Da mesma maneira, as equipes também tendem a se organizar hierarquicamente, promovendo multidisciplinaridade, ao invés de um diálogo interdisciplinar, o qual pressupõe uma comunicação mais efetiva, valorizando todos os saberes de maneira horizontal. Alguns profissionais descreveram a dificuldade que a equipe tem em conciliar todas as agendas para realizar a reunião de equipe. Esta acontece semanalmente, mas nunca com a equipe completa, o que dificulta ainda mais o diálogo, segundo relatos dos entrevistados. Delgado (2016) ressalta a interdisciplinaridade como um processo que vai além da escuta:

"Então, interdisciplinaridade não é só dizer que estão ali todas as profissões, que os saberes se compartilham, porque isto não existe como dado natural na experiência dos serviços. A prática de compartilhamento do saber, inclusive com a família e com o paciente, não é um desafio que se resolve apenas deixando as pessoas falarem, escutando, assegurando a escuta. É necessário ir adiante, enfrentar o desafio do saber compartilhado, publicar mais. O nosso campo de saberes sobre a Reforma, o campo de produção de conhecimento, é muito rarefeito e frágil" (Delgado, 2016 apud Cezar e Melo, 2018, p. 138).

Durante a pesquisa foram observados momentos que reforçavam esse lugar de destaque para o profissional médico e a terapêutica medicamentosa. Como, por exemplo, quando os terapeutas de referência frisavam a importância de seguir corretamente o tratamento medicamentoso e, com relação a esse tema, não havia espaço para diálogo, chegando a, durante uma discussão de caso em equipe, ocorrer afirmações por parte de um dos profissionais de que não haveria motivos

para o usuário estar no CAPS se não estivesse em uso de medicação. Usuários afirmaram durante as entrevistas que, mesmo quando não concordam ou não estão se sentindo bem com certa medicação, em geral a orientação é a de continuar seguindo a mesma prescrição, não havendo abertura, principalmente por parte do médico, para questionamentos e/ou alterações na dosagem ou tipo de medicação. Percebe-se que, quando o discurso biomédico é preponderante, aumenta a hierarquização da equipe e também da relação equipe-usuário, colocando o profissional - principalmente o médico - como detentor do saber e dificultando ações pautadas na atenção psicossocial e no estímulo à autonomia do sujeito atendido.

Outro desafio dos CAPS surge no risco de individualizar as ações, assemelhando-se a um ambulatório. Nas entrevistas com os profissionais, eles abordaram as discrepâncias entre as expectativas de alguns usuários que chegam pela primeira vez e aquilo que o serviço realmente pode oferecer em termos de acompanhamento. Foi citada de maneira recorrente a demanda por atendimentos individuais por parte de alguns usuários e, conseqüentemente, certa resistência a participar de grupos e oficinas.

"Eles acham que vão ser atendidos pelo psicólogo, por um psiquiatra, individualmente, e os grupos acabam assustando eles, que isso não é forma de tratamento, então tem uma resistência pelos grupos. Mas o grupo tem uma função ali dentro né, que é ouvir o outro, também ser ouvido né. Para eles mesmos começarem a bolar estratégias." (P6)

Relataram que muitas vezes essa visão é reforçada por profissionais dos outros serviços da rede de saúde, refletindo uma visão fragmentada baseada na hipervalorização de saberes especializados, muito presente no discurso biomédico. Cezar e Melo (2018) afirmam que o princípio da hierarquização do SUS, apesar de ter sido importante no sentido de organização e planejamento do sistema, pode ter contribuído para essa fragmentação, uma vez que reforça a lógica de encaminhamentos e aumenta a burocratização da assistência. A hierarquização baseada na complexidade das ações remete ao modelo hospitalocêntrico e pode representar, em última instância, uma barreira de acesso à saúde.

Como principal estratégia para alinhar as expectativas nos casos de usuários que cheguem com demanda de atendimentos individuais ou qualquer outra que vá de encontro ao que o serviço propõe, os profissionais apontaram os grupos de acolhida ou de integração (a nomenclatura varia conforme o serviço). Esse diálogo é

importante pois, segundo Jorge e colaboradores (2011), no processo de escuta e acolhimento é necessário um ato de interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que o usuário deseja em sua vida. De acordo com os relatos dos entrevistados, o início do acompanhamento do usuário se dá da seguinte maneira: o profissional que faz o acolhimento dá as primeiras orientações e explica sobre o funcionamento do CAPS. Após, o usuário passa pelo grupo de acolhida, no qual essas explicações são reiteradas e são sanadas quaisquer dúvidas que a pessoa possa ter sobre o que é o CAPS, quais as ofertas, direitos e deveres, bem como regras internas do serviço. Dessa forma o usuário tem a autonomia de decidir se deseja ser acompanhado naquele serviço, munido de todas as informações necessárias.

Por outro lado, no discurso dos usuários o que apareceu foi um interesse em participar dos grupos, porém alguns empecilhos para que eles ocorressem. Durante o período de observação participante foi constatado, por exemplo, que, em um dos serviços visitados, todas as atividades coletivas tiveram que ser suspensas durante três semanas aproximadamente devido a temporais que destelharam a casa e alagaram diversas salas daquele CAPS. Nas entrevistas os usuários manifestaram compreensão dos motivos, mas referiram sentir falta dos grupos e da frequência semanal, já que, para muitos deles, ir ao CAPS faz parte da sua rotina.

4.2 AS RELAÇÕES DA PESSOA COM O SERVIÇO

A questão preponderante nessa categoria foi a que trata dos vínculos. Tanto usuários quanto profissionais discorreram sobre a relação equipe-usuário, de que maneira ela é construída e mantida no contexto dos CAPS, abordando também o papel dessa relação no tratamento como um todo. Foi possível perceber durante a observação participante uma preocupação por parte da equipe em oferecer escuta atenta desde o primeiro contato do usuário com o serviço, buscando promover acolhimento e, conseqüentemente, a construção de uma relação de confiança durante o processo.

Por parte dos usuários essa impressão se confirmou, uma vez que todos os entrevistados afirmaram se sentir acolhidos e apoiados pelos profissionais com quem possuem proximidade, ressaltando que estes demonstram interesse em ouvir

sobre seus pensamentos e sentimentos, o que lhes faz sentirem confortáveis e seguros em compartilhar.

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

Para além das intervenções individuais, existem também ofertas terapêuticas em grupo com foco no vínculo e adesão ao tratamento. Em pelo menos dois dos CAPS estudados foram descritos grupos terapêuticos com esse enfoque e a pesquisadora pôde acompanhar um deles como ouvinte durante a observação participante. Nesta ocasião foi aberto espaço para que os participantes falassem sobre sentimentos, promovidas reflexões acerca de escolhas de vida e trabalhado, sobre momentos de crise e possíveis recaídas, buscando trabalhar sentimento de culpa e vergonha, que podem impedir que os usuários retornem ao CAPS após uma situação de crise. Esses sentimentos são muito comuns, principalmente na parcela do público que faz uso de substâncias psicoativas, e por vezes representam barreiras de acesso aos cuidados em saúde para essa população.

