

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA  
REGIÃO CENTRO-OESTE

LUIZA MARIA DE SOUZA NABARRETE

**AS CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS  
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA REDE PÚBLICA EM CAMPO GRANDE, MS:  
ANÁLISE SOBRE A PRÁXIS E O MODO PSICOSSOCIAL**

CAMPO GRANDE  
2023

LUIZA MARIA DE SOUZA NABARRETE

**AS CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS  
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA REDE PÚBLICA EM CAMPO GRANDE, MS:  
ANÁLISE SOBRE A PRÁXIS E O MODO PSICOSSOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Linha de pesquisa: Saúde e Sociedade.

Orientador: Professor Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

CAMPO GRANDE  
2023

LUIZA MARIA DE SOUZA NABARRETE

**AS CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS  
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA REDE PÚBLICA EM CAMPO GRANDE, MS:  
ANÁLISE SOBRE A PRÁXIS E O MODO PSICOSSOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Linha de pesquisa: Saúde e Sociedade.

Orientador: Professor Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

**Banca Examinadora:**

**Nota/conceito:**

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de O. Bastos – UFMS

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alberto Mesaque Martins - UFMS

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Conrado Neves Sathler - UFGD

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Rita de Cassia Avellaneda Guimarães – UFMS

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Sabrina Miranda Areco – UFAC

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Elen Ferraz Teston (suplente) - UFMS

**AValiação Final:** ( ) Aprovada

( ) Reprovada

Ao meu raio de sol, minha avó Carolina Bittencourt Lima,

*In Memoriam*

À minha mãe, minha maior expressão de perseverança,  
força e doçura.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu estimado orientador, prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos, por apostar na troca interdisciplinar e me dar autonomia ao longo desse percurso.

Ao meu esposo, André, pelo companheirismo dos dias, compreensão das ausências e apoio incondicional às minhas escolhas.

Aos meus pais, meus amores mais certos, acertados e assertivos.

Ao meu irmão, Bruno, pelo exemplo de integridade, ética e humildade.

À minha avó Carolina, o sol que iluminou minha vida, preenchendo-a de afeto, alegria, cuidado e incentivo.

À minha tia Marinez, pela constância, serenidade e preocupação desmedida.

À minha amiga Daline (minha pessoa e melhor amiga desde sempre), pela inspiração, consistência, lealdade e por gentilmente ter revisado esse trabalho inúmeras vezes. Obrigada por nunca ter soltado a minha mão e ser minha referência de um lugar seguro e familiar.

Às minhas amigas de longa data Eva, Denise, Vanessa e Carol por colorirem os dias cinzentos.

À minha amiga Laura Elis, meu presente no doutorado: todo meu carinho e agradecimento pela partilha das angústias, anseios e incentivo. Obrigada por tornar a jornada mais leve e feliz.

Aos amigos que me ajudaram com a tabulação dos dados.

Aos professores do Programa pelas contribuições enriquecedoras nas disciplinas cursadas.

À Secretaria de Saúde de Ribas do Rio Pardo por tornar possível conciliar o doutorado ao exercício do trabalho.

À Secretaria de Saúde de Campo Grande, aos profissionais de saúde dos CAPS e aos usuários dos serviços pela receptividade e disposição em colaborar com a pesquisa.

À banca, pela admiração, potência, sensibilidade e humanidade que inspiram.

Tem dias que a gente se sente  
Como quem partiu ou morreu  
A gente estancou de repente  
Ou foi o mundo então que cresceu  
A gente quer ter voz ativa  
No nosso destino mandar  
Mas eis que chega a roda-viva  
E carrega o destino pra lá

Roda mundo, roda-gigante  
Rodamoinho, roda pião  
O tempo rodou num instante  
Nas voltas do meu coração

A gente vai contra a corrente  
Até não poder resistir  
Na volta do barco é que sente  
O quanto deixou de cumprir  
Faz tempo que a gente cultiva  
A mais linda roseira que há  
Mas eis que chega a roda-viva  
E carrega a roseira pra lá

Roda mundo, roda-gigante  
Rodamoinho, roda pião  
O tempo rodou num instante  
Nas voltas do meu coração

(Roda-viva, Chico Buarque)

## RESUMO

Desde a Reforma Psiquiátrica foram surgindo serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos para atendimento e acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico. Esses serviços se constituíram a partir da corresponsabilização pelo cuidado por meio dos dispositivos elaborados como novo paradigma para se trabalhar em saúde mental, entendido como modo psicossocial. Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo analisar as concepções dos usuários e dos profissionais de saúde de nível superior sobre o atendimento em saúde mental nos serviços especializados (CAPS) de Campo Grande-MS e a relação entre a práxis e o modo psicossocial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com base em um roteiro inicial com 8 (oito) questões norteadoras, com organização e apresentação dos dados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos apresentou parecer positivo em maio/2022 sob o número 5.381.725. Os resultados apontaram que as políticas públicas em saúde mental caminham para uma produção de cuidado a partir do modo psicossocial, mas enfrentam retrocessos nos últimos anos com as Portarias emitidas pela última gestão do Governo Federal (2019-2022). Essas decisões refletem nos serviços substitutivos por meio da falta de recursos, o que provoca sucateamento dos serviços, esgotamento dos profissionais e impede o fortalecimento e efetivação da Rede de Atenção Psicossocial. Em contrapartida, apesar das faltas estruturais, a concepção dos usuários acerca dos serviços é positiva e tem se mostrado eficaz no acolhimento desses sujeitos.

**Descritores:** saúde mental; saúde pública; serviços de saúde mental; políticas públicas.

## ABSTRACT

Since the Psychiatric Reform, substitute services for psychiatric hospitals have emerged to care for and accommodate people in psychological distress. These services were created based on co-responsibility for care through devices designed as a new paradigm for working in mental health, understood as a psychosocial mode. Thus, the present research aimed to analyze the conceptions of users and higher education health professionals about mental health care in specialized services (CAPS) in Campo Grande-MS and the relationship between praxis and the psychosocial mode. This is a qualitative research, based on data collection through semi-structured interviews based on an initial script with 8 (eight) guiding questions, with organization and presentation of data according to the Collective Subject Discourse (DSC). The Ethics and Research Committee on Human Beings presented a positive opinion in May/2022 under number 5.381.725. The results showed that public policies in mental health are moving towards the production of care from a psychosocial perspective, but have faced setbacks in recent years with the Ordinances issued by the last administration of the Federal Government (2019-2022). These decisions reflect on substitute services through a lack of resources, which causes scrapping of services, exhaustion of professionals and prevents the strengthening and effectiveness of the Psychosocial Care Network. On the other hand, despite the structural flaws, the users' conception of the services is positive and has proven to be effective in welcoming these subjects.

**Descriptors:** mental health; public health; mental health services; public policy.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB:** Atenção Básica
- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- APS:** Atenção Primária à Saúde
- AS:** Assistente Social
- BVS:** Biblioteca Virtual de Saúde
- CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS AD:** Centro de Atenção Psicossocial especializado em transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- CAPS IJ:** Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
- CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS:** Conferência Nacional de Saúde
- CNSM:** Conferência Nacional de Saúde Mental
- DSC:** Discurso do Sujeito Coletivo
- ECT:** Eletroconvulsoterapia
- ENF.:** Enfermeiro/a
- ESF:** Estratégia de Saúde da Família
- FARM.:** Farmacêutico/a
- FONO:** Fonoaudiólogo/a
- MÉD.:** Médico/a
- NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- PNSM:** Política Nacional de Saúde Mental
- PSICOL.:** Psicólogo/a
- PSIQ.:** Psiquiatra
- PTS:** Projeto Terapêutico Singular
- RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial
- RAS:** Rede de Atenção à Saúde
- SESAU:** Secretaria de Saúde de Campo Grande/MS
- SRT:** Serviço Residencial Terapêutico
- T.O:** Terapeuta Ocupacional
- US.:** Usuário

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
<b>2.1 Saúde Mental e seus aspectos históricos</b> .....	19
2.1.1 A concepção de loucura .....	19
2.1.2 A construção das Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil .....	23
2.1.3 A saúde mental em Mato Grosso do Sul .....	31
<b>2.2 A saúde mental no Sistema Único de Saúde</b> .....	38
2.2.1 A concepção de Saúde Coletiva .....	38
2.2.2 A saúde mental na Atenção Primária .....	39
2.2.3 A RAPS – Rede de Atenção Psicossocial .....	41
2.2.4 A Política de Saúde Mental no cenário atual .....	44
<b>2.3 A rede de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico</b> .....	48
2.3.1 A dimensão subjetiva .....	49
2.3.2 A dimensão profissional – o cuidado como ética e Política de Saúde .....	53
2.3.3 A dimensão familiar .....	57
<b>2.4 SOBRE O INEDITISMO DA PESQUISA</b> .....	59
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	60
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	60
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	60
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	61
<b>4.1 Primeira etapa metodológica: revisão integrativa</b> .....	61
<b>4.2 Segunda etapa metodológica: pesquisa de campo</b> .....	63
4.2.1 Tipo de estudo .....	63
4.2.2 Procedimentos da Pesquisa: .....	63
4.2.3 Local .....	63
4.2.4 Participantes .....	64
4.2.4.1 Critérios de Inclusão .....	65
4.2.4.2 Critérios de Exclusão .....	65
4.2.5 Período da coleta de dados e outros procedimentos .....	65
4.2.6 Organização e análise dos dados .....	65
4.2.7 Aspectos éticos .....	68
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	69
<b>5.1 Resultados da Revisão Integrativa</b> .....	69

<b>5.2 Análise dos dados dos profissionais de saúde de nível superior.....</b>	<b>90</b>
<b>5.3 Análise dos dados dos usuários .....</b>	<b>207</b>
<b>5.4 Análise global dos dados encontrados .....</b>	<b>248</b>
<b>5.5 Reflexões Complementares e tensionamentos do campo.....</b>	<b>253</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>268</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>273</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).....	290
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS) .....	292
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS .....	294
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS .....	295
ANEXO A – TRANSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ÍNTEGRA .....	296
ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DOS USUÁRIOS NA ÍNTEGRA .....	338

## APRESENTAÇÃO

As questões acerca da saúde mental me alcançaram desde a mais tenra infância, nos primeiros diagnósticos que minha mãe recebeu. Cresci familiarizada com nomes de ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e a reconhecer no seu olhar translúcido a iminência de uma crise. Vi o diagnóstico mudar por diversas vezes no decorrer dos anos, mas para além da classificação nosográfica que ela recebia, presenciei o seu quadro invalidar sua subjetividade e anulá-la de diferentes maneiras.

Os seus sintomas lhe tiraram a vaidade e a alegria. Trouxeram inquietação e uma cisão com a realidade que lhe atravessa até hoje. Os remédios a entorpecem e deixam marcas visíveis, seja nas alterações psicomotoras, na sonolência ou na paralisia da língua. Mas o mais difícil foi assistir sua doença pelo olhar das outras pessoas. Vê-la reduzida a um diagnóstico que descredibiliza seu discurso, suas intenções e sentimentos. Perceber o olhar desconfiado das pessoas e seu isolamento crescente ao longo dos anos. Acolher sua solidão e suas tentativas de se manter sã e dar sentido ao seu caos interno. Ao longo dessa jornada familiar, vivenciei com ela internações psiquiátricas, tentativas medicamentosas, espirituais e quase a perdi para a doença em 2010.

Não por acaso essas vivências me aproximaram da psicologia e as questões sobre saúde mental me atravessaram de outra perspectiva e me despertaram o desejo de atuar no serviço público. As vivências com a minha mãe e a jornada no ambulatório de psicologia na Atenção Básica me fizeram entender a importância do acolhimento e da emancipação desses indivíduos. O preconceito e o medo pulsam, não disfarçam e se inscrevem nas narrativas do adoecimento psíquico. Há também as dificuldades de manejo na produção do cuidado, seja de ordem técnica, emocional ou paradigmática.

A presente pesquisa vem justamente desse desejo de fortalecer e efetivar as políticas públicas em saúde mental. Longe de querer romantizar os transtornos psiquiátricos, mas é imprescindível compreender o modo de cuidado ofertado pela via do afeto, acolhimento e cidadania. Em um mundo que tenta a todo custo nos homogeneizar, cabe à psicologia e às profissões da saúde o compromisso ético de ser resistência e transformação, de lutar para não reproduzir uma práxis excludente. De batalhar para que o convívio com a alteridade seja possível e não cause estranhamento. Não sei se será possível viver para construir um mundo mais gentil

para minha mãe, mas que em um futuro próximo estejamos em outro patamar de discussão e reflexão acerca dessas políticas e da promoção em saúde mental.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental sempre representou um campo de profundas inquietações e investigações, e em certa medida ainda é uma incógnita para grande parcela da população. O estranhamento e o preconceito que permeiam o imaginário coletivo e a própria área da saúde traz a necessidade de se debater a postura ética de abordagem e acolhimento à loucura no cenário atual. Mais do que isso, sabe-se que historicamente os transtornos mentais foram alvo de relações de violência, tortura e discriminação social e que as instituições de acolhimento acabaram por legitimar formas de opressão e exclusão, anulando subjetividades e tirando do indivíduo sua autonomia e dignidade.