Junqueira e Carniel (2022) abordam como o processo de institucionalização da época manicomial limitou a existência das pessoas em sofrimento psíquico, restringindo suas escolhas e possibilidades. Nesse contexto, discorrem sobre a importância dos grupos no processo de retomada da capacidade de atuação e comunicação dos sujeitos, sobretudo no convívio e trocas entre os pares. Seguindo a lógica do paradigma da Atenção Psicossocial, a doença não deve ser o ponto central do tratamento e as intervenções devem, justamente, buscar um novo olhar sobre a loucura e propor encontros que contribuam para a libertação do aprisionamento que é imposto a essas pessoas por conta de um diagnóstico psiquiátrico. Nesse caminho os grupos configuram ferramentas de grande relevância, pois, ao dar espaço para o sujeito se expressar pela via da palavra, preserva-se a sua singularidade, mesmo em um espaço institucional.

"Os grupos se constituem como possibilidades reais apresentadas ao sujeito para a realização de escolhas e para a apropriação de um lugar de compartilhamento da dor, do sofrimento, das angústias e do silêncio, além de um lugar de escuta no qual os sujeitos podem ser vistos em toda a sua singularidade" (Junqueira e Carniel, 2022, p. 17).

Assim, tanto os atendimentos individuais como os grupos demonstram sua importância na construção do vínculo terapêutico. Retomando essa questão, foram comuns relatos sobre o papel relevante que alguns profissionais que inclusive já não trabalham mais no CAPS tiveram no tratamento, sob a ótica dos usuários. Foram relatos de afeto e até tristeza por terem perdido o contato, pois com o tempo desenvolveram um vínculo importante e de maior abertura, muitas vezes maior do que com a própria família, contaram. Falas, essas, que novamente remetem à questão do estigma e à solidão/isolamento que as pessoas em sofrimento mental vivenciam, como é possível encontrar em ampla gama da literatura (Rodrigues, 2010). Os profissionais apresentaram discurso que vai ao encontro do apresentado pelos usuários, no sentido da importância do vínculo terapêutico no tratamento em saúde mental. O vínculo é elemento crucial para a horizontalidade do cuidado. Foram frequentes relatos de casos nos quais, na visão dos profissionais entrevistados, foi fundamental uma aproximação inicial e período de sensibilização para a melhor adesão e resposta do usuário ao tratamento. Em busca dessa construção, relataram priorizar a escuta e considerar o indivíduo como um todo, para além do diagnóstico.

Contudo, há fatores presentes nos serviços de saúde que dificultam a construção desse vínculo. O principal deles no caso dos CAPS observados foi a rotatividade dos profissionais, que impacta negativamente na relação da pessoa atendida com a equipe e o serviço, sob a perspectiva de ambos os grupos entrevistados. Esse assunto foi unanimidade nas entrevistas e também foi possível perceber na prática pelas pesquisadoras. Durante o período de observação participante, além dos profissionais em férias e em afastamento/licença, havia aqueles que estavam em vias de sair e outros que haviam assumido o cargo há pouco tempo. O relato de um dos usuários confirma a falta de profissionais observada:

"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)

No registro no diário de campo que se segue há a descrição de parte da primeira reunião realizada com a coordenação de um dos serviços, em 28 de junho de 2023, que corrobora com o exposto sobre a incompletude das equipes:

“[A coordenadora] me mostrou a grade de ofertas terapêuticas e explicou que algumas não estavam ocorrendo no momento devido à saída de uma profissional, férias de outra e uma terceira que está de licença maternidade” (Registro em diário de campo da autora, 28/06/2023)

Diversos usuários entrevistados relataram ter passado pelos cuidados de pelo menos três terapeutas de referência em apenas alguns meses de tratamento. Estes descreveram as mudanças constantes como algo desafiador, que por vezes impacta o andamento do tratamento. Alguns relataram sentimento de tristeza no momento da notícia sobre a saída de profissionais que lhe acompanhavam, chegando a descrever esse processo como uma perda propriamente dita e reconhecendo o impacto em seu tratamento:

“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. É chato, tipo uma amizade que perdeu e não vai recuperar.” (U12)

Os profissionais também trouxeram essa dificuldade ao iniciar o acompanhamento de algum usuário que estava com um TR que saiu, percebem que há uma certa tendência de desestabilização da pessoa. Relataram também dificuldades de adaptação por parte dos novos profissionais que chegam, por não receberem nenhum preparo ou capacitação e, muitas vezes, não possuírem experiência prévia nessa área de atuação.

“Eu não tenho nenhuma formação assim, faço algo específico, não. Daí acho que em Janeiro eu tive um curso, que eles dizem curso sobre saúde mental que eram umas aulas que eles gravaram na época da pandemia e estavam refazendo tudo, mas não acrescentou muito.” (P9)

Isso contribui para o acúmulo de funções, pois além das suas atividades cotidianas, os profissionais mais antigos precisam receber os recém-chegados e frequentemente ensinar sobre a prática em CAPS, acompanhando-os e tirando dúvidas. O discurso de cansaço e sobrecarga foi muito comum entre os trabalhadores entrevistados. Atualmente é a Fundação de Atenção à Saúde (FEAS) a responsável pela gestão de todos os CAPS de Curitiba, órgão de administração indireta que presta serviço para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desenvolvendo ações no Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais vinculados à FEAS têm regime de contratação ou por Processo Seletivo Público (PSP), com contratos por tempo indeterminado, ou por Processo Seletivo

Simplificado (PSS), com contratos temporários, limitados a no máximo 24 meses. Ambos os regimes são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)² e a priorização dos contratos temporários afeta diretamente a rotatividade das equipes, afetando, por consequência, a qualidade do serviço prestado e contribuindo ainda para a fragmentação do cuidado.

Pitta e colaboradores (2015) também apontaram para a sazonalidade desses ambientes como um fator dificultador do cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico: “A sazonalidade dos Caps é um lamentável fato, que impõe um esforço de estruturação e formalização institucional para se tornar um serviço ‘forte’ e permanente, capaz de acolher e cuidar das demandas complexas de sua clientela” (Pitta et al, 2015, p. 768). A alta rotatividade afeta toda a dinâmica interna do serviço, tanto na relação com o usuário quanto nos processos de trabalho entre a equipe e é também papel da gestão implementar iniciativas para mitigar essa situação. Melhorar as condições de trabalho, priorizar contratações via PSP (contratos permanentes) e chamamentos por local de atuação são possibilidades para direcionar os trabalhadores para locais com os quais se identifiquem e tenham formação, aumentando o nível de satisfação dos mesmos e, conseqüentemente, sua fixação por mais tempo no serviço. Além disso, há a importância de salários mais atrativos e com menos desigualdade entre categorias, pois essa discrepância, sobretudo entre a categoria médica e as demais, intensifica a hierarquização da equipe citada anteriormente.