A construção das políticas públicas de saúde mental no Brasil está intrinsicamente enraizada no sistema econômico, político e social vigente, delimitando também o seu caráter histórico. A construção dessas políticas, a forma de compreender a loucura e os serviços de saúde foram e são permeados de conflitos ideológicos e demoraram décadas para se consolidarem nas leis e decretos na tentativa de assegurar direitos e condições básicas para essa população (Cabral; Darosci, 2019).

Cabe ressaltar que a loucura teve diferentes leituras variando a cada momento histórico. No mundo ocidental, a loucura passou a ser enxergada como doença no final do século XVIII, especialmente na França, e mais tarde reafirmada com o trabalho de Phillippe Pinel. Seu tratamento nos manicômios consistia principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inapropriadas. De acordo com Pinel, o papel do médico e do manicômio era exercer a disciplina sob os seus tutelados (Foucault, 2019).

A loucura vai se constituindo então em formas excludentes, principalmente em decorrência do crescimento das cidades, a partir do poder das relações políticas e com o desenvolvimento da industrialização. Nesse contexto, surgiram na Europa as primeiras instituições para internação, destinadas a receber aqueles que não se encaixavam socialmente. Esses estabelecimentos eram verdadeiras prisões que trancafiavam portadores de doenças venéreas, mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, os próprios loucos, enfim, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, evidenciavam fonte de desordem e desorganização moral (Millani; Valente, 2008).

A exclusão, nesse contexto, se dava com o objetivo de homogeneizar a sociedade e esses estabelecimentos funcionavam como locais de repressão, sem nenhuma prática terapêutica. Desta forma, os indivíduos eram submetidos a um processo de normatização, desprovidos de subjetividade, com sua dimensão humana reduzida, dominados e adestrados (Barroso, 2016).

Em razão disso, o trabalho pretendeu desvelar e questionar: como se deu o processo histórico que coloca em evidência os transtornos mentais como uma ação política do Estado? Sob que circunstâncias se deu a construção das políticas públicas em saúde mental? Como essas políticas se estabeleceram e como se encontram no cenário atual? E qual a percepção dos atores sociais envolvidos sobre estes serviços?

As políticas públicas são constituídas a partir dos interesses vigentes, como responsabilidade do Estado, envolvendo diversos órgãos e agentes sociais na implementação de programas e projetos. Elas contemplam também as políticas sociais que estão voltadas para ações com foco na redistribuição dos benefícios sociais visando à redução das desigualdades estruturais oriundas do desenvolvimento socioeconômico (Senne; Mourad, 2017).

Essas políticas tiveram início nos movimentos populares do século XIX, resultado dos conflitos nascidos entre capital e trabalho, no berço das primeiras revoluções industriais. No Brasil, elas refletem as condições vivenciadas pela nação em níveis econômico, político e social, representam elementos de manutenção ora em benefício dos trabalhadores, ora das elites dominantes, mas também são o meio de acesso para garantia de direitos (Senne; Mourad, 2017). De acordo com Montañó (2007, p. 39): são “[...] instrumentos de legitimação e consolidação hegemônica que, contraditoriamente, são permeadas por conquistas da classe trabalhadora”. Deste modo, a política social brasileira é demarcada a partir de um viés fragmentado, setorial e emergencial na busca pela legitimação dos governos que se apoiam nestas estruturas sociais.

Não obstante, a atual política de saúde mental brasileira é fruto dos intensos movimentos sociais provenientes da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada no final da década de 1970. Esses movimentos tinham o intuito de denunciar as condições precárias dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos psíquicos (Barroso, 2016).

A partir dessa luta surgiu um projeto coletivo de transformação do modelo de atenção e de gestão do cuidado. O novo paradigma de atendimento aos indivíduos com transtornos mentais buscava a legitimação de sua cidadania e não mais a contenção de sintomas. Isso refletiu na organização de serviços abertos, com o envolvimento ativo dos usuários e na articulação da rede com outras políticas públicas, a citar educação, moradia, trabalho, cultura, etc. (Silva; Costa, 2016).

O movimento de reestruturação da saúde mental também esteve atrelado às mudanças da saúde provocadas pela Reforma Sanitária. Na década de 1980, a promoção de saúde passou a ter destaque no campo da saúde pública, sendo caracterizada a partir dos princípios de intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade. Estes princípios norteiam as ações de promoção à saúde nos programas, atividades e serviços e demandam cooperação entre os distintos agentes envolvidos no processo (Silva; Costa, 2016).

Deste modo, a Luta Antimanicomial se originou com um intenso movimento social dos trabalhadores de saúde mental que defendiam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram vistos como a única possibilidade de tratamento para as pessoas com transtornos mentais. A partir desses movimentos sociais, os serviços de saúde mental vão surgindo em vários municípios do país e vão se consolidando como instrumentos eficazes na diminuição de internações e na transformação do modelo assistencial e asilar (Brasil, 2004).

O movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe para a saúde mental a possibilidade de trilhar novos caminhos, mas, mais do que isso, escancarou o estigma associado ao sujeito com transtornos mentais. De acordo com Goffmann (1988) o conceito de estigma refere-se a um atributo depreciativo calcado nas representações sociais que a sociedade tem de determinados fenômenos.

Thornicroft (2007) defende que o estigma se fundamenta em três fatores: ignorância, preconceito e discriminação, e afirma que tanto o estigma quanto o autoestigma afetam os sujeitos com transtornos mentais nas variadas esferas de vida e contribuem para considerável diminuição de suas participações sociais. Além disso, o preconceito enfrentado e o próprio autoestigma faz com que a procura por tratamento e assistência seja reduzida. Vale ressaltar que a discriminação e o estigma



também se estendem aos profissionais da saúde, aos familiares, amigos e a rede que deveria servir de suporte ao vir a ser desses sujeitos.

Não obstante, embora a Reforma Psiquiátrica tenha representado um marco histórico e social na área da saúde mental, Silva *et al.* (2015) defendem que isso não significou necessariamente uma mudança paradigmática. Para tanto, segundo os autores, seria necessária uma transformação em quatro dimensões: no campo epistemológico, na dimensão técnico-assistencial, na dimensão jurídico-política e, por fim, na dimensão sociocultural. Ainda que essas quatro dimensões sejam os princípios norteadores do modelo psicossocial, para Pereira e Costa Rosa (2012, p. 1042) a reforma psiquiátrica ainda se mostra “insuficiente para afirmar uma revolução paradigmática”.

Se há falhas na práxis proposta pela Reforma Psiquiátrica, é importante se questionar a serviço de que e de quem está a prática atual em saúde mental. Problematizar este assunto é um meio de evidenciar o sucateamento dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política de saúde mental, haja vista que mesmo após tantos anos desde que a Reforma Psiquiátrica foi instaurada, ainda há muitos serviços que não são oferecidos ou são oferecidos de forma precarizada, o que prejudica os usuários e se constitui como um impedimento ao avanço do novo modelo em saúde mental pautado pela Reforma Psiquiátrica.

Além disso, a construção política não se dá de forma linear e positivista, mas é marcada por avanços e recuos que se estabelecem a partir dos movimentos sociais de cada contexto histórico. Assim, entende-se que este processo não se esgota e que o resgate da construção acerca da temática poderá contribuir para a compreensão de como os serviços se constituíram e estão estabelecidos, possibilitando a criação de espaços para reflexões, diálogos e mudanças nas formas de atuação, visando, principalmente, ao combate do estigma associado à saúde mental e, conseqüentemente, à transformação de como estas políticas estão dadas.

A partir da Reforma Psiquiátrica, o modo psicossocial surge como novo modelo de cuidado. Essa proposta vai na contramão do modelo asilar em seus princípios basilares na medida em que defende a desospitalização, a desmedicalização, a horizontalização das relações, a implicação subjetiva, sociocultural e a singularização das ações (Costa-Rosa, 2000). Além disso, o conceito de práxis será entendido a

partir da pedagogia, ou seja, do processo pelo qual uma teoria é vivenciada e executada no cotidiano.

Para melhor compreensão da temática, o trabalho fez um resgate da construção das políticas públicas em saúde mental no Brasil desde o início do século XX até o cenário atual, analisando como se deu o movimento da Reforma Psiquiátrica e como se constituíram os serviços substitutivos. Também abordou a construção da saúde mental no Mato Grosso do Sul, considerando as especificidades do território e a ausência de produção científica da região. Posteriormente, foi abordado como a área da saúde mental está inserida no Sistema Único de Saúde e suas diversas implicações.

A parte metodológica foi dividida em dois momentos: o primeiro para realizar a revisão integrativa sobre o tema e fazer o levantamento do que tem sido publicado nos últimos dez anos (2012 – 2022); e o segundo para análise dos dados coletados nos serviços substitutivos por meio do discurso tanto dos profissionais de nível superior quanto dos usuários. Com isso, pretendeu-se demarcar como se deu o processo histórico que assinala a saúde mental como política do Estado, sob que circunstâncias aconteceu a construção destas políticas públicas e como elas estão dadas no contexto atual a partir dos discursos dos principais atores sociais envolvidos na área.

Justamente por saber que a Luta Antimanicomial no Brasil não se deu de forma sucessiva e linear e que por décadas o tratamento destinado a essas pessoas foi o assujeitamento, o isolamento e a tortura que se torna salutar refletir sob qual lógica se assentam as redes de cuidado atualmente. É necessário investigar a atuação dos profissionais de saúde, refletindo acerca da ética e das relações de poder sutilmente estabelecidas nesses espaços. Mais do que isso, é fundamental a autocrítica constante para que não se reproduzam práticas excludentes e que estigmatizem os sujeitos com transtornos mentais, para que haja de fato a possibilidade do vir a ser desses sujeitos. Retomar essas questões se torna imprescindível para a construção efetiva e contínua das políticas públicas em saúde mental a partir de uma práxis que enxergue o indivíduo em sofrimento psíquico em suas potencialidades, reconhecendo sua autonomia e respeitando sua alteridade.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Saúde Mental e seus aspectos históricos

#### 2.1.1 A concepção de loucura

*“Eu sou um pássaro. Me trancam na gaiola.  
Mas um dia eu consigo resistir. E vou voar pelo  
caminho mais bonito...”*

(Dado Villa-Lobos/ Renato Russo - Legião Urbana)

Pode-se considerar que a concepção de saúde/doença é uma construção social elaborada a partir de seu momento histórico e, portanto, sua aceitação ou negação irá variar conforme a norma social vigente. De forma similar, o imaginário coletivo acerca da saúde mental também apresentou diferentes posições conforme cada período da história.

A medicina ancestral atribuía à questão um caráter místico, defendendo uma perturbação espiritual dos antepassados, possessão demoníaca ou sobrenatural ou a crença de que essas pessoas tinham atentado contra Deus. A saída era o exorcismo ou sessões de tortura para extirpar o espírito possessor do sujeito. Havia a crença da purificação do corpo.

Hipócrates (460 a 377 A.C) foi o primeiro a atribuir um caráter orgânico para as doenças da alma, sendo mais tarde seguido por Galeno, que também colocava o cérebro como cerne das questões cognitivas e psíquicas. Este pensamento preconizou o surgimento da psiquiatria forense a partir da cultura romana e o estabelecimento da relação entre a insanidade e a ausência de responsabilidade civil. Tais pressupostos também embasaram a linha humanista (Miranda, 2008).

Na Idade Média, época marcada pelo retrocesso e obscurantismo religioso, os transtornos mentais voltaram a ter um cunho religioso e eram tratados como possessão demoníaca por meio de violência e emulação. Mais do que isso, essas pessoas eram consideradas bruxas ou praticantes de atividades diabólicas, e muitas vezes os sujeitos com transtornos mais graves eram abandonados no mar à deriva para que recuperassem a racionalidade (Miranda, 2008).

De acordo com Musto (1994), o cristianismo, ao atribuir um caráter religioso aos doentes mentais, acabou por agravar o tratamento desumano utilizando da

violência, abandono e tortura como meio de exorcismo e purificação da alma. O autor também reitera que ainda que os diferentes momentos históricos tenham atribuído uma causalidade diferente para explicar as questões mentais, a perda de autonomia, de direitos e a restrição de liberdade se mostrou condição primordial que permanece até hoje, seja no encarceramento, na institucionalização ou na tutela familiar.

Ressalta-se que enquanto no mundo ocidental as questões mentais eram regidas sob a égide da exclusão, isolamento e tortura, na cultura oriental expressavam uma verdade divina. De acordo com Miranda (2008), os doentes mentais recebiam valoração social e eram assistidos em hospícios até a sua alta.

No período renascentista a loucura passou a ser compreendida como desrazão, como alienação cognitiva e as pessoas com transtornos mentais eram presas ou exiladas, abandonadas em navios à própria sorte. Com a supervalorização da racionalidade, a loucura vai se constituindo de maneira cada vez mais excludente. Predominava a internação de todos que fugissem à razão ou não se encaixassem socialmente. A loucura era a representação da falta de controle e, por consequência, do perigo. Sua condição humana era reduzida e igualada a de um animal. Foucault (2000) relata que:

As loucas acometidas por um acesso de raiva são acorrentadas como cães à porta de suas celas e separadas de suas guardiãs e dos visitantes por um corredor defendido por uma grade de ferro; através dessa grade é que lhe entregam comida; por meio de ancinhos, retira-se parte das imundícies que as cercam. (Foucault, 2000, p. 150).

Para o autor, a sociedade se organizava a partir de identificações, principalmente baseadas no valor social. Para além da questão econômica, havia o elemento do prestígio exercido por determinada classe social. O que o autor elucida neste ponto é justamente o valor utilitário dos indivíduos e a legitimação da exclusão para os que ficam à margem desses papéis sociais. Foucault (2000) alerta que:

No fundo, o internamento não visa tanto suprimir a loucura, ou escorraçar da ordem social; sua essência não é a conjuração de um perigo. Ele apenas manifesta aquilo que a loucura é em sua essência: uma revelação do não-ser. E manifestando essa manifestação, por isso mesmo ele a suprime, pois a restitui à sua verdade de nada. O internamento é a prática que melhor corresponde a uma loucura sentida como desatino; nele a loucura é reconhecida como sendo nada. (Foucault, 2000, p. 249).

Ou seja, neste período a loucura é, simplesmente, desconsiderada, tida como um nada, insignificante perante a sociedade. Esse desinteresse ainda perdurará por

muito tempo e só ocorrerão mudanças com o advento do pensamento positivista. No entanto, as consequências serão ainda mais nefastas, uma vez que predominarão formas de tratamento baseadas na violência e silenciamento.

Com a Revolução Francesa a loucura passou então de um problema social a um problema médico, passível de cura. O tratamento de Pinel nos manicômios consistia em disciplina e reeducação dos alienados e todos os comportamentos inadequados eram punidos rigorosamente. A exclusão nesse período era deflagrada nas tentativas de normatização e homogeneização social, em que a repressão era enaltecida e inexistia qualquer prática terapêutica, ou seja, os sujeitos eram destituídos não só de sua autonomia e liberdade, como também de sua subjetividade (Millani; Valente, 2008).

De acordo com Torre e Amarante (2001), na medida em que a medicina se apropria da loucura, acaba por criar o conceito de alienação, equiparando-a a um erro. Deste modo, a loucura passa a ser concebida como alheia à razão, uma desordem que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social. Além disso, os autores acrescentam que:

Alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Através do conceito de alienação o modo de relacionamento da sociedade para com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que, num primeiro momento, Philippe Pinel define como o alienismo. Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade é, por extensão, perigoso, para si e para os demais. (Torre; Amarante, 2001, p. 74-75).

Silveira e Braga (2005) reiteram que os loucos, por serem considerados incapazes do convívio social, perigosos, são desconsiderados em seu saber sobre si mesmos, desvalidados. Sobre isso, Amarante (1995) afirma que por ser da ordem de uma desrazão, o alienado não poderia desfrutar de sua liberdade de escolha ou de opinião, haja vista que a liberdade pressupõe uma cidadania e essa parcela da população era desconsiderada enquanto tal.

Para Vasconcelos *et. al* (2006), os asilos e os hospitais psiquiátricos convencionais se caracterizavam como espaços insalubres, de segregação, isolamento, ausência de relações sociais, anulação do eu, violência e em certa medida representavam uma sentença de morte gradual e lenta. No livro *Holocausto Brasileiro*, Daniela Arbex (2013) denuncia que no regime militar ocorriam pagamentos a essas instituições a cada nova internação, produzindo o que ficou conhecido como a mercantilização da loucura. A autora relata que nestes espaços predominavam

ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações a fim de assujeitar o sujeito a um controle social e moral rígido.

Não obstante, Goffman (2013) evidencia que ao serem enclausurados nestas instituições os indivíduos se despiam de sua aparência usual e eram obrigados a abandonar qualquer referência pessoal ou familiar, caracterizando uma perda identitária e uma desfiguração pessoal. Qualquer traço de subjetividade era destituído e o indivíduo se tornava propriedade da instituição. Neste contexto, na medida em que a loucura passa a ser classificada como doença, Foucault (1978/2003) revela que, embora a psiquiatria tenha se estabelecido com o objetivo de cuidar, curar, o que aconteceu na prática foi a construção de uma ciência caracterizada pela objetificação e dominação do sujeito.

De acordo com Pichot (1984), a construção da ciência psiquiátrica não ocorreu de forma linear e progressiva, contudo, após a Segunda Guerra Mundial o desenvolvimento da psicofarmacologia trouxe avanços significativos para o tratamento das doenças mentais e o abandono de técnicas terapêuticas invasivas, a citar, a convulsoterapia. No entanto, o autor argumenta que, ao se refugiar excessivamente na farmacoterapia, a psiquiatria acabou por se tornar uma ciência fragilizada, reduzindo os fenômenos psíquicos a uma visão biologizante. Assim, a anulação sintomática do sujeito via terapia medicamentosa não deixa de servir a uma lógica de dominação e homogeneização cultural, impedindo o vir a ser do sujeito em sua alteridade.

Foucault (1978/2003) também afirma que o poder representa um jogo de forças presente em todas as relações humanas, sendo inerente a elas. Historicamente, então, pode-se perceber que a loucura dentro do seio social sempre foi subjugada, submetida e silenciada. Mais do que isso, o louco ao ser considerado incapaz e, portanto, improdutivo, acaba por ser tornar um fardo, um problema social para a sociedade capitalista.

Esse mesmo encarceramento institucional e a própria mercantilização da loucura caracterizaram o modelo assistencial do Brasil por muitos anos. Foi só no final da década de 1970 que as pressões populares e os movimentos sociais que denunciavam o cenário nefasto da saúde mental no país culminaram na Reforma Psiquiátrica e no movimento que ficou conhecido como Luta Antimanicomial (Amarante, 2005).

Destaca-se que a Reforma Psiquiátrica se deu concomitantemente com a Reforma Sanitária, o que lhe deu força política. Posteriormente é que esse movimento se constituiu de forma independente e propôs uma mudança paradigmática na forma de atendimento e na organização dos serviços ofertados. Mais do que isso, preconizou um modelo de serviço em que a premissa fundamental era a cidadania do sujeito assistido (Barros, 1996).

A Reforma Psiquiátrica surge então como uma possibilidade de dar ao problema da loucura outra resposta social. Busca-se a produção da vida e o respeito às subjetividades, à alteridade. Com isso, deve-se evitar o reducionismo clínico da investigação psicológica ou de uma visão fenomenológica simplista. Trata-se de uma vertente que traz a reconstrução de sentido bem como a identificação de situações de sofrimento e de opressão e a criação de formas de reingresso no corpo social (Tenorio, 2001). De acordo com Amarante (2003, p. 58), a proposta da Reforma Psiquiátrica seria “não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade”.

Para Lobosque (1997) o Movimento Antimanicomial visa à desconstrução dos muros simbólicos de segregação da loucura e opera no sentido contrário ao da exclusão. Portanto, o princípio terapêutico deve ser aquele que convide o indivíduo a sustentar sua diferença, sem necessariamente excluir-se do seu meio social.

Vale destacar que não foi intenção deste trabalho revisitar a história contínua e detalhada da compreensão da loucura, dada a complexidade do tópico e os desafios inerentes à organização cronológica dos eventos. No entanto, é fundamental apresentar períodos e fatos cruciais que promoveram transformações na percepção da loucura e, conseqüentemente, provocaram mudanças nas abordagens direcionadas a essa população. Mais do que isso, é fundamental compreender as tensões e discrepâncias que culminaram contemporaneamente no âmbito da atenção psicossocial e da estrutura de cuidado em rede.

### 2.1.2 A construção das Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil

Considera-se que até a segunda metade do século XIX não existia no Brasil atendimento específico para os indivíduos com transtornos mentais. Essas pessoas

eram enclausuradas em prisões ou mantidas em quartos específicos nos hospitais gerais (Oda; Dalgalarondo, 2005). Até então o acolhimento dessa parcela da população tinha cunho assistencialista, depois passou a ser assistida pela medicina geral e só no final do século XIX pela psiquiatria. Além disso, no início do século XX foram surgindo denúncias de que nesses hospitais inexisteriam atendimento e fiscalização, ou seja, serviam apenas como depósito de loucos.

Por essa razão, o então presidente Rodrigues Alves criou no Brasil em 1903 sua primeira lei organizativa para assistência em saúde mental (Costa, 2007). De acordo com Barroso (2016, p. 25): “o decreto n.º 1.132, que, por um lado, visava proteger a sociedade dos riscos atribuídos aos “indivíduos com moléstia mental”, por outro, estabelecia um controle social da prática de internação”.

Deste modo, em 1912, com a consolidação da psiquiatria enquanto disciplina, a quantidade de hospitais psiquiátricos no país aumentou consideravelmente. Nas décadas seguintes também não houve mudanças significativas no modelo de acolhimento, pelo contrário, durante o regime militar, com o aumento das privatizações, as indústrias farmacêuticas foram favorecidas ocasionando a medicalização em massa da população. Com isso, a oferta de leitos nos hospitais aumentou e o modelo de institucionalização da loucura foi reafirmado mais uma vez (Cabral; Darosci, 2019).

Partindo das informações supracitadas, pode-se considerar que a construção das políticas públicas em saúde mental no Brasil se desvelou em três fases. A primeira fase pode ser delimitada até o fim dos anos 70 e ancorada nos princípios manicomialistas. Neste período imperava a mercantilização da loucura financiada pelos cofres públicos para a iniciativa privada com o objetivo de manter as instituições manicomialistas funcionando (Silva, 2013).

No livro *Holocausto Brasileiro*, Arbex (2013) denuncia a morte de mais de 60 mil pacientes do Hospital Colônia, em Barbacena-MG, entre os anos de 1930 e 1980. Além disso, relata que aproximadamente 1.853 corpos foram vendidos para 17 faculdades de medicina até o início dos anos 1980, cujo comércio incluía a negociação de peças anatômicas e esqueletos. Ressalta-se ainda que nesta instituição mais de 70% dos internados não sofriam de doença mental, mas eram internados sob esta justificativa e muitos acabaram padecendo de fome, frio, diarreia, pneumonia, maus-tratos, abandono e tortura.



Segundo Pitta (2011), no período do regime militar essa estrutura permaneceu e a população manicomial duplicou entre os anos de 1965 e 1970, passando de 14 para 30 mil. No começo da década de 1980, os leitos psiquiátricos na iniciativa privada representavam quase 100 mil, demarcando a saúde mental como um campo lucrativo e com internações crescentes. Para além disso, a ditadura militar legitimou uma assistência à saúde elitizada, curativa e restrita apenas aos contribuintes da Previdência Social.

Vale dizer que as políticas em saúde mental no Brasil se constituíram sob a égide do assistencialismo e da filantropia e, mais do que isso, da preocupação com a força de trabalho, não havendo espaço para o olhar sobre os direitos e cuidados com os indivíduos. Por décadas, a política social hegemônica era do tipo residual, deixando a saúde da população à mercê do auxílio de instituições vinculadas a entidades religiosas (Silva, 2013).

Do início do século XX até meados dos anos 1980 o modelo de assistência em saúde mental foi caracterizado pela construção e manutenção de grandes asilos e hospitais psiquiátricos, legitimando a marginalização social dos indivíduos com transtornos mentais. O tratamento era via isolamento e despersonalização. Os indivíduos eram despidos de suas identidades para se transformar em uma massa homogênea que deveria ser disciplinada e excluída do convívio em sociedade (Almeida, 2019).

Algumas críticas começaram a surgir no período pós-segunda guerra mundial, mas acabaram perdendo força anos mais tarde com a instalação da ditadura no Brasil, que fortaleceu este modelo, afetando a saúde pública e a medicina previdenciária existente. Ressalta-se que este modelo predominou até meados dos anos 1980 quando houve uma cisão a partir do movimento iniciado pela Reforma Psiquiátrica (Dias, 2012).

Ressalta-se que a segunda fase se iniciou com os intensos movimentos sociais e dos profissionais de saúde que denunciavam as péssimas condições dos manicômios, as torturas e as mortes dos pacientes internados. Ou seja, escancaravam para a sociedade como o Estado 'cuidava' e 'protegia' dos seus tutelados. Desta forma, no final da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica, com influência da reforma democrática italiana, foi ganhando força no

Brasil e este modelo hospitalocêntrico, com foco na perspectiva biologizante começou a ser questionado (Silva, 2013).

A Luta Antimanicomial, conhecida também como Reforma Psiquiátrica, acompanhou a Reforma Sanitária do país que constituiu o Sistema de Saúde como está estruturado atualmente. O novo modelo de saúde do Brasil acabou contribuindo também para a construção de um novo modelo em saúde mental, adotando uma medicina de perspectiva comunitária e preventiva. Com a criação do SUS e suas diretrizes, a saúde passou a ser contemplada de forma mais ampla, envolvendo os fatores condicionantes e com enfoque na prevenção, promoção e recuperação da saúde (Silva, 2013).