Campos e Amaral (2007) também apontam para a importância de uma co-gestão, ou gestão participativa, que consiste na construção dialógica de protocolos e diretrizes, envolvendo as pessoas que serão afetadas por essas mudanças. “Tanto a construção de indicadores como a análise sobre seu significado podem ser realizadas de modo compartilhado e não somente pela chefia ou pelos especialistas” (Campos e Amaral, 2007). Diante do apresentado na literatura e nos discursos dos profissionais entrevistados, manifestando frustração com agendas lotadas e escalas rígidas de trabalho, é possível depreender que envolver os profissionais nas

² Dados retirados do site da Fundação Estatal de Atenção à Saúde:

<https://feas.curitiba.pr.gov.br/estrutura-transparencia.html#:~:text=Os%20colaboradores%20da%20Feas%20s%C3%A3o,Consolida%C3%A7%C3%A3o%20das%20Leis%20do%20Trabalho>

decisões, proporcionando-lhes autonomia técnica também contribuiria para a satisfação e permanência destes na instituição.

4.3 COMO O CUIDADO É OFERTADO

Nesta categoria foram abordadas as dinâmicas de funcionamento do serviço, quais atividades ele oferta e de que maneira são apresentadas para o usuário. Buscou-se explorar aqui de que forma os Projetos Terapêuticos são construídos, como as decisões relacionadas a eles são tomadas e quais das atividades estimulam a autonomia do usuário. Assim como já mencionado anteriormente, foi muito recorrente usuários que descreveram o CAPS como local de acolhimento, no qual são tratados com humanidade. Afirmaram não notarem situações de julgamento ou repressão por parte dos profissionais, diferentemente daquilo que percebem vindo do restante da sociedade.

"Aí ter encontrado o CAPS foi a salvação da minha vida, porque eu fui acolhida, não fui tratada como uma louca. Aqui os problemas de cunho mental não são tratados como um pirado como é feito no caso da sociedade e da família, de não conseguir tomar uma decisão assertiva, me auto cuidar e se sentir maluco. Aqui eu fui acolhida e bem tratada, aqui eu me sinto pessoa, me sinto humana." (U11)

Tal discurso reflete novamente o estigma como base da relação de exclusão que a sociedade ainda mantém com a loucura. Apesar de essas pessoas não estarem mais em manicômios como os descritos por Daniela Arbex, por exemplo, seguem vivenciando preconceito, novas formas de segregação e são constantemente tolhidos em seus direitos. Conforme o próprio usuário entrevistado descreveu, a família lhe impede de tomar decisões, pois não acredita que tenha capacidade de autocuidado e autogestão da vida. Assim como a família e a sociedade reproduzem essa lógica, os serviços de saúde também correm esse risco. Os CAPS representam avanço no sentido de abertura para um cuidado mais humano e acolhedor, porém, por serem ainda fortemente calcados em práticas médicas e medicamentosas, não abrem tanto espaço para a participação dos usuários quanto poderiam. Enquanto não houver alteração nessa visão biomédica do cuidado, os CAPS tendem a seguir na direção daquilo que Amarante (2014) alertou sobre os riscos de se reduzir a reforma psiquiátrica a uma reforma dos serviços. Segundo o autor, isso levaria apenas a uma humanização do modelo manicomial, sem de fato promover as transformações necessárias para uma

mudança de paradigma, a qual não foi possível identificar até o momento, observando os serviços substitutivos.

Tanto nas falas dos profissionais e usuários quanto na observação participante foi possível perceber importante preocupação com o respeito aos direitos humanos fundamentais na dinâmica de atendimento dos CAPS. Não foi presenciada nenhuma situação de preconceito, em geral, respeita-se o usuário com relação à etnia, classe social e sexualidade, inclusive os usuários transexuais que participaram da pesquisa relataram terem sido bem atendidos e acolhidos com relação ao nome social e outras demandas relacionadas à sua identidade de gênero. Isso contrasta com o que é encontrado na literatura, uma pesquisa realizada em Curitiba por Borgert e colaboradores (2023), por exemplo, apontou para a falta de informação e reconhecimento da população transexual por parte dos profissionais de saúde. As pessoas transexuais entrevistadas nessa oportunidade relataram inclusive evitar buscar serviços de saúde por já terem vivenciado situações constrangedoras e desagradáveis durante os atendimentos, o que reafirma que estigmatização e preconceito aumentam as barreiras de acesso à saúde de populações vulnerabilizadas, impactando sua qualidade de vida. Tais condutas não foram observadas na presente pesquisa, tampouco descritas pelos entrevistados, o que representa significativo avanço no sentido de garantia de direitos, ao se comparar os CAPS estudados com os demais serviços de saúde.

Observou-se o respeito às crenças, valores e hábitos da pessoa por parte da equipe, porém ainda existem poucas iniciativas voltadas à desconstrução do estigma e do preconceito contra a loucura e o uso de substâncias, conforme preconiza o *QualityRights*. O documento orienta que:

“A situação ideal é aquela em que profissionais, usuários do serviço e famílias trabalham em conjunto em uma abordagem participativa para preparar um plano que inclua ações e metas concretas para evitar violações, promover os direitos humanos e melhorar a qualidade do tratamento e dos cuidados no serviço” (Ministério da Saúde, 2015, p. 40).

Sugere ainda a realização de capacitações para as três esferas (profissionais, familiares e usuários), para que todos compreendam a vivência da pessoa em sofrimento psíquico e seus direitos. Na realidade dos CAPS isso ainda não acontece, a tentativa de desconstrução se fez mais presente em diálogos individuais

e orientação de famílias, mas não foi observada oferta terapêutica destinada a este fim, como grupos ou palestras que promovessem esses debates, por exemplo.

Com relação ao acesso à educação, lazer e trabalho existem iniciativas como auxílio na confecção de currículos, grupos voltados à reinserção no mercado de trabalho, divulgação de cursos profissionalizantes e incentivo para que voltem a estudar. Porém, o CAPS conta com pouco apoio de outros serviços do território para realizar essas atividades, a equipe se queixa de não ter para onde encaminhar os usuários, principalmente quando se trata de atividades de lazer. Em apenas um dos serviços visitados havia um grupo semanal em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte, Lazer e Juventude (SMELJ), no qual profissionais de educação física conduziam alongamento e aquecimento, além de estimular a manutenção da frequência de atividades físicas na rotina, divulgando também eventos gratuitos que a prefeitura estivesse promovendo nesse sentido.

Partindo para o plano de cuidado, em diversas falas os usuários ressaltaram a influência do terapeuta de referência, tanto no tocante à construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), quanto em decisões relacionadas à vida pessoal e profissional. Nestes relatos o profissional aparece como protagonista na construção do cuidado, apesar de, em outros momentos, os usuários terem afirmado sentir que têm liberdade para opinar sobre seu tratamento. Foi descrita uma percepção do profissional de saúde como aquele que sabe o que é melhor e, munido desse conhecimento, elabora o cronograma a ser seguido no CAPS. Quando questionados sobre o seu papel na construção do cuidado, os usuários responderam que devem acatar as sugestões e cumprir o que é estipulado pelo profissional que lhe acompanha:

"Ela [TR] que decide, se ela fala que é pra passar o dia aqui, aí eu venho... tudo ela que decide, ela que marca consulta com o doutor também quando eu preciso" (U2)

Jorge e colaboradores (2011) afirmam que os serviços de saúde ainda são norteados por um modelo positivista de atenção à saúde e, apesar de decorridos mais de dez anos deste artigo, ele corrobora com o que foi encontrado na pesquisa de campo, pois apesar das mudanças já decorridas desde a implantação dos CAPS, ainda há resquícios desse pensamento nas práticas atuais de saúde. O modelo positivista é pautado em uma leitura tecnocientífica, e frequentemente leva a uma

postura de colocar os sujeitos atendidos em posição mais passiva numa relação pautada na unidimensionalidade e na construção de objetos “na qual um é o próprio substrato dos recortes objetivos (paciente) e o outro aquele que produz e maneja esses recortes (o profissional)” (Jorge et al, 2011, p.3052).