Desta forma, o movimento da Luta Antimanicomial, passou a se constituir com as denúncias da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a estabelecer coletivamente uma crítica à psiquiatria e a este modelo de assistência que predominava até então (Vargas; Campos, 2019). Mais do que isso, o Movimento defendeu mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, que seriam apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e que serviu de base para a proposta do Sistema Único de Saúde - SUS.

A partir daí, com a influência de Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano, os movimentos sociais passaram a defender uma mudança paradigmática no atendimento, visando o acolhimento extramuros e pedindo o fim dos hospitais psiquiátricos. Sobre isso, Basaglia (1982/2005, p. 47) defendia que: “O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção”. Fundamentada nessa ideia, a proposta era uma sociedade sem manicômios, em que o sujeito com transtornos psíquicos fosse enxergado em sua alteridade e como um sujeito de direitos. Deste modo, a Reforma Psiquiátrica almejou melhorias na qualidade do atendimento e, acima de tudo, instituir mecanismos e espaços para tratamento baseados na inclusão e inserção comunitária, abandonando o isolamento social como forma de tratamento (Amarante, 2003).

A partir desses movimentos e discussões, seguiram-se diversos acontecimentos marcantes. Dentre eles, pode-se citar a inauguração do primeiro CAPS do Brasil, em 1986, em São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor

Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (Brasil, 2004). Posteriormente, em 1987, aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. E, neste mesmo ano, se iniciou a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) começou uma intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local que imperava negligência, violência e morte de pessoas em sofrimento psíquico. A repercussão desta intervenção escancarou mais uma vez a necessidade em se construir serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (Moura, 2011).

Ainda neste mesmo ano, surgiu, com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), a proposta de regulamentação dos direitos desta parcela da população e a extinção progressiva dos manicômios no país. Com isso, outros estados brasileiros também conseguiram instituir as primeiras leis que definiram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Logo, as políticas públicas em saúde mental começaram a se tornar mais sólidas a partir destas conquistas (Brasil, 2005).

Ressalta-se que, além desses progressos, aconteceu no começo da década de 1990 a II Conferência Nacional de Saúde Mental e se instituíram as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, estabelecidas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia. Sobre isso, Moura (2011) afirma que os NAPS/CAPS foram instituídos oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde (LOAS).

A terceira fase da construção das políticas públicas em saúde mental pode ser considerada a partir da sanção da Lei Federal 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, promulgada doze anos após sua tramitação, colocando a saúde mental definitivamente na esfera das políticas públicas de saúde no Brasil (Brasil, 2004).

Destaca-se que a lei apresentada por Paulo Delgado só foi sancionada em 2001, com algumas modificações em seu texto original. Deste modo, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e reformula o modelo assistencial em saúde mental, apesar de

representar um grande marco para a área, ainda não estabelecia de forma clara os princípios norteadores para a extinção dos manicômios (Cabral; Darosci, 2019).

Em síntese, os anos 2000 marcam a Política Nacional de Saúde Mental, que constitui estratégias e diretrizes para estabelecer um novo modelo de assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Ou seja, a proposta do SUS é criar uma rede de serviços aos usuários que seja plural e contemple distintos graus de complexidade e que promovam atendimento integral para diversas demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves (Cabral; Darosci, 2019). Deste modo, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se constitui por inúmeros serviços de atenção territorial. Dentre estes serviços, pode-se citar: o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Brasil, 2004).

Os NAPS/CAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial/Centros de Assistência Psicossocial) surgiram a partir da Portaria GM 224/92 e se referiam a “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. O CAPS, assim como o NAPS, o CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental) e outras práticas substitutivas que foram surgindo nesse processo são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS (Brasil, 2004).

Essa portaria validou e aumentou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm o objetivo de fornecer um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, proporcionando assistência clínica e de reabilitação psicossocial, com a finalidade de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e defendendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2004).

Assim, os CAPS se constituem como um marco para a Reforma Psiquiátrica Brasileira na medida em que demonstram a possibilidade de organização de uma rede

substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Isso porque ofertam à população acompanhamento clínico, reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Ou seja, é responsabilidade do CAPS prestar assistência diária como alternativa às internações por meio destas ações intersetoriais e, mais do que isso, representam a referência de cuidado e articulação das políticas em saúde mental (Brasil, 2005).

Vale dizer que os CAPS se apresentam em diferentes modalidades, se diferenciando pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Dentre essas modalidades encontra-se o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSij e CAPSad. Além dos serviços oferecidos pelos CAPS, pode-se citar também o matriciamento como uma nova proposta de intervenção interdisciplinar em que as equipes elaboram uma intervenção compartilhada, integrando a rede de saúde mental com a atenção básica, privilegiando a rede integral e territorializada (Manguia; Muramoto, 2007).

A partir dos anos 2000 inúmeras legislações federais, estaduais, portarias, resoluções e recomendações legitimaram a dinâmica de atendimento e funcionamento da rede psicossocial, delimitando outras importantes atuações constituídas pela Reforma Psiquiátrica. Mais do que isso, apesar do movimento extramuros representado por serviços tipo CAPS, ainda se encontra profissionais que permanecem reproduzindo práticas obsoletas e excludentes. Isso porque a lógica do serviço substitutivo não deve se apoiar em normas rígidas institucionais, mas se reinventar e convocar os profissionais a estarem prontos a contemplar a diversidade e construir novos caminhos para além da intolerância e do preconceito (Silva, 2013).

Além da necessidade de se repensar as formas de atuação, nota-se que desde o ano de 2011 tem ocorrido uma estagnação da expansão dos serviços comunitários, indicando uma fragilidade institucional e financiamento inadequado. Mais do que isso, aponta-se que há na rede burocratização, excesso de tutela e ausência de suporte para os familiares (Onocko-Campos, 2019).

Após 2015 as informações são escassas devido à interrupção das publicações regulares realizadas pelo governo. No entanto, há a necessidade de salientar alguns retrocessos desde então, como a reabertura do Hospital Dia que havia sido superado pela instauração do CAPS e que reafirma as intervenções biomédicas em detrimento

das práticas psicossociais. Essa mesma portaria também instituiu o financiamento para criação do CAPSad IV em comunidades terapêuticas, legitimando o isolamento e a internação sob novas roupagens. Além disso, houve reajustes no valor das autorizações das internações hospitalares em instituições psiquiátricas, seguindo na direção contrária das recomendações internacionais. Mais do que isso, os mecanismos de avaliação do governo já apontavam em 2017 a saúde mental como um campo subfinanciado, o que acaba por limitar a expansão destes serviços (Onocko-Campos, 2019).

Desse modo, na medida em que o Brasil levou quase trinta anos para consolidar um modelo de saúde mental mais humanizado, as recentes implicações de como estas políticas públicas estão sendo delineadas nos últimos anos demonstram um grande retrocesso. Além das informações supracitadas, as críticas também residem no financiamento de aparelhos de eletrochoque, aumento de leitos psiquiátricos, comunidades terapêuticas e internações de crianças e adolescentes. Vale ressaltar que a reforma psiquiátrica não é avessa às internações, mas considera um recurso a ser utilizado em casos específicos (Onocko-Campos, 2019).

O retrocesso neste aspecto reside justamente na possibilidade de se colocar a institucionalização como cerne do projeto terapêutico em saúde mental, anulando todos os esforços dos movimentos sociais da área nas últimas décadas na busca por um cuidado extramuros. Neste sentido, é imperativo que os recursos das políticas públicas sejam mais bem investidos, ampliando e financiando a RAPS ao invés de mais leitos psiquiátricos.

Nos últimos três anos, mais da metade dos recursos públicos da saúde mental foram direcionados para a rede privada, que é constituída basicamente de hospitais, manicômios e comunidades terapêuticas. Ou seja, os dispositivos da RAPS, que representam um avanço no modelo psicossocial, acabam sendo subfinanciados ou sucateados por falta de recursos, enquanto os recursos públicos alimentam um modelo de saúde privada e excludente (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Aparentemente, a ideia de que as pessoas podem ser retiradas do seu seio social e enclausuradas como projeto terapêutico está voltando, uma vez que boa parte das verbas estavam sendo dirigidas a esse fim na gestão de governo anterior (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Deste modo, é preciso se fazer resistência na defesa dos

direitos humanos desta parcela da população e lutar pela permanência de dispositivos que promovam saúde e transformem vidas<sup>1</sup>.

### 2.1.3 A saúde mental em Mato Grosso do Sul

Os primeiros registros da institucionalização da loucura na região acontecem no começo do século XX, quando em 1915 inauguram a Santa Casa de Misericórdia, em Cuiabá. Nesse período o Estado era um território único, sendo dividido em dois apenas em 1977. A inauguração da Santa Casa em Cuiabá foi bastante simbólica numa tentativa de aproximar a ciência médica do progresso, diminuir a sensação de atraso em relação às regiões sul e sudeste e superar a assistência à saúde baseada nos princípios cristãos (Pinho, 2019).

Vale pontuar que o mote do progresso, higiene e ciência constituíam elementos essenciais do plano político em curso no país: o plano sanitário de erradicação de doenças. Além disso, desde o começo do século XIX, quando as primeiras expedições começaram a ser organizadas pelo interior do país, a concepção que imperava da região era a de um território atrasado, longínquo, não civilizado e por vezes caracterizado pela barbárie. Havia uma fronteira simbólica entre as regiões do país separando a barbárie da civilização, um espaço geográfico que devia ser ocupado e colonizado. Deste modo, o olhar sobre o Estado era essa imagem de sertão, povoado, sobretudo, por diversas etnias, pobre, mas abundante em recursos naturais. Uma imagem idílica e paradoxal. Considera-se que até 1915 a assistência dada aos alienados da cidade era semelhante aos locais que não tinham transformado o louco em objeto da ciência, ou seja, ficavam soltos pelas ruas se fossem pacíficos, presos em casa se tivessem família ou trancafiados em prisões se tumultuassem a ordem pública (Pinho, 2019).

A 'marcha para o oeste' instituída por Getúlio Vargas tinha o intuito de colonizar a região estimulando migrantes do sul a se estabelecer na região sul do estado, onde existia uma atividade primária bem desenvolvida. A região norte não era considerada atrativa por ser distante e inacessível e só depois de 1960 que sua colonização passou a ser estimulada (Soares, 2016).

---

<sup>1</sup> Ressalta-se que parte do texto da Revisão de Literatura foi transformado em um artigo de revisão narrativa e publicado na Revista Contemporânea (ISSN 2447-0961).

O plano de modernização do país também transformou a relação da loucura com a sociedade, tornando o louco um objeto médico, passível de cura, especialmente, no RJ e SP. A institucionalização da loucura nas regiões mais periféricas desse eixo de desenvolvimento do país acabou acontecendo com algumas décadas de diferença com a preocupação do governo em trazer ordem aos espaços urbanos a partir do saber médico (Soares, 2016).

Nesse contexto nacional alguns relatos apontam que a assistência psiquiátrica na região começou a utilizar uma chácara distante da cidade para abrigo e reclusão desses indivíduos. A 'chácara dos loucos', como era conhecida, havia sido um local para manter os prisioneiros da Guerra do Paraguai e passou a abrigar os alienados em condições precárias. Posteriormente, em 1957, nesse mesmo local foi construído o hospital psiquiátrico Aduino Botelho. A partir da década de 1960 a região começa a se transformar economicamente com o intenso fluxo migratório e com sua inserção no mercado nacional (Pinho, 2019).

Vale dizer que o até então estado de Mato Grosso acompanhou os modelos de cuidado de sua época, certamente com um certo atraso, mas com realidades não muito diferentes daquelas encontradas em outras regiões. Até meados de 1970, o hospital Psiquiátrico Aduino Botelho era o único da região, abrigando 500 pacientes internados e com capacidade para 250 leitos. Ou seja, tal qual em outras regiões, predominavam condições precárias e desumanas de cuidado. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica acontecendo, foi publicado o Plano Nacional de Saúde Mental que recomendava às Secretarias Estaduais de Saúde a criação de programas em saúde mental em nível primário, secundário e terciário (Pinho, 2019).

Ressalta-se que o processo de mercantilização da loucura não ocorreu no Estado de Mato Grosso em razão das diferenças de modernização regionais. Ainda que tenha ocorrido uma transformação econômica, a região ainda era considerada periférica em relação às demais. Nesse sentido, as orientações oriundas do Ministério da Saúde serviram para solucionar a superlotação do Hospital Aduino Botelho, reduzindo o número de pacientes em 50%. Enquanto nas demais regiões o movimento serviu para também combater o financiamento de leitos psiquiátricos em hospitais privados, em Mato Grosso sequer havia hospital psiquiátrico privado. A assistência asilar ocorria no único hospital público (Pinho, 2019).



Como mencionado anteriormente, a divisão do estado ocorreu em 1977, permanecendo o norte com o nome de Mato Grosso e a capital em Cuiabá, e o Sul passou a ser denominado Mato Grosso do Sul, com capital em Campo Grande. Mato Grosso do Sul é um dos estados mais recentes da federação e sua administração efetiva teve início em 1º de janeiro de 1979 (Pinho, 2019).