Sobre as discussões de caso, tanto usuários quanto profissionais afirmaram que são realizadas nas reuniões de equipe. Os profissionais ressaltaram que as discussões geralmente são pautadas no saber e no discurso médico, priorizando diagnósticos e condutas. Após debates sobre as melhores estratégias para cada PTS, as decisões tomadas pela equipe multiprofissional são apresentadas para os usuários, nos grupos de TR ou em atendimento individual. Nesse momento eles podem manifestar suas opiniões sobre tais propostas, porém os usuários entrevistados declararam que não costumam questionar o PTS.

"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)

"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)

As atividades em grupo foram apontadas pelos usuários como elementos cruciais no tratamento e processo de melhora, mas nem sempre são eles que escolhem de quais atividades participar. Em alguns momentos foi possível observar que os terapeutas de referência orientavam ou faziam sugestões sob o discurso de “saber o que é melhor” para aquela pessoa, reproduzindo o modelo positivista citado anteriormente. Uma das usuárias entrevistadas deu a seguinte resposta quando questionada sobre a maneira que é construído o plano de cuidado:

"Então a gente senta com o nosso TR [terapeuta de referência], ele avalia como que a gente tava psicologicamente e o que vai ser bom para a gente. E daí ele estipula os grupos que ele acha que vai me fazer bem, que vai me ajudar. Aí ele coloca um cronograma e ele pergunta se vai ser bom." (U13)

Uma das principais maneiras de se romper com a visão positivista e produzir um cuidado emancipatório, pautado nas relações terapêuticas é pela via do acolhimento. Segundo Jorge e colaboradores (2011), o acolhimento se baseia na escuta, diálogo e valorização do conhecimento do outro. Juntos, acolhimento e vínculo auxiliam na construção de um cuidado humanizado e integral, facilitando o estímulo à autonomia mediante participação do sujeito e responsabilização

compartilhada. Essa co-responsabilização significa o trabalho conjunto entre profissional e usuário, na direção dos mesmos objetivos - aqueles acordados no início da construção do PTS, mas que podem ser revistos no decorrer do tratamento.

Conforme os registros realizados em diário de campo, em todos os serviços visitados existiam atividades que buscavam articulação com outros espaços do território, promovendo passeios, visitas culturais e outras atividades que os próprios membros do grupo sugeriam. Nestes espaços percebeu-se estímulo à autonomia e participação ativa dos usuários nas decisões pertinentes ao grupo, configurando relevante avanço nas práticas ancoradas na Atenção Psicossocial. Em geral, a fala era incentivada e os conteúdos que emergiam eram acolhidos pelo profissional mediador, evidenciando a possibilidade de construção conjunta e real participação dos usuários nas decisões, conforme preconizam os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, as assembleias, apesar de representarem importante espaço de controle social e participação dos usuários, foram raras durante o período. Segundo Dutra e colaboradores (2017), a assembleia se apresenta como possibilidade de incentivar a escuta e participação, empoderando o usuário e fazendo-o acreditar que é possível retomar a posição de sujeito-cidadão. Não obstante, durante o período da pesquisa foi possível acompanhar apenas uma, pois algumas assembleias eram realizadas quinzenalmente e outras mensalmente, sendo que em alguns serviços ainda não haviam sido retomadas desde a pandemia. Nesta, foi observada participação dos usuários no sentido de manifestar queixas sobre o serviço ou regras existentes. Configurou-se mais como espaço de repasse de informes do que de estímulo à autonomia e busca de direitos de fato, demonstrando ser um ponto que ainda necessita de melhorias. As mudanças e decisões sobre o serviço geralmente eram discutidas entre a equipe e apenas repassadas para os usuários nesses momentos.

Diante das informações trazidas e da observação da pesquisadora, o vínculo existe, o CAPS representa um ambiente seguro no qual as pessoas se sentem acolhidas, mas ainda precisa caminhar quando se fala em cuidado pautado na autonomia. Conforme descrito em outros momentos do trabalho, autonomia é algo muito mais complexo do que emitir opinião sobre seu tratamento. Ela atravessa esse

lugar e pode iniciar aí, mas deve ir além, visando o empoderamento, participação ativa na comunidade e controle social. Apesar de ainda representarem uma pequena parte da grade de ofertas terapêuticas, as práticas centradas na pessoa e voltadas para o *Recovery* existem nesses serviços, cabe a reflexão sobre alternativas e possibilidades para fazer com que esse tipo de prática cresça cada vez mais nos serviços de saúde.

Em dissonância com muitos dos elementos observados, os profissionais descreveram a elaboração do PTS como uma construção conjunta, que tem como foco principal a pessoa e seus objetivos de vida e no tratamento. Disseram que o usuário tem abertura e autonomia para propor alterações no seu plano de cuidado, mas reconheceram que na maioria dos casos não o fazem. Vale a reflexão: o usuário não costuma questionar as condutas por falta de vínculo e abertura ou porque o estigma está tão enraizado que o sujeito não confia no seu discernimento, com isso não se sente capaz de opinar sobre o próprio tratamento?

4.4 COMO O CUIDADO É ORGANIZADO

Esta categoria tem como principais focos a organização e estruturação do serviço, o diálogo com os demais equipamentos da rede, o trabalho em equipe, acesso e participação dos usuários. Abarca ainda alguns desafios, trazidos principalmente pelos profissionais, com os quais se deparam na organização e manutenção desse cuidado, que por vezes fazem com que o mesmo seja ofertado de maneira diversa àquela em que os participantes afirmaram acreditar ser a mais adequada.

Como exemplo de impasses, trazem sobre a articulação com a rede. Todos os entrevistados ressaltaram a importância de ter um bom diálogo com toda a Rede de Atenção Psicossocial para o bom andamento do trabalho, principalmente com as unidades de saúde do território do qual são referência. No entanto, referem que na prática acabam fazendo esses contatos com pouca frequência e, na maior parte das vezes, via telefone, pois, ao tentar adotar estratégias presenciais, se deparam com barreiras como a falta de transporte, de espaço nas agendas dos profissionais e também o fato de não poderem contar com a receptividade de alguns serviços de saúde.