O estado se estende por uma área territorial de 357.142,082 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 22,23% do território total da região Centro-Oeste do Brasil e representa 4,19% da extensão total do país. Geograficamente, faz fronteira ao norte com Mato Grosso e Goiás, ao sul com o Paraguai e o Paraná, a leste com Minas Gerais e São Paulo, e a oeste com o Paraguai e a Bolívia. Atualmente, Mato Grosso do Sul é composto por 78 municípios. Segundo as Estimativas das Populações Residentes de 2022, divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Mato Grosso do Sul alcança 2.756.700 habitantes. Dessa população, cerca de 31,99% reside na capital do estado (IBGE, 2022).

Campo Grande foi considerada cidade em 1918 e sua primeira instituição psiquiátrica foi inaugurada em 1966, inicialmente com o nome de Sanatório Mato Grosso. Posteriormente à divisão do Estado, passou a ser denominado de Hospital Nosso Lar. O hospital psiquiátrico Nosso Lar, localizado na Vila Planalto, é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, mantido pelo Centro Espírita Discípulos de Jesus. É a maior instituição do Estado destinada aos pacientes em crise aguda, contemplando 160 leitos conveniados pelo SUS e 50 leitos para os convênios privados. O hospital mantém parcerias com os demais municípios e opera sempre com a lotação máxima. Como inexistente na cidade uma central de regulação de vagas psiquiátricas, os atendimentos são agendados pelo serviço social do próprio hospital. Destaca-se também que havia na Santa Casa da referida cidade uma ala para internação psiquiátrica. A Santa Casa de Campo Grande foi estabelecida em 1917, quando a mesma ainda nem era considerada cidade. A ala psiquiátrica teve sua trajetória fortemente estabelecida na década de 1980 e seus serviços foram extintos em 2017 (Barros, 2007).

Pode-se considerar que o Estado de Mato Grosso do Sul é caracterizado por grandes extensões territoriais, sendo que 50% dos municípios abrangem uma população de menos de 15 mil habitantes, ou seja, há grandes vazios assistenciais. Além disso, a rede apresenta insuficiência de profissionais e uma prevalência de

assistência pautada no modelo manicomial e ambulatorial. Vale ressaltar também que o território apresenta vicissitudes, contemplando regiões fronteiriças secas, rota para o tráfico de drogas e transformações nos setores agroindustriais. Destaca-se também a diversidade cultural e a presença de inúmeras etnias indígenas, predominantemente, em 29 municípios, o que implica em especificidades no acolhimento e atendimento a essa população (SES, 2023).

Assim como no restante do país, o movimento da Reforma Psiquiátrica suscitou a necessidade de se criar um novo modelo de cuidado visando a substituição dos antigos hospitais psiquiátricos como meio principal na abordagem dos transtornos mentais. Os CAPS foram instituídos juntamente com os NAPS por meio da Portaria/SNAS nº 224 de 1992 e atualizada pela portaria nº 336 de 2002. Desta forma esses serviços são considerados substitutivos e não complementares às instituições psiquiátricas e visam a produção de autonomia, responsabilização e protagonismo do sujeito frente ao seu tratamento (Barros, 2007).

Ressalta-se que somente após três anos da promulgação da Lei nº 3.088/2011, que institui a RAPS, a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul aprovou o pioneiro Plano de Ação Regional para a implementação da RAPS no estado. Através da Portaria SES/MS n.º 044 de junho de 2014, divulgada no Diário Oficial n.º 8.697, foi apresentado o referido Plano de Ação Regional, que delineava os elementos constituintes da Rede e suas áreas de foco. Esses elementos abrangiam a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Estratégica, o Atendimento de Urgência e Emergência, o Cuidado Residencial Temporário, os Serviços Hospitalares, bem como as Estratégias para Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Até 2014 o município contava apenas com um ESF, um NASF, um CAPS I, dois CAPS II, um CAPS AD e um CAPS III (Marcelo, 2023). Desde então, os Pontos de Atenção em Saúde Mental se multiplicaram e representam aproximadamente 180 pontos de cuidado na rede conforme será explicitado na tabela a seguir. Esses dados denotam uma construção do cuidado em saúde mental em rede recente, cujo processo de expansão foi prejudicado pelo sucateamento da área durante a Gestão Federal anterior.

Segundo a SESA (2023), a Rede de Saúde Mental em Campo Grande está estruturada conforme as informações apresentadas abaixo:

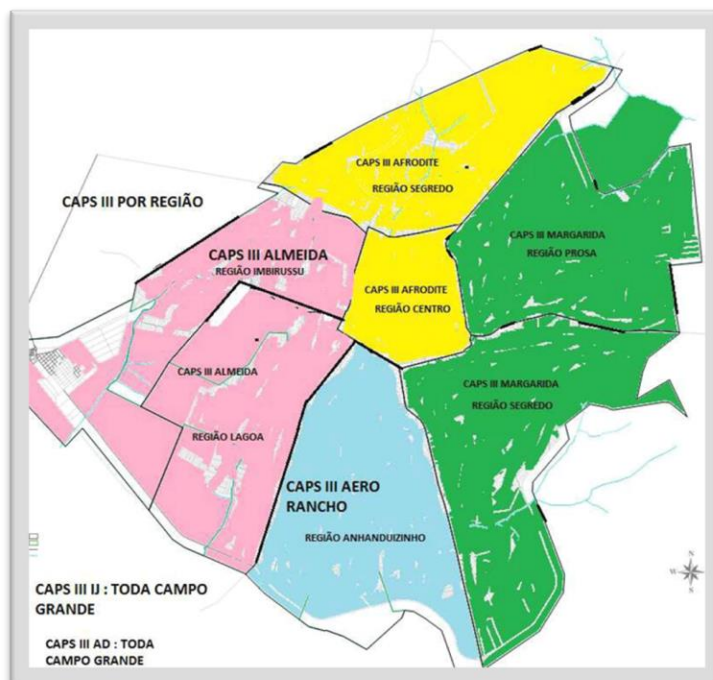
**Quadro 1 – Rede de Saúde Mental em Campo Grande-MS**

<b>UNIDADES 24H</b>	<b>UNIDADES PREVISTAS NO PMS</b>
CAPS IV Álcool e Drogas “Fatima M.Medeiros” – atende todo município <b>24h - 20 Leitos</b>	CAPS AD NOVO –JD. GUANANDY <b>24h- 10 Leitos</b>
CAPS III Afrodite Doris Contis – Atende as regiões do Centro e Segredo <b>24h - 10 leitos</b>	UAA AD NOVO <b>24h - 15 leitos</b>
CAPS III Margarida “Marley Maciel Elias Massulo”– Atende as regiões Prosa e Bandeiras <b>24h - 10 leitos</b>	
CAPS III Aero Rancho -Atende toda a região do Anhanduizinho <b>24h - 10 leitos</b>	
CAPS III Vila Almeida “Dr Márcio A. Procópio da Silva”- atende o Distrito Oeste regiões Imbirussu e Lagoa <b>24h - 8 leitos</b>	
CAPS InfantoJuvenil “Dr Samuel Chaia Jacob” idade até 18 anos – atende todo município <b>24h - 8 leitos</b>	
UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTIL“ARRANJO PARA ASSOVIOS”- atende todo município de 10 a 18 anos 24h <b>24h - 8 leitos</b>	
UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO 24 “PRO DIA NASCER FELIZ”- <b>24h - 15 leitos</b>	
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA 24h “MOINHOS DE VENTO”- <b>24h - 10 leitos</b>	
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA 24h“MIGUEL DE CERVANTES”- <b>24h - 10 leitos</b>	
RESIDENCIA TERAPEUTICA 24h“DOM QUIXOTE”- <b>24h - 10 leitos</b>	

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA 24h "DULCINEIA DE TOBOSO"- <b>24h - 10 leitos</b>				
UNIDADE DE SAÚDE MENTAL SANTA CASA-USM ABCG <b>24h - 20 leitos (FECHADA ATUALMENTE)</b>				
HOSPITAL NOSSO LAR-HNL 24H <b>24h - 20 leitos (CONTRATO)</b>				
PSIQUIATRIA DO HRMS-24H <b>24h - 12 leitos (CONTRATO)</b>				
<b>Total de unidades: 15</b>	<b>Total de leitos: 185</b>	<b>Total de unidades: 2</b>	<b>Total de leitos: 25</b>	
<b>TOTAL DE LEITOS PREVISTOS ATÉ O FIM DE 2023: 210</b>				

Fonte: dados disponibilizados pela coordenação de saúde mental de Campo Grande (2023).

Os CAPS ficam distribuídos conforme apresentado no mapa abaixo:



Fonte: relatório RAPS – SESAU (2018).

Nesses serviços, a dinâmica operacional da equipe é iniciada com a realização da triagem dos usuários que buscam atendimento. Uma vez que o usuário é integrado,

ele passa a ser vinculado a uma miniequipe e é designado um técnico de referência (um profissional com formação universitária), cujo papel é desenvolver e coordenar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) de acordo com as necessidades e desejos do usuário (Brasil, 2007).

Conforme orientado pela cartilha do Programa Nacional de Humanização, o PTS constitui um conjunto articulado de abordagens terapêuticas para um indivíduo ou grupo, resultado de deliberações conjuntas de uma equipe interdisciplinar e implementado em colaboração com o usuário e seus familiares. De maneira resumida, as etapas desse projeto incluem o diagnóstico, a definição compartilhada de objetivos, a distribuição de responsabilidades e a reavaliação (Brasil, 2007).

Deste modo, a implementação do PTS implica na inserção do usuário em diversas modalidades e projetos terapêuticos disponíveis no serviço (como grupos de psicoterapia, ateliês, cuidados de saúde, atividades de beleza, culinária, grupos de referência, entre outros). Isso envolve também conexões com outros serviços da rede de saúde ou de diferentes setores, além de outras estratégias de cuidado, conforme necessidade, como o acompanhamento terapêutico, por exemplo (Brasil, 2007).

Além disso, a RAPS do município apresenta um Ambulatório de Saúde Mental/CEM com duas equipes multiprofissional tipo III, atendimento ambulatorial agendado através do SISREG (psiquiatria e psicologia); uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental (psicologia, serviço social e enfermagem); uma Residência Médica em Psiquiatria; uma Equipe Reguladora de Fluxo da Psiquiatria; uma Equipe de transporte em Saúde Mental; um Projeto Atenda; uma EAP – Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. De acordo com os dados apresentados pela SESAU, a rede apresenta uma média de 1,3 mil consultas ambulatoriais de saúde mental e 2 mil atendimentos nos CAPS por mês, contemplando 101 leitos para atendimentos de pacientes com problemas psiquiátricos e/ou usuários de álcool e drogas. Destaca-se que em 13 de janeiro de 2023 foi sancionada a Lei Municipal de Saúde Mental que busca estabelecer diretrizes e fortalecer a RAPS (SESAU, 2023).

## **2.2 A saúde mental no Sistema Único de Saúde**

### 2.2.1 A concepção de Saúde Coletiva

A saúde coletiva pode ser concebida como uma série de medidas executadas pelo Estado com o intuito de promover o bem-estar físico, mental e social de sua população. Além disso, é por meio da saúde coletiva que é possível traçar estratégias de prevenção a doenças através dos indicadores de doenças e sua aplicação, principalmente, na área epidemiológica (Neves, 2011).

No Brasil a saúde pública vai surgir como um dever do Estado e um direito social a partir da Constituição Federal de 1988. Com isso, se estabelece uma garantia de que os direitos fundamentais contemplarão a população de forma homogênea. Mais do que isso, a Constituição Federal insere a saúde pública como pauta política, submetendo o Poder Público a realizar investimentos na área. Deste modo, caberá à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, de forma descentralizada, a responsabilidade por gerir e executar os serviços de saúde de seu território (Neves, 2011).

Deste modo, pode-se dizer que o SUS é constituído por todas as medidas executadas pelo Estado de forma direta ou indireta para garantir a saúde de sua população. Dentre os seus princípios fundamentais, destacam-se: a universalidade, que é a garantia de acesso aos serviços de saúde de todos os cidadãos brasileiros; a integralidade, que é a proposta de atendimento a toda a população com foco em ações preventivas e não apenas curativas. Ou seja, o objetivo passa a ser a prevenção e promoção de saúde, à melhoria dos condicionantes de vida dos usuários, transformando o modelo de cuidado, a concepção de saúde/doença e, conseqüentemente, no seu processo de intervenção (CARVALHO, 2014; SILVEIRA, 2011).

Outro princípio fundamental refere-se à equidade, que é uma tentativa de reduzir as desigualdades de saúde entre seus usuários por meio do desenvolvimento de políticas que promovam mudanças benéficas em seu estado de saúde. Há também a participação da comunidade, que é uma forma de garantir aos usuários a participação nos processos decisórios da gestão por meio tanto dos Conselhos de Saúde quanto das Conferências de Saúde. E, por fim, a descentralização, que amplia

a autonomia dos governos municipais orientando as ações em saúde conforme as necessidades locais (Carvalho, 2014; Silveira, 2011).