"Olha, acredito que o ideal fosse uma vez por mês ir em cada unidade de saúde, sabe? Na ideia de fazer matriciamento, tanto para fazer acolhimento lá, como para fazer orientações para a equipe, né?! No entanto, a gente não tem espaço na nossa semana de atividades, a gente não tem horário para fazer isso. A gente não tem uma receptividade tão boa nas unidades, algumas são muito receptivas, outras não respondem nem seu e-mail... E mesmo as mais receptivas tem um empecilho ali do espaço físico, de tempo para as pessoas te ouvirem, para fazer essas orientações a respeito do manejo em saúde mental. O problema mais óbvio é que a gente não tem carro para fazer isso. A gente tem 3 horinhas de carro disponíveis na segunda à tarde e na quarta à tarde e normalmente a gente usa para fazer visitas domiciliares de casos graves e urgentes. Então a gente acaba não tendo tempo... Tempo, pessoal e transporte disponível para isso." (P7)

Ante à dificuldade de comunicação com os demais serviços da rede, as intervenções acabam, em sua maioria, se restringindo ao que acontece do muro do CAPS para dentro, estendendo-se ao território apenas em casos mais graves, que necessitem de visita domiciliar ou internamento involuntário. Outra situação trazida à luz pelos profissionais entrevistados foi a falta de equipamentos de apoio no território, como centros de convivência, por exemplo, para inserir no PTS e estimular o usuário a frequentar atividades também fora do CAPS. Os centros de convivência são serviços administrados pelo poder público municipal e vinculados aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que promovem atividades em grupo para as diversas faixas etárias, buscando valorizar o sentido da vida coletiva. Não foram encontradas informações sobre o número de serviços desse tipo na cidade de Curitiba.³

Com relação ao espaço físico dos serviços visitados, segundo as observações e anotações do diário de campo, três dos quatro serviços pesquisados mantinham todos os portões fechados, mesmo durante o horário de funcionamento:

"Cheguei por volta das 13h e a porta da frente se encontrava fechada, não havia ninguém na recepção e pouco fluxo de usuários". (Registro em diário de campo da autora, 03/07/2023)

Além disso, as portas internas, que levavam às salas de atendimento, do setor administrativo e demais espaços, também costumavam ficar trancadas e os

³ Foi realizada busca no site do governo do estado do Paraná, no link <https://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/Pagina/Centro-de-Convivencia> há a descrição do que são os Centros de Convivência, mas não há informação sobre número de serviços existentes. Ao clicar no link para conhecer a rede completa, a página não abre. Foi possível encontrar informações sobre serviços desse tipo apenas direcionados a idosos, em Curitiba são cinco no total: <https://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/servico-de-convivencia-para-pessoa-idosa/274>. Foi enviada também solicitação dessas informações via e-mail porém não houve resposta até o momento.

funcionários carregavam sempre muitas chaves consigo. O serviço que mantinha maior liberdade de acesso era justamente o único CAPS II, que não tinha leitos de acolhimento noturno e funcionava somente até às 19h. Cezar e Melo (2018) referem que “é de suma importância o aspecto físico da casa onde o CAPS funciona, devendo facilitar a interação entre seus frequentadores (equipe, usuários, familiares e comunidade) e a liberdade de ir e vir, contrapondo-se de maneira veemente ao cerceamento que caracteriza o manicômio”. Apesar de estarem localizados em casas, em bairros residenciais, e buscarem uma estrutura interna mais acolhedora, notou-se que permanecem algumas condutas restritivas da liberdade dos usuários e regras internas rígidas. Em um dos serviços, por exemplo, os usuários só podiam entrar caso mostrassem a grade horária que o TR montou, comprovando que tinham atividade naquele horário. Essas e outras condutas remetem a resquícios da lógica manicomial, remontando características das instituições totais descritas por Goffman nos anos 1970.

Os profissionais citaram diversas dificuldades relacionadas à alta demanda do serviço e, conseqüentemente, ao grande número de usuários que precisam acompanhar. Aqueles inseridos, são divididos entre a equipe conforme seu território de referência, ou seja, cada profissional fica responsável por uma unidade de saúde e absorve sua demanda de atendimento, unidades muito populosas são comumente divididas entre dois ou mais profissionais. Tal demanda aumentou ainda mais durante a pandemia Covid-19, onde as UBS e UPAS estavam focadas no atendimento de quadros respiratórios, algumas foram totalmente convertidas somente para este tipo de atendimento, deixando de atender às outras demandas de saúde. Foi limitado o atendimento às demandas de saúde mental nesses serviços, mesmo estas tendo se agravado durante o período da pandemia. Com isso os CAPS tornaram-se os principais pilares de retaguarda em saúde mental do município, abarcando desde os casos mais leves até situações de crise.

"Quando estava começando a pegar o ritmo aí já pensando em grupo entrou a pandemia, então a gente ficou no esquema de trabalho bem difícil, né? [...] Vinha tudo de cima né, da Secretaria de Saúde, então a gente não tinha o que fazer, era abaixar a cabeça e fazer. Porque daí era proibido né, a gente tinha que ter um certo distanciamento, não podia ter aglomeração. Então já no primeiro momento foi cancelado os grupos, a gente ficou só com atendimento individual e a pandemia foi piorando e daí quando vinha aquela bandeira vermelha, a gente tinha que cancelar atendimento individual, foi bem difícil trabalhar." (P4)

Segundo o Protocolo de Responsabilidade Sanitária e Social de Curitiba (2020), a classificação das bandeiras entre amarela, laranja ou vermelha se dava com base nos indicadores da pandemia Covid-19, tais como os dados de propagação da doença e a capacidade de atendimento do sistema de saúde. Fazendo uma média ponderada de nove indicadores no total, era obtido um valor que indicava a cor da bandeira daquele período. Os serviços de saúde considerados essenciais, como o CAPS por exemplo, continuaram abertos durante toda a pandemia. Porém, sofriam alterações no funcionamento interno conforme a situação do município e decisão da Secretaria Municipal de Saúde, segundo o relato dos profissionais entrevistados. Foram vedadas todas as atividades em grupo do serviço entre 2020 e meados de 2022, independente da bandeira vigente. De maneira geral, no nível um ou bandeira amarela, era decretada situação de alerta e toda a população precisava continuar adotando as medidas de precaução contra o coronavírus amplamente divulgadas pelo poder público. Na bandeira laranja, considerada de risco médio, foram aplicadas restrições de alguns serviços, principalmente os comércios e estabelecimentos que promovessem algum tipo de aglomeração. No CAPS as atividades eram reduzidas conforme o possível, focando mais nos atendimentos individuais. Já quando o risco era considerado alto, a bandeira mudava para vermelha e havia maior restrição de circulação de pessoas, mantendo somente o funcionamento dos serviços essenciais.