Levando em consideração estas informações é importante compreender a saúde mental como parte integrante da saúde pública. Ou seja, falar de saúde mental é também falar de políticas públicas e suas implicações nas ações e serviços de saúde.

Como já mencionado anteriormente desde o começo da década de 1990 com o movimento da Reforma Sanitária o Brasil criou um novo modelo de saúde e, conseqüentemente, reestruturou a política assistencial do país. Pode-se dizer que a Atenção Básica se estabeleceu como a principal estratégia deste sistema de saúde, se colocando como cerne organizador e integrativo de uma rede ampla de serviços que compõem o sistema de saúde. A Atenção Básica ou Atenção Primária é que garante a coordenação e continuidade do cuidado e assistência à população. Dentre os principais mecanismos oferecidos na Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família se constitui como modelo norteador para fortalecer as ações de cuidado de determinada região (Neves, 2011).

Neste período a saúde mental também atravessou transformações a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica propondo uma substituição do modelo asilar vigente por um modelo de cuidado baseado em serviços comunitários e preventivos, conforme as diretrizes propostas no cenário internacional (Silva, 2013).

Com isso, a partir das reformulações da legislação nos anos 2000 o Ministério da Saúde acabou por inserir na Atenção Básica estratégias referentes à saúde mental. Deste modo, no final dos anos 2000, mais especificamente em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi constituído com o propósito de potencializar as estratégias da Atenção Primária estabelecendo ações conjuntas com a saúde mental e incluindo na equipe ao menos um profissional desta área (Brasil, 2003; Brasil, 2008).

### 2.2.2 A saúde mental na Atenção Primária

Considera-se que a Atenção Primária é a porta de entrada do Sistema de Saúde e indica o primeiro nível de contato dos sujeitos, da família e da comunidade. Deste modo, no nível primário as ações devem ser abordadas de forma ampla e integrada a fim de apresentar resolutividade nas questões de saúde mais comuns. Neste sentido, deve envolver a díade da equipe multiprofissional e a comunidade em

que a unidade estiver inserida. Vale destacar que todos os serviços do SUS devem basear as suas ações, serviços e estratégias nos princípios norteadores de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (Silveira, 2011).

Ressalta-se que embora os NASF estejam inseridos na Atenção Básica eles não atuam como porta de entrada, mas como apoio às equipes na tentativa de aumentar a abrangência, capacidade de resolução, territorialização, regionalização e potencializar ações da Atenção Básica (Neves, 2011).

Os NASF podem ser divididos em NASF 1 e NASF 2 de acordo com o número de profissionais de nível superior que contenham as equipes e irão atuar de forma conjunta com os profissionais de Saúde da Família. Este trabalho inclui a identificação dos problemas de saúde de dada comunidade que estejam sob a responsabilidade da unidade de referência e, conseqüentemente, no estabelecimento de propostas de intervenção. Destaca-se que esta atuação deve implicar também na formação de vínculo com estes sujeitos que irão participar de forma ativa na transformação dos condicionantes de saúde daquele meio. Além da formação de vínculo com a comunidade, é necessário promover ações intersetoriais uma vez que na maioria das vezes estas ações extrapolam a área da saúde e implicam outras demandas, tais como assistência social, justiça e educação (Souza *et al.*, 2012).

Este trabalho integrado se constituirá em alguns serviços estratégicos, a citar o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). O apoio matricial se refere a um trabalho conjunto entre a equipe de referência, a de Saúde da Família, que atuará de forma direta com o caso e à equipe do NASF, que servirá de apoio matricial, dando suporte ao atendimento. Já a Clínica Ampliada será a estratégia utilizada a partir da realização de um diagnóstico. Desta forma, é estabelecida uma terapêutica construída a partir dos saberes técnicos compartilhados pelos membros da equipe. O resultado deste trabalho baseará o Projeto de Saúde no Território (PST) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS), visando ações de prevenção e promoção de saúde e a transformação dos condicionantes de saúde da comunidade (Neves, 2011).

Ressalta-se que os transtornos mentais representam um importante problema de saúde pública que atinge boa parcela da população mundial. Deste modo, é salutar a necessidade do desenvolvimento de ações e estratégias em saúde mental nos



sistemas de saúde e o reconhecimento da importância de sua inclusão na Atenção Primária. A própria OMS recomendou que a abordagem dos transtornos mentais no nível primário amplia o acesso aos serviços, potencializando as chances de diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento adequados. Mais do que isso, reiterou que a assistência em saúde deve ser realizada de forma integral, apontando a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção (Souza *et al.*, 2012).

Neste sentido, a articulação entre a Atenção em saúde mental e a Atenção Básica inclui o suporte aos casos menos graves, manejo dos pacientes estáveis, referência a outros níveis de atenção, entre outras ações. Além disso, é fundamental a qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Primária, bem como a criação de serviços em saúde mental que sirvam de respaldo ao nível primário e ao acesso dos insumos psiquiátricos (Silveira, 2011).

### 2.2.3 A RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

A saúde mental, ao longo de um período considerável, foi caracterizada como um campo de exclusão. No entanto, discussões sobre a cronicidade dos pacientes, o predomínio do modelo biomédico, a violação dos direitos humanos e civis culminaram em iniciativas políticas, científicas e sociais que deram origem a uma nova abordagem do processo de saúde-doença, priorizando o cuidado integral ao indivíduo. Uma dessas estratégias foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa reestruturar os serviços de saúde mental de forma integrada, diversificando e ampliando as ações e recursos de saúde, com o objetivo de garantir um acesso universal e uma assistência integral de qualidade para aqueles em sofrimento psíquico (Zeferino *et al.*, 2016).

Essa rede busca que o cuidado não seja determinado apenas por diagnósticos, nem por práticas que restrinjam a liberdade de ir e vir, ou que submetam o indivíduo a um regime de controle e vigilância sobre suas ações. O cuidado é concebido como um espaço de vivência, incentivo, enfrentamento, oportunidades e relacionamentos que visam à mudança cultural e a uma política mais focada na dimensão social do que na sanitária. Nessa abordagem, reconhece-se o outro como um cidadão legítimo detentor de direitos e valoriza-se os diversos sujeitos envolvidos na construção de sua própria saúde (Zeferino *et al.*, 2016).

O cuidado em saúde passa a ser organizado em três tipos de tecnologias: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves incluem relações interpessoais, como o estabelecimento de vínculos, autonomia e acolhimento; as leve-duras envolvem conhecimentos bem estruturados, como a prática clínica, a epidemiologia e a abordagem psicanalítica; e as duras são constituídas por dispositivos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais (Merhy, 2005).

No contexto da saúde mental, as tecnologias leves desempenham um papel crucial. Acolhimento, criação de vínculos, corresponsabilização e promoção da autonomia são elementos dessas tecnologias, representando formas de estabelecer uma nova abordagem na prestação de cuidados em saúde. Passa-se a entender as intervenções de saúde como atos de receber e ouvir a população, fornecendo respostas adequadas a cada demanda durante todo o percurso, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até encaminhamentos externos, acompanhamento, reagendamentos e alta (Merhy, 2005).

O cuidado em saúde mental exige, portanto, uma atitude ativa daqueles que fornecem o cuidado, permitindo o reconhecimento do outro em sua liberdade, dignidade e singularidade. É um comprometimento e envolvimento que se manifestam no fortalecimento das conexões entre o indivíduo que busca ajuda, o serviço e o ambiente (Merhy, 2005).

Deste modo, a Lei nº 10.216, promulgada em 2001, conhecida nacionalmente como 'Lei da Reforma Psiquiátrica', buscou estabelecer novas diretrizes para as políticas públicas de saúde mental, na tentativa de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A finalidade destas diretrizes é garantir a livre circulação dos indivíduos com transtornos mentais nos espaços públicos e sociais e fortalecer o vínculo com sua rede de apoio. Ou seja, o seu funcionamento deve compreender uma rede ampla e multidisciplinar (Nóbrega *et al.*, 2016).

A RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, foi criada em 2011 passando a integrar o SUS e contemplando diversos serviços de média e alta complexidade, instituindo pontos de assistência para o acolhimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo unidades para o atendimento de pessoas com dependência química, seja álcool ou drogas. A Rede contempla diversos serviços e dispositivos, que são em sua maioria norteados por princípios de cuidado extramuros. Dentre estes serviços, pode-se citar: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais

Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais e nos Caps III). Ressalta-se que o programa De volta para Casa também está inserido nesta política e oferece um auxílio financeiro para os pacientes advindos de longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos (NÓBREGA *et al.*, 2016; MIRANDA *et al.*, 2014).

Deste modo, a RAPS pode ser encontrada na Atenção Básica, na Atenção Psicossocial Estratégica, na Atenção de Urgência e Emergência, na Atenção Residencial de Caráter Transitório, na Atenção Hospitalar, nas Estratégias de desinstitucionalização e nas Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011).

Dentre estes serviços da Rede, considera-se que o CAPS seja o mais conhecido e demandado. Estes serviços funcionam como uma unidade pública de saúde para acolhimento a pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Os CAPS contemplam atendimento clínico em regime de atenção diária à população, com equipe multiprofissional, em suas diferentes modalidades. O que irá diferenciar o CAPS I, II, III é a quantidade de habitantes presentes na região. O CAPS I fornece atendimento a municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes e o CAPS II contempla os municípios acima de 50 mil habitantes (Brasil, 2005).

Já o CAPS III contempla os serviços de maior porte da rede, atendendo municípios com população acima de 200 mil habitantes e funcionando 24 horas, inclusive feriados e fins de semana. Sua equipe também é ampliada em relação ao CAPS I e ao CAPS II (Brasil, 2005).

O CAPSij é uma unidade especializada em atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e funciona em municípios com população acima de 200 mil habitantes. Geralmente, funciona durante a semana até às 18 horas, podendo apresentar horário estendido até às 21 horas (Brasil, 2005).

O CAPSad fornece atendimento a pessoas adictas, em cidades com mais de 200 mil habitantes ou em localidades em que este tipo de serviço se mostre necessário, a exemplo das regiões fronteiriças (Brasil, 2005).

Os indivíduos assistidos nos CAPS são acolhidos e participam da criação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), de acordo com necessidades e demandas oriundas de situações que acarretam sofrimento psíquico ou de crises e recaídas provocadas pela dependência química.

Deste modo, as estratégias individuais e coletivas elaboradas no PTS buscam a reinserção social de seus usuários, por meio do tratamento no território e do acesso a trabalho, lazer, moradia, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços sociais e familiares. Ou seja, é uma abordagem de cuidado que prioriza a singularidade, a história e a cultura em que o sujeito está inserido, diferentemente do processo de despersonalização que ocorria no modelo asilar. Vale ressaltar também que os recursos utilizados para financiamento do CAPS vêm do Ministério da Saúde (Vasconcelos, 2010; Quinderé *et al.*, 2014).

#### 2.2.4 A Política de Saúde Mental no cenário atual

Destaca-se que o período entre os anos 2000 a 2016 foram caracterizados majoritariamente pela expansão de serviços e ações de natureza extramuros, rendendo ao Brasil o reconhecimento da comunidade internacional. Mais do que isso, consolidou e fortaleceu a construção da RAPS. Ainda que tenham ocorrido algumas controvérsias na gestão e implantação destes serviços, é notório que o posicionamento ético-político frente às questões acerca da saúde mental implicou em avanços imprescindíveis. O mais importante deles foi à inclusão das pessoas com transtornos mentais em seu seio social e o acesso à assistência em todos os níveis de atenção no sistema de saúde. O cerne deixou de ser a doença e o médico deixou de representar a figura central no tratamento e passou a priorizar o respeito às subjetividades, a autonomia e o protagonismo do sujeito no projeto terapêutico bem como a inclusão de outros saberes presentes no processo (Alves *et al.* 2020).

O início do desmonte da saúde mental se iniciou no governo de Michel Temer, que entre as suas primeiras decisões optou pelo congelamento dos investimentos na seguridade social pelos próximos vinte anos. A partir daí inúmeras normativas têm sido publicadas reorganizando a Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas indicando um caminho contrário ao proposto pela Reforma Psiquiátrica na medida em que amplia às internações psiquiátricas, propõe o financiamento de comunidades terapêuticas além de uma abordagem conservadora e proibicionista ao tratamento de álcool e outras drogas. Mais do que isso, há uma estagnação na expansão dos serviços de base comunitária. Ou seja, para além do golpe no processo democrático que depõe a Dilma Rousseff, 2016 demarca também a ruptura da estruturação das políticas sociais (Delgado, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Os mesmos autores apontam que o marco deste desmonte foi a resolução 32 do ano de 2017 que institui novos parâmetros para o funcionamento da RAPS. Entre 2016 e 2019 aproximadamente quinze documentos foram editados constituindo a 'Nova Política Nacional de Saúde Mental', inserindo os hospitais psiquiátricos como dispositivo da RAPS, financiando a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), admitindo a possibilidade de internação de crianças e adolescentes e acrescentando a abstinência como política de assistência às drogas.

As implicações destas mudanças trazem consequências nefastas para a área uma vez que voltam a colocar as internações como cerne do projeto terapêutico. A inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS exclui o modelo substitutivo e passa a fazer parte de forma concomitante aos CAPS, ou seja, as duas modalidades de atendimento passam a coexistir. Além disso, o Fundo Nacional de Saúde aprova o financiamento dos aparelhos de ECT como forma de tratamento aos casos mais graves e não responsivos a outras terapêuticas, mas não estabelece um protocolo clínico de orientação. Destaca-se também que mesmo sem respaldo técnico-científico a abstinência é incluída na abordagem de assistência às drogas bem como a ampliação de financiamento de comunidades terapêuticas. Nesse período também é instituída a criação do CAPS AD IV (Delgado, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Sobre isso, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) afirmam que:

O CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar "assistência a urgências e emergências", em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem "enfermarias" (e não "acolhimento noturno", como nos CAPSs III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 7).

A preocupação tanto da criação deste dispositivo como da ampliação das comunidades terapêuticas reside no fato de que a intervenção é baseada em uma lógica manicomial. Mais do que isso, em uma abordagem compulsória e punitiva. Reitera-se que só em 2018 o governo firmou contrato com aproximadamente 216 comunidades terapêuticas e os gastos com vagas nestas instituições somaram aproximadamente R\$ 153,7 milhões, assinalando a internação e a reclusão como abordagem de tratamento (Brasil, 2019).

O desmonte na política de saúde mental começa a acontecer de forma mais funesta e escancarada entre os anos de 2019 e 2020. Em 2019 o governo publicou a nota técnica n. 11/2019 em que afirma que não há mais dispositivos substituindo outros e que não fomentará o fechamento de unidades em qualquer âmbito. O texto ainda questiona o modelo psicossocial de acolhimento e assinala a necessidade de ampliação de leitos psiquiátricos. Reitera-se que o texto não cita como se deu este processo de construção de decisões que demandaria o envolvimento de diversos segmentos da saúde e da sociedade (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Brasil, 2019).

Posteriormente, em um cenário pandêmico e durante o recesso do Congresso Nacional, sem abrir espaço de diálogo e participação coletiva, o Ministério da Saúde organizou uma equipe de trabalho para discutir os serviços e revogar as portarias referentes à política de saúde mental editadas de 1991 a 2014. Tal medida foi denominada de 'revogação' pelas entidades da saúde contrárias a esse movimento do governo. Essa proposta aponta para a submissão desta política pública aos interesses da iniciativa privada e assinala a presença conservadora e corporativista da Associação Brasileira de Psiquiatria junto ao Ministério da Saúde (Colucci, 2020). Diversos representantes da área da saúde, a citar o Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul e o Conselho Nacional de Enfermagem, apontam que os direitos desta parcela da população devem ser garantidos e preservados como política de Estado e não como um plano de governo. Citam ainda que esse movimento conservador da psiquiatria associados a interesses de mercado foram potencializados na gestão Bolsonaro e seguem na lógica do retorno asilar, desconsiderando todo o percurso conquistado na Luta Antimanicomial (Alves *et al.*, 2020; CRP/07, 2020).

Ressalta-se que a proposta de revogação incluía o fim do programa De volta para casa, o fim das equipes de consultório na rua, o fim do serviço residencial terapêutico, o fim do CAPS AD cuja demanda seria incluída nas outras unidades apenas para reabilitação, a extinção dos atendimentos psiquiátricos nos CAPS, a revogação do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e das diretrizes sobre saúde mental do indígena, entre outras. Aproximadamente cem portarias seriam revogadas. Além disso, é notório que desde 2016 há uma redução expressiva na implantação dos CAPS, demarcando um processo de desassistência e estagnação dos serviços abertos, em favor de um projeto político de saúde mental

higienista e excludente e que reinsere o modelo centrado no médico (Mota; Teixeira, 2020).

Reitera-se que após as entidades representativas da área iniciarem um movimento de resistência e pressão popular, a proposta de revogar as portarias foram temporariamente suspensas, mas continuaram sendo estudadas pelo Ministério da Saúde daquela gestão (CRP/07, 2020).

O que se percebe com essas mudanças é que, caso efetivadas, os grupos mais conservadores que defendem a segregação como forma de tratamento acabam ganhando cada vez mais espaço político e financiando um obscurantismo na saúde. Ou seja, acabam reafirmando os interesses econômicos daqueles que lucravam com a 'mercantilização da loucura'. Em linhas gerais trariam implicações nefastas, reduzindo o acesso e sucateando os serviços abertos e os tratamentos com base em evidências científicas e em princípios éticos e humanitários (CRP/07, 2020; Silva *et al.* 2020). Lasswell (1936) se faz atual quando afirma que “em se tratando de política pública, não é admissível que ganhem os mercadores da loucura e os mercadores dos templos, que vão auferir lucros na indústria farmacêutica, na indústria da segregação e na indústria dos costumes”, uma vez que conseguiram ascensão política partidária. Apesar do discurso da nova Ministra da Saúde, Nísia Trindade, ir na contramão do que estava sendo defendido até então, é imprescindível a fiscalização de como serão conduzidas as novas decisões sobre a Política de Saúde Mental na gestão atual. Até porque no primeiro mês de mandato o governo Lula decidiu criar o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à fome, contrariando seu compromisso com a Luta Antimanicomial e ignorando os documentos que denunciam a ineficácia desses serviços e a sistemática violação de direitos.

Portanto, dado o momento histórico e político recentes, em que as ações adotadas pelo Governo Federal apontavam para um anacronismo na construção das políticas públicas da área, é necessário investigar como os serviços estão sofrendo as consequências desse retrocesso e se isso tem alcançado as relações profissionais e a percepção dos usuários. Torna-se fundamental conhecer como esses serviços estão chegando aos usuários, se há mudanças em sua qualidade de vida e se os serviços estão, de fato, comprometidos com os interesses desses sujeitos no exercício

de sua cidadania. Dessa forma, a pesquisa se mostra relevante uma vez que poderá medir as implicações da política que vinha sendo adotada bem como subsidiar novas estratégias de atuação no modo psicossocial no qual estão constituídos os serviços abertos em saúde mental.

É imperativo que todos os segmentos e atores envolvidos se façam resistência e reafirmem a importância deste modelo de atenção. Mais do que isso, é importante que este processo se faça enquanto ciência e em espaços democráticos. A luta 'Por uma sociedade sem manicômios' deve continuar.

### **2.3 A rede de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico**

Pode-se dizer que em certa medida qualquer pessoa em algum momento da vida está passível de atravessar algum grau de sofrimento psíquico. Ou seja, trata-se de um fenômeno universal. A diferença reside na forma, na intensidade e no contexto que isso é vivenciado. A loucura pode ser compreendida como mais um caminho em que esse sofrimento se desdobra (Desviat, 2018).

É importante ressaltar que os indivíduos com transtornos graves necessitam de uma humanização de seus discursos em relação a essa cisão com a realidade. A rede de apoio destes sujeitos, seja em sua dimensão familiar ou profissional precisa partir de uma escuta de acolhimento, cuidado e, acima de tudo, respeito às narrativas produzidas. É preciso compreender que a construção de mundo, da realidade, das relações e do afeto destes indivíduos partem de um lugar diferente. E que isso também inclui a sua relação com o sofrimento (Desviat, 2018).

Deste modo, é imprescindível que a rede de cuidado esteja atenta as singularidades estabelecidas com os modos de se conviver com os sintomas, com a doença e aquilo que acalma o sujeito em sofrimento. Essas informações são, inclusive, fundamentais para alcançar outras pessoas que compartilham vivências semelhantes a partir da ampliação de estratégias que equilibrem sua relação com o mundo (Campos, 2014).

Além disso, a transformação nos modos de cuidado foi primordial justamente por resgatar o papel ativo e o protagonismo do sujeito em sofrimento em seu projeto terapêutico. A participação e o engajamento são elementos fundamentais na abordagem dos transtornos mentais, no processo de superação do adoecimento e na possibilidade de construção de um vir a ser.



Isto significa que o indivíduo tem a possibilidade de decidir acerca dos elementos que constituirão seu caminho até uma relação de apaziguamento com seus sintomas, de identificar quem irá compor sua rede de apoio e de buscar formas confortáveis de se inserir em seu território. Trata-se de assumir uma posição ética de cuidado com o outro que por vezes é árdua, mas necessária em detrimento de uma lógica que produz dependência, exclusão e anulação (Simoes *et al.*, 2013).

Assinala-se que por vezes o adoecimento mental gera incômodo em razão de suas narrativas escancararem a cisão com a realidade e o mundo da racionalidade e dos padrões normativos de conduta exigem justificativas que demandem sentido. Essas produções ilógicas acabam determinando estranhamentos e criando distâncias. Mais do que isso, silenciando esses sujeitos no processo individual e espontâneo de reconhecer e verbalizar o mundo que lhes faça sentido (Leal; Muñoz, 2014; Campos, 2014).

Deste modo, a tentativa de expressar e transmitir as singularidades envolvidas no processo de adoecimento também é um caminho de coletivizar outras formas de existência e tentar transformar esta concepção social acerca da loucura. Este processo de identificar e naturalizar outras posições subjetivas se torna um lembrete à sociedade de que a loucura também se encontra como uma possibilidade inerente a nossa existência e que é preciso construir vias de abordagem inclusivas e que sejam passíveis de inserção no contexto social (Leal; Muñoz, 2014; Campos, 2014).

Partindo destas informações este capítulo irá abordar as dimensões de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico deliberando sobre os desafios, implicações e alternativas.

### 2.3.1 A dimensão subjetiva

Antes de se pensar a construção social do louco em nossa sociedade, é necessário compreender que a constituição da pessoa, identitária, se faz em um processo social e que esse movimento é contraditório, múltiplo e mutável. Mais do que isso, é na inter-relação com outros indivíduos que a consciência da realidade e de si como sujeito se estabelece. A individualização ocorre na medida em que o sujeito se diferencia dos outros (Lago, 1996). Além disso, essa dinâmica de identificações permite ao grupo ou a sociedade transformar o outro em estranho ou em igual (Sawaia, 1996).

Destaca-se que da mesma forma que a construção de identidade e de identificações passa por uma base social, a concepção de saúde e doença também. O que significa que também estão subjugadas a uma norma, a um padrão de aceitação e/ou intolerância. Ressalta-se que o louco sempre esteve à margem da sociedade e por serem considerados incapazes de responderem à uma racionalidade tiveram seus direitos anulados em boa parte da história (Miranda, 2008). Isso porque o racionalismo cartesiano coloca a razão como o centro da verdade, reduzindo a loucura a um erro. Deste modo, a cultura exclui o louco e a ciência transforma seus sintomas em uma patologia. Para além disso, também define e convenciona o que é incluído e aceito e o que é segregado e desconsiderado.

Considera-se que o processo de adoecimento afeta os papéis sociais e por vezes incapacitam seus portadores de responderem as expectativas sociais ou de serem produtivos para o sistema. Contudo, reduzir o sujeito a uma classificação nosográfica, traduzindo-o pelo seu quadro de sintomas, é, também, limitá-lo a ser apenas a doença que carregam. De acordo com Miranda (2008):

Ao categorizar e distinguir traça-se uma linha que recai negativamente sobre aqueles que são diferentes, deixando uma marca, um estigma, que divide entre “nós” e “eles”. Há uma lógica binária de uns em detrimento de outros, construindo um ideal de uma identidade coletiva positivada e autoreferenciada, relegando a outra diferente de si para a obscuridade, desqualificando-a, negando-a e demonizando-a, configurando a perspectiva da desqualificação social da diferença. (Miranda, 2008, p. 268).

Segundo Goffman (1988) o estigma marca e exclui, produzindo sofrimento diante a rejeição e a discriminação, gerando culpa e vergonha e, principalmente, minando as oportunidades de convívio social e de participação coletiva. Ou seja, extirpa do sujeito seu valor social e de utilidade. Sobre o estigma da doença mental, Scharfetter (1997, p. 19) determina e confirma uma “invalidez social: expectativas de recaídas, exoneração, proteção, desvalorização, afastamento de relações pessoais ou profissionais”. Deste modo, os transtornos mentais por não terem apenas uma explicação biológica, provocam um processo de estigmatização e exclusão, isolando os que escapam aos padrões. Esta segregação também representa a perda de cidadania uma vez em que há a negação e a resistência a participação social.

Logo, torna-se fundamental desmitificar as visões acerca das pessoas em sofrimento mental, estabelecendo possibilidades que explorem a autonomia dos que estão em tratamento, promovendo trabalhos de desconstrução dos rótulos e estigmas. Vale dizer que a reforma psiquiátrica propôs justamente romper com o modelo

hospitalocêntrico, pautado no sintoma e na incapacidade do sujeito, para um modelo psicossocial que visasse o cuidado e a autonomia (Jorge; Bezerra, 2004).