Conforme citado acima, nos períodos de bandeira amarela as atividades em grupo dos CAPS não aconteciam, apenas atendimentos individuais eram possíveis. Na bandeira vermelha eram suspensos inclusive os atendimentos individuais, permanecendo apenas os atendimentos de crise e pacientes já inseridos em leito. Os demais eram acompanhados semanalmente via telefone, mas o fluxo de pessoas no serviço acabava sendo inevitável independente da bandeira, segundo os relatos dos entrevistados. Uma das profissionais destaca como tem sido a adaptação da equipe e reorganização do serviço no período pós-pandemia, no qual a presente pesquisa foi realizada:

"E aí a gente entra na questão do aumento da demanda mesmo. Está absurdo. E aí, a reorganização para dar conta dessa demanda tem sido sempre interna. Então não é um aumento de efetivo, não é aumento de equipamentos de saúde, é só uma reorganização eterna, como se isso fosse aumentar a nossa capacidade de atendimento. Enquanto a gente pensa, já está entrando mais usuário e mais usuário. Aí os motivos desse

aumento da demanda são pós-pandemia, é, questões sociais pegando para todo mundo, enfim, coisas que prejudicam a saúde mental de forma geral."
(P7)

De acordo com um resumo científico publicado pela OMS em 2 de março de 2022, no primeiro ano da pandemia Covid-19 a prevalência mundial de casos de ansiedade e depressão aumentou em mais de 25%. Aponta-se fatores como isolamento social e medo de se contaminar como predominantes para o aumento de estresse e pensamentos suicidas, por exemplo. Além disso, preocupações financeiras, a perda de entes queridos e dificuldade de elaborar o luto pela impossibilidade de se despedir também configuram fatores importantes de sofrimento psíquico. Na cidade de Curitiba não foi diferente, a prefeitura divulgou em 2023 um aumento na procura por atendimento nos CAPS durante o período da pandemia. O total de acolhimentos realizados nos treze CAPS da cidade quase dobrou em um período de dois anos: em abril de 2020 foram registrados 595 acolhimentos e, na mesma época de 2022, esse número aumentou para 1,1 mil casos por mês, em média. O número de usuários em acompanhamento também cresceu, totalizando 4,5 mil usuários por mês em 2022 nos treze serviços (Curitiba, 2023).

Apesar do expressivo aumento na procura, até o momento não houve aumento no número de CAPS na cidade, tampouco alterações nas equipes com relação ao número de trabalhadores, conforme o próprio relato da profissional 7. Ela afirma que a reorganização para dar conta dessa nova demanda tem sido principalmente interna, ou seja, a própria equipe faz adaptações nas agendas e escalas a fim de tentar abranger todas as necessidades. Outra queixa presente foi a falta de estrutura física, como salas de atendimento adequadas e materiais para oficinas, por exemplo. Todos esses fatores dificultam a atuação dos profissionais e tornam o cotidiano estressante, contribuindo para a alta rotatividade de profissionais e também impactando a qualidade do serviço ofertado devido à sobrecarga, principalmente.

Ainda conforme o relatório da OMS, também foi considerado o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde durante o período da pandemia, apontando como principais fatores agravantes a exaustão, alta pressão e sobrecarga de trabalho (WHO, 2022). De fato, os profissionais entrevistados trouxeram relatos de

sobrecarga e pouco suporte da gestão no sentido de melhorias de processos de trabalho. Pelo contrário, por vezes afirmaram se sentirem pressionados pelas chefias e foi muito recorrente o discurso sobre insuficiência, fatores que podem contribuir inclusive para uma postura tutelar no atendimento dos pacientes. A alta demanda aliada à falta de profissionais e condições de trabalho representa importante barreira para ações em território e demais práticas pautadas no modelo da Atenção Psicossocial. A profissional 7 segue discorrendo sobre essa exaustão:

"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 seu 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)

Durante o período da observação participante algumas atividades dos serviços ainda não haviam sido retomadas, desde sua suspensão na época do isolamento social devido à pandemia Covid-19. Os grupos de família são exemplos, não foi possível participar de nenhum durante a pesquisa, pois, apesar de em alguns serviços já terem voltado para a grade de ofertas terapêuticas, ainda não havia quórum para acontecerem. Segundo o relato dos profissionais que mediavam essas atividades, desde a pandemia os familiares ainda não tinham voltado a comparecer, mesmo sendo chamados. Em um dos CAPS, por duas vezes houve interrupção dos grupos durante quinze dias devido às tempestades na cidade. O telhado da casa encontrava-se danificado, causando alagamento nos espaços internos, e necessitando de obras de reparo, o que dá notícias de uma falta de preparo dos serviços de saúde para mudanças climáticas, assunto de extrema relevância atualmente.

De acordo com os relatos e o diário de campo, o trabalho interno dos CAPS é organizado em escalas entre os profissionais, abrangendo atividades em grupo, atendimentos individuais, acolhimentos e atividades de organização do serviço, como a ambiência por exemplo, que seria uma tarefa de todos, mas na prática é majoritariamente composta pelos técnicos de enfermagem:

"A ambiência é feita mais pelos técnicos de enfermagem, mas basicamente é ficar ali com os usuários que estão em CAPS ou que estão ali esperando o grupo, e fazendo ambiência com eles no serviço, ficar conversando, fazer intervenção se necessário. Ficar ali com eles sabe." (P1)

Essas escalas e demais organizações internas do serviço são discutidas nas reuniões semanais, entre equipe e coordenação. Outras decisões sobre o funcionamento do CAPS são tomadas pela gestão municipal e repassadas para cumprimento, como relataram ter sido a decisão de territorialização dos CAPS, por exemplo. Esse processo, que ocorreu em Curitiba e passou a dividir os CAPS em territórios, não mais entre TM (transtornos mentais) e AD (álcool e drogas), não foi discutido com as equipes. Conforme narrado pelos entrevistados, os serviços precisaram se readequar à nova lógica em pouco tempo, o que trouxe algumas consequências:

“E eu percebo também que [a territorialização do CAPS] interferiu na própria dinâmica de adesão, assim, sabe? porque acontece de os pacientes que só fazem uso [de substâncias] fazerem uma rodinha e falarem só sobre o uso e isso incomoda muito os outros pacientes. E do contrário também, os pacientes AD também ficam com um certo preconceito, um certo receio dos outros, sabe? Então entre eles mesmos há essa dificuldade, mas acredito que dentro das possibilidades a gente vem se adaptando. Mas foi um desafio. Foi e é um desafio por conta dessas duas clínicas serem muito diferentes. E a intervenção tem que ser diferente também.” (P5)

Além do que foi relatado, é importante considerar a questão da localização geográfica dos serviços. Dos dez CAPS de Curitiba voltados à população adulta, cinco não estão localizados dentro do território que atendem, mas sim em localidades vizinhas, o que pode representar uma barreira de acesso para os usuários moradores daquela região. Ainda assim, há significativa diferença entre território e área de abrangência (mera delimitação do espaço físico), sendo o território definido a partir das interações sociais, é onde elas acontecem. O território não é algo estático e neutro, ele é dinâmico e um serviço que se quer territorial deve abranger os aspectos sociais e processos históricos daquela comunidade, viabilizando o diálogo e realizando ações de integração entre os frequentadores do CAPS e demais equipamentos da região (Cezar & Melo, 2018). Dentro da dinâmica atual dos CAPS é possível perceber que essa territorialização levou em conta um conceito de território a partir da localização geográfica, deixando de considerar seu contexto histórico e social. Isso torna o CAPS não um serviço realmente comunitário e territorial, mas somente distrital.