Segundo Santos *et. al.* (2000) o conceito de autonomia se refere à capacidade do indivíduo em se autodeterminar, autorealizar, isto é, de se autogovernar. Sendo assim, este termo representa o momento em que o sujeito consegue fazer frente à vida e aos seus sintomas, sendo capaz de viver e produzir de acordo com suas normas próprias. Feltes e Hoch (2015) comentam que:

(...) a autonomia sugere a capacidade de saber se autodeterminar, de, ativamente, traçar formatos e projetos de vida, sendo que o projeto de "autogoverno" está colado em processos de subjetivação muito próximos das amarras de que justamente pretende se libertar: da solidão individualista. Nessa perspectiva, o tão promulgado fomento à autonomia pode se tornar muito mais uma bandeira de luta de movimentos políticos instituídos para esses fins do que propriamente um exercício de pensar sobre si mesmo, de (re)criar regras e modos de vida compatíveis com os sonhos singulares de cada um. (Feltes; Hoch, 2015, p. 8).

Deste modo, frente à construção social de um problema ainda sem uma solução definida, é urgente não só combater a exclusão e devolver o indivíduo ao seio familiar, mas restabelecer o processo de cidadania, confirmando direitos e permitindo ao sujeito assumir o seu dever, inserindo-o na comunidade com respeito e autonomia. Torre e Amarante (2001, p. 82) acrescentam que se trata da “produção de um novo tipo de subjetividade, que permita a manipulação do devir louco sem interditar a sua expressão, sem regula-lo, sem que ele deixe de ser sujeito”.

De acordo com Basaglia (1985) o retorno à comunidade representa o melhor caminho para a reabilitação, sendo espaço de expressão e desenvolvimento de potencialidades. Sobre isso, Guattari (1992) afirma que a reinserção social também redefine o conceito de loucura e aponta para um novo paradigma de responsabilidade, de cidadania e insere o sujeito no lugar de protagonista de sua própria história, permitindo que ele mesmo elabore seu projeto de vida no meio social e familiar. Campos (2014) também pontua que:

O portador de sofrimento mental deve ser tomado como sujeito de direitos e deveres no quadro básico, mas essencial, da cidadania e do contrato social. Ele é, também, um protagonista no sentido histórico e político, na medida em que resiste e se posiciona diante dos saberes, práticas e políticas e, até mesmo, aqui interessa destacar, diante das políticas de assistência em saúde mental. Deve-se ressaltar, ainda, o que há de mais singular em cada um, a história pessoal sempre única, o nome próprio, o romance, o drama, a tragédia da pessoa e sua família, bem como os elementos mais íntimos da subjetividade e os seus aspectos inconscientes. (Campos, 2014, p. 168).

Além disso, conforme Mielk *et. al.* (2011), os profissionais dos serviços substitutivos devem pautar seu trabalho no resgate da autonomia do usuário, buscando sua reinserção social. As atividades desenvolvidas nestes espaços devem prioritariamente se pautar em uma práxis psicossocial e ética em suas relações. Isso porque os serviços substitutivos representam um instrumento de saúde capaz de embasar o atendimento e o acolhimento no resgate aos princípios supracitados. Alguns autores como Carvalho e Amarante (2000) argumentam que é salutar estabelecer espaços singulares nos quais não haja metodologias de trabalho rígidas ou a reprodução de modelos já conhecidos que legitimem formas de exclusão. Afirmam que se trata de uma construção contínua, complexa e singular. De acordo com Guimarães e Meneghel (2003):

Os processos de singularização reconstróem novas maneiras de se relacionar com o outro, novas sensibilidades, diferentes estilos de criatividade através de uma alteridade que coincida com o desejo do sujeito, um gosto de viver, a partir da instauração de dispositivos capazes de mudar a sociedade e os tipos de valores que, em sua maioria, não são os do sujeito. Porque os modos de subjetivação capitalísticos definem coordenadas semióticas determinadas, docilizando o indivíduo e naturalizando práticas e discursos. Assim, os movimentos de singularização geram resistências e rupturas nestas cadeias homogêneas de produção de subjetividade. (Guimarães; Meneghel, 2003, pp. 356 - 357).

Neste sentido, pode-se afirmar que a produção de subjetividades é constituída a partir da inter-relação de histórias, de registros coletivos culturais e sociais por meio de inúmeros mecanismos e estratégias que instituem modos de existência, criando valores, crenças e verdades. Além disso, Costa-Rosa (2013) acrescenta que nesta perspectiva a saúde psíquica passa de um estado para um processo de produção de subjetividade na medida em que o sujeito deixa de ser limitado pelo seu sintoma ou sofrimento para se tornar participante ativo e direto neste enredo.

Destaca-se que desde a reforma psiquiátrica o debate sobre novas formas de cuidado ganhou espaço. Contudo, é necessário sempre se considerar a ética das relações e os princípios da bioética nesta práxis para que não se reproduzam condutas opressivas e de exclusão disfarçadas sob outras roupagens. Como denunciam Pande e Amarante (2011, p. 2075): "[...] os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo".

### 2.3.2 A dimensão profissional – o cuidado como ética e Política de Saúde

Considera-se que a bioética coloca o sujeito como cerne de sua área e o seu exercício aponta para o valor normativo entre as pessoas e o respeito à vida, especialmente, a vida humana pressupõe o seu princípio fundamental. De acordo com Pinto (1996), a ética no atual contexto passa por reestruturações de pressupostos que, em outros momentos, não eram passíveis de discussão, submetendo novas perspectivas principalmente à práxis em saúde.

Beauchamp e Childress (1994) defendem que a autonomia seja a capacidade do indivíduo decidir por si mesmo o que seja melhor para si, ou seja, refere-se à consciência do direito de cada sujeito de construir seu projeto de vida, de ter a liberdade de crenças, opiniões e, principalmente, de realizar suas próprias escolhas a partir disso. Retomar e reafirmar o conceito de autonomia se torna fundamental para se entender o princípio básico que constitui a dignidade da pessoa humana. Quando se estabelece o cuidado como ética, a práxis implica, necessariamente, em condutas que respeitem a autonomia. Desta forma, o profissional deve pautar seu exercício auxiliando o paciente a compreender sua dependência, incentivando-o a expressar seus valores e sentimentos e, mais do que isso, legitimando sua participação no processo de decisões terapêuticas. Miranda (2008) reitera que:

Na prática, consubstancia a essência do consentimento informado, como instrumento da beneficência, em que a pessoa toma livremente a sua decisão, devidamente esclarecida acerca dos procedimentos e/ou tratamento, consciente dos riscos, benefícios e consequências, validando e participando no seu bem. (Miranda, 2008, p. 113).

Este autor ainda defende que o cuidado neste contexto tem uma implicação ética na medida em que se relaciona com a proteção, bem-estar ou manutenção de algo ou de alguém, ou seja, aponta para um compromisso direto de proteção da dignidade humana e de prevenção de saúde. Trata-se não mais de enxergar o sujeito apenas enquanto um emaranhado de sintomas, mas como um ser biopsicossocial. Miranda (2008, p. 128) retomando Portugal (1998, p. 1754-1756) acrescenta que:

Em termos dos valores humanos, implica o cuidado a pessoa sem discriminação de qualquer espécie, salvaguardando dos direitos (em especial dos mais vulneráveis), abstendo-se de juízos de valor ou impondo-lhes os seus “próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”, respeitando e fazendo respeitar “as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”, bem como garantindo os direitos à vida e à qualidade de vida, ao cuidado, à informação, obrigando-se ao sigilo, ao respeito pela intimidade, pelo doente terminal, à excelência do exercício,

responsabilizando-se pela humanização dos cuidados, respeitando a profissão, os pares e os demais profissionais, a dignidade e autonomia de cada um, em articulação e complementaridade. (Portugal, 1998, pp. 1754 - 1756).

Levando estas informações em consideração ressalta-se que na área de saúde mental o cuidado também deve ser pautado pela ética em sua práxis. Trata-se, principalmente, de uma reparação histórica de séculos de uma prática que legitimava a tortura, a segregação e a anulação do outro. O doente mental deve ter seus direitos garantidos e respeitados, garantindo sua autonomia, integridade e, especialmente, sua vulnerabilidade enquanto isso implicar uma incapacidade na tomada de decisões (Simoes *et al.*, 2013).

Tratar a saúde mental por meio de uma leitura bioética significa centralizar o discurso nos direitos e deveres, tanto do profissional quanto do usuário. Desta forma, a práxis profissional deve se pautar na pluralidade de análise e de possibilidades, considerando, principalmente, sua responsabilidade social para encontrar o melhor caminho possível. Mais do que isso, o processo de cuidado deve envolver sempre o princípio de uma cidadania participável e da corresponsabilização do usuário em sua saúde. Sobre isso, Feltes e Hoch (2015, p. 15) indicam: “o quanto os profissionais precisam interagir, criar um vínculo, acolher o usuário para que o mesmo se reconheça como um ser de potencialidades, de possibilidades de agir, para assim não se repetir velhas práticas, velhos modos de ser”.

Neste sentido, as relações de cuidado devem se constituir por meio da responsabilização mútua, ou seja, para além da relação médico/paciente há a necessidade do envolvimento tanto da família quanto da comunidade neste processo a fim de minimizar as implicações deletérias da doença mental e estimular a capacidade do sujeito em fazer frente ao seu quadro. Pensar em uma práxis extramuros é justamente resgatar sua cidadania por meio de sua reinserção no meio social (Jorge *et al.*, 2011). Mais do que isso, a corresponsabilização denota que o indivíduo é ativo na tomada de decisão, sendo o profissional apenas um intermediário nesta relação. Segundo Costa *et al.* (2007) os indivíduos com transtornos mentais não podem ser reduzidos apenas a consumidores de cuidados e medicamentos, ele também deve ser inserido no processo. Nesta perspectiva, para além do exame clínico, o sujeito necessita de escuta e compreensão, mesmo que, por vezes, sua linguagem se faça incompreensível.

Destaca-se que a área de saúde mental por ser complexa e multifacetada exige que o profissional estabeleça novas relações com a loucura. Isso porque representam uma parcela dos atores sociais do cuidar. Deste modo, a apreensão de novos meios de cuidado só acontecerá na transformação destes espaços e na possibilidade de se romper com as sutilezas das relações de poder. É fundamental que o saber aconteça e se construa em uma via de mão dupla, em que haja troca e articulação entre as redes de apoio do usuário, enxergando-o em sua totalidade e singularidade (Silva; Costa, 2010).

Deste modo, assumir uma postura bioética em saúde mental implica na destruição de muros e na construção de pontes, ou seja, na possibilidade de diálogos e humanização do serviço. A história da institucionalização e mercantilização da loucura serviram para escancarar que a segregação e a exclusão só potencializam o sofrimento psíquico e provocam o assujeitamento do sujeito na medida em que apagam sua subjetividade. Ressalta-se que os serviços substitutivos ainda estão impregnados de uma concepção estigmatizada acerca da loucura, por isso, o debate e a luta devem continuar. É necessário que a práxis seja pautada no desenvolvimento da autonomia, na produção de subjetividades e que o indivíduo seja considerado em sua integralidade e especificidades (Hoga, 2004).

Vale dizer que a construção de uma práxis psicossocial não implica na negação do modelo médico, nem das conquistas alcançadas. Contudo, indica uma constante reflexão ética da postura profissional em qualquer âmbito a fim de reverter à soberania técnica em detrimento da subjetividade. Carvalho *et al.* (2008) acrescentam que:

A atenção à saúde do outro em um serviço público – seja em hospitais gerais não-psiquiátricos, centros de saúde ou outras modalidades – demanda do profissional uma postura crítico-reflexiva e uma atitude diferenciada frente ao outro. Esta atitude é mais comprometida com a realidade sociocultural e política de sua prática, com o compartilhar de ações e responsabilidades; e menos focada no rótulo diagnóstico, na minimização da dor do outro, no mero ajustamento e, sobretudo, no outro como objeto de intervenção tecnicista. Tal atitude rompe, dessa forma, com a prática tradicional que o deixa “ilhado”, com o papel cristalizado do perito. O cuidado como uma atitude ética, no entanto, não cabe em uma formulação teórica, típica do pensamento racional. Implica uma disponibilidade pessoal, em que cada profissional permite ser afetado por outra via não-teórica e de não-isenção: a dos sentidos, dos afetos e a da abertura ao outro, que exige ainda uma abertura a novos diálogos e a uma contínua reflexão. (Carvalho *et al.*, 2008, p. 705).

Os mesmos autores alertam que o cuidado como técnica aponta para práticas tradicionais, em que o sujeito se afasta de sua autonomia, estabelecendo uma relação de dependência com a equipe. Os profissionais, por sua vez, assumem uma posição

hierarquizada, baseada em uma relação sujeito-objeto. Contrariamente, considerar uma dimensão ética significa abandonar a relação de poder sobre o outro. Qualquer tentativa de normatizar, domesticar ou adaptar o sujeito à ordem institucional rompe com a perspectiva ética das relações. Desta forma, é necessário ir da técnica para a escuta do desejo e do discurso do outro, permitindo uma troca intersubjetiva, caracterizada, principalmente, pela assimetria das relações com o outro. Mais