A presente pesquisa conseguiu evidenciar algumas boas práticas que resistem aos desmontes recentes dos serviços de saúde mental pautados no modelo da Atenção Psicossocial, mas também revelou lacunas nesse modelo, que ainda

não conseguiu ser totalmente implementado na realidade do município estudado. Como limitação, pode-se apontar o tempo de observação participante, que impossibilitou envolvimento mais profundo no cotidiano dos serviços. A dificuldade de contato inicial com as equipes atrelada às interrupções do processo por imprevistos climáticos e estruturais, diminuiu o tempo disponível para imersão das pesquisadoras em campo. Outra dificuldade foi entrevistar os profissionais, principalmente por conta da alta rotatividade. Durante o período da pesquisa, alguns profissionais estavam saindo do CAPS para assumir outros empregos e outros haviam sido contratados há pouco tempo, o que impossibilitava entrevistar algumas das indicações vindas dos usuários. Houve também uma negativa ao convite de entrevista, por parte de um dos trabalhadores indicados. Além disso, não foi possível cumprir com um dos critérios de inclusão para os usuários que seria o não uso de medicação como parte do tratamento, o que consiste em um dado importante sobre o modo de estruturação do cuidado, ainda muito pautado na lógica médica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, foi possível perceber o que a literatura traz sobre o enfoque dos serviços substitutivos ainda se concentrar nos diagnósticos e tratamentos medicamentosos. O discurso e atuação da equipe, ainda que seja multidisciplinar e já represente um avanço em comparação à época dos manicômios, ainda permeia os termos médicos e costuma basear as condutas conforme o diagnóstico estabelecido, evidenciando uma vez mais o longo caminho que se tem a percorrer no sentido do que preconiza a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial.

Ainda assim, os dados coletados evidenciaram que todos os serviços pesquisados possuem importante preocupação com a escuta e o acolhimento, por entenderem que estes são os principais pilares na construção do vínculo e, conseqüentemente, do tratamento em saúde mental como um todo. Os usuários confirmaram, referindo sensação de segurança ao se sentirem ouvidos quando buscam os CAPS. Além disso, o respeito aos direitos humanos fundamentais se fez presente, pois na lógica do acolhimento preserva-se também a individualidade do usuário, com suas crenças, ideais, sexualidade, sem submetê-lo a situações de preconceito ou abusos. Há também um esforço por parte da equipe em proporcionar

acesso a trabalho, estudos, esporte e lazer, mesmo enfrentando grandes barreiras nesse percurso.

Observou-se ainda algumas práticas voltadas para o estímulo da autonomia dos usuários, como passeios no território e grupos participativos. Porém, na dinâmica do cotidiano do serviço, pouco se estimula essa participação ativa, como em assembleias e processos de construção dos PTS, trabalhando pouco com eles a confiança de que são capazes de construir sua própria história. Há uma tendência a se priorizar as decisões em equipe ou centradas no terapeuta de referência, o que contribui para a hierarquização e distanciamento das relações. Ademais, os resultados apontaram para a existência de outras práticas tutelares e de controle nos CAPS, como restrição de acesso e circulação, por exemplo. Verifica-se que, apesar da mudança importante que a implantação dos serviços substitutivos representa no sentido da reforma psiquiátrica, o olhar que está na base desse cuidado ainda tende a ser pautado no modelo biomédico. A fragmentação do cuidado em saúde e pouco suporte dos demais pontos da rede, muitas vezes baseado em um preconceito em atender pessoas em sofrimento psíquico, contribuem para um aumento expressivo da demanda nos serviços de saúde mental, dificultando o compartilhamento do cuidado e sobrecarregando a equipe dos CAPS.

É perceptível a potencialidade dos CAPS, que mantêm seu funcionamento apesar da alta demanda, subfinanciamento, falta de estrutura física, e número adequado de trabalhadores para atender o que se pretende. Mesmo diante de todos os desafios, os Centros de Atenção Psicossocial continuam realizando importantíssimo trabalho no atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, mantendo os esforços para oferecer local de escuta e acolhimento. Quando se fala em fomentar a autonomia e empoderamento dos usuários, muito ainda há que se caminhar para a transformação em um serviço de fato comunitário e com base territorial, que possibilite uma efetiva reinserção social dessas pessoas. Tal transformação não depende apenas das dinâmicas internas dos CAPS, mas de uma reestruturação de toda a rede de saúde, com vistas a acolher as demandas de saúde mental em todos os pontos. Caminho longo também se apresenta no tocante à relação da própria sociedade com a loucura, nota-se o estigma ainda muito presente nas relações e espaços sociais. Com isso, espera-se que o presente

trabalho possa colaborar para o debate nos temas relacionados à saúde mental, contribuindo também para a disseminação de informação e desconstrução de preconceitos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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, jan. 2014.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Editora FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt>. Acesso em: 07 set. 2022.
- AMARANTE, P. “Amarante: ‘É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação’” [Entrevista cedida a Revista Radis] Bruno Dominguez. *Revista Radis*, Rio de Janeiro, n.146, nov. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao> Acesso em 12 de out de 2023.
- 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. Disponível em:
- ARBEX, D. O holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BACCARI, I. O. P., CAMPOS, R. T. O., STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.1, p. 125-136, 2015.
- BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/H4wVY4ZDk9nKqdGsdzyJKWg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29 out. 2023.
- BORGERT, V.; STEFANELLO, S.; SANTOS, D. V. D.; SIGNORELLI, M. C. “A gente só quer ser atendida com profissionalismo”: experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 33, e33036, 2023.
- BRANDÃO, A. D. L.; FIGUEIREDO, A. P.; DELGADO, P. G. G. Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00189174. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00189>

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 Acesso em: 08 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: DF, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf Acesso em: 04 jun. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 251, p. 59-61, 30 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm Acesso em 14 de out de 2023.

BRASIL. Decreto nº 9761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: DF. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm Acesso em 21 de maio de 2024.

CÉZAR, M. A.; MELO, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.1, jan.-mar. 2018, p.127-142.

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.

CURITIBA (2021). Diretrizes institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Curitiba.

DUTRA, V. F. D.; BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M. P. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.21, n.3, 2017.

FOUCAULT, F. História da loucura. São Paulo - SP: Perspectiva, 1972.

FREI, A. E. Um tal caps híbrido em um buraco do tatu. Revista Contato, 129. p. 7-9. Maio/Junho 2020. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Disponível em

chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Contato-129_site.pdf Acesso em 26 nov. 2023.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo- SP: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro - RJ: LTC, 2008.

ITÁLIA. Legge 13 maggio 1978, n.180, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Roma: Gazzetta Ufficiale, n.133, art. 5. 16 maio 1978.

JACOBSON, N., GREENLEY, D. What is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services* 52:482-485, 2001. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ps.52.4.482> Acesso em out/2023. Acesso 31 out. 2023.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A.G A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da saúde mental - Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7); 3051-3060, 2011.

KANTORSKI, L. P.; CARDANO, M.; ANTONACCI, M. H.; GUEDES, A. C. Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. *Journal of Nursing and Health*. 2021;11(2):e21112120766

LEAMY et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health. *Br J Psychiatry*, 2011. 199, 445-452 doi: 10/1192/bjp.bp.110.083733

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/#:~:text=No%20momento%20atual%2C%20o%20Brasil,bilh%C3%A3o%2C%20duzentos%20e%20setenta%20e> Acesso em 19 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Promoção da Saúde - Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf Acesso em 16 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Brasília, 2015.

ONOCKO CAMPOS, R. T. & CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Hucitec). Tratado de saúde coletiva. São Paulo, 2006. p. 669-688.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org> Acesso em: 30 maio 2024.

PIMENTEL, A. P. & AMARANTE, P. D. 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.

PITTA, A. M. F., COUTINHO, D. M., ROCHA, C. C. M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. Saúde debate, v. 39, n 106, p. 760-771. Rio de Janeiro, jul-set/2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Procura por Caps e complexidade de casos aumentam na rede pública de Curitiba. Publicado em 20 abr 2023. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/procura-por-caps-e-complexidade-de-casos-aumentam-na-rede-publica-de-curitiba/68255> Acesso em 20 mai 2024.

RODRIGUES, R. C. Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas. 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SADE, R. S. Portas abertas: do manicômio ao território. Entrevistas triestinas. Marília - SP: Oficina universitária, 2014.

SECRETARIA DE SAÚDE DE CURITIBA, Prefeitura Municipal de Curitiba. Protocolo de responsabilidade sanitária e social de Curitiba para doenças de transmissão respiratória. Publicado em Junho de 2020. Disponível em: <https://mid.curitiba.pr.gov.br/2020/00300342.pdf> Acesso em 20 mai 2024.

SIDI, P. M. & CONTE, E. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v.12, n.4, p. 1942-1954, out-dez, 2017.

SILVA, G. M., ZANINI, D. S., RABELO, I. V. M. & PEGORARO, R. F. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. *Revista Psicologia e Saúde*, v.7, n. 2, p. 161-167, 2015.

SILVEIRA, A. R. et al. Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: diálogos e aproximações. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 17-30, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69533/41655>. Acesso em 10 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches*. Geneva, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>. Acesso em 10 de abril de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental Health and Covid-19: Early evidence of the pandemic's impact*. Scientific brief. Geneva, 2 March 2022.

Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>

Acesso em 01 de junho de 2024.

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.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Sabrina Stefanello, pesquisador principal, do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria e equipe de pesquisa, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado **A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde**, este estudo visa compreender o cenário atual da Atenção Psicossocial no Brasil, sendo essa uma importante análise para melhor compreensão das práticas de cuidado em saúde mental que ocorrem no território nacional.

a) O objetivo desta pesquisa é mapear e elaborar um inventário de práticas de cuidado no campo da saúde mental, sustentados nos princípios da atenção psicossocial e observância aos direitos humanos, que perduram em diferentes contextos do território nacional.

b) Caso você concorde em participar da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista aberta e um questionário sociodemográfico.

c) Para tanto, serão agendados horários, conforme sua disponibilidade. A entrevista poderá ser realizada presencialmente em espaço privativo, ou por vídeo chamada, o que levará em média uma hora.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado às questões abordadas durante a entrevista.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo, ainda que mínimos, estão relacionados à aplicação das entrevistas. Algumas perguntas podem gerar desconforto e/ou insegurança no participante. Como minimização dos riscos, os pesquisadores garantem a preservação do sigilo, assim como o direito do participante a interromper a entrevista a qualquer momento, e/ou sua recusa em responder perguntas específicas.

f) Você terá a garantia de que problemas como desconforto decorrentes do estudo serão tratados no momento da entrevista, sendo ofertado escuta e acolhimento pelos próprios pesquisadores. No caso eventual de danos graves decorrentes da pesquisa você tem assegurado o direito à indenização nas formas da lei.

g) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o mapeamento de boas práticas no campo da Atenção à saúde mental e suas particularidades em cada território envolvido. Com isso, será possível subsidiar o aprimoramento das práticas de cuidado existentes, através de propostas de educação permanente com os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e publicação de material bibliográfico.

h) Os pesquisadores responsáveis por este estudo poderão ser localizados nos

seguintes endereços / contatos: Sabrina Stefanello no Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, Rua Padre Camargo, 280, 6º andar, CEP 80.060-240 | Alto da Glória/Curitiba/PR/ Brasil. Tel: (41) 3360-7233 / (41) 99129-1030, período das 8h às 12h. E-mail para contato direto com pesquisador responsável: binastefanello@gmail.com; Cláudia Maria Filgueiras Penido (Belo Horizonte), tel: (31) 99976-0609; Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté (Salvador), tel: (71) 98669-2059; Simone Mainieri Paulon (Porto Alegre), tel: (51) 98418-8447; Tânia Maria de Araújo (Feira de Santana), tel: (71) 98793-8873; para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em caso de emergência você também pode me contatar, Sabrina Stefanello, neste número, em qualquer horário: (41) 991291030.

i) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e/ou tratamento está garantido e não será interrompido caso o você desista de participar.

j) O material obtido para este estudo será utilizado unicamente para essa pesquisa e será armazenado pelo período de cinco anos após o término do estudo. (Resol. 441/2011, 466/2012 e 510/2016)

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas que são a própria equipe de pesquisa, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

l) Você terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este estudo forem publicados, estes estarão codificados de modo que não apareça seu nome.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (material de escritório, computador e gravador) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo, os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, sub-item g, Resol. 466/2012).

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h às 16:00h; ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo e-mail etica@sms.curitiba.pr.gov.br e/ou telefone (41) 3360-4961, das 13h30min às 17h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar

que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

_____, ____ de _____ de _____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE 2 - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO DE VOZ PARA PESQUISA

Título do Projeto: **A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde**

A pesquisadora Sabrina Stefanello, responsável pelo projeto **A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde** e os colaboradores Cláudia Maria Filgueiras Penido, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Fabricio Rodrigues dos Santos, Guilherme Gonçalves Maynardes, Isabel Fernandes de Aguiar, Igor Matheus da Silva, Kamila Greff Costa, Leonardo Fernandes Bilek, Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté, Pamela dos Santos Farinhuk, Rossana Maria Seabra Sade, Simone Mainieri Paulon, Tainara Poli e Tânia Maria de Araújo, solicitam a utilização de voz do(a) participante para este estudo, com garantia de proteção de identidade.

Tenho ciência que a guarda e demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Os pesquisadores comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima com proteção de imagem do participante.

Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com o(s) pesquisador(a/es) e outra com o(a) participante da pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____.

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou este termo]

Autorizo o uso de minha voz exclusivamente para esta pesquisa.

(nome por extenso do participante da pesquisa)

Participante da pesquisa

APÊNDICE 3 - 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:

1. Conte um pouco da sua história...
2. Como se iniciou o seu acompanhamento para essa questão que você contou?
E neste serviço?
3. Por que você vem aqui?
4. O que você considera que é ou foi importante para a sua melhora?
5. Quem foram ou são as pessoas mais relevantes nesse processo?
(profissionais do serviço, identificar claramente a pessoa)

APÊNDICE 4 - 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:

1. Conte-me um pouco sobre a sua atuação profissional
2. Quais são as suas atividades/ o que você faz aqui no CAPS?
3. Como é construído o plano de cuidado de um usuário que chega pela primeira vez no serviço?
4. Fale-me um pouco sobre a relação do CAPS com os demais equipamentos da rede
5. Como ocorre a condução dos grupos?
6. Como são as reuniões de equipe?
7. De que maneira são tomadas as decisões, tanto de funcionamento do serviço quanto de manejo clínico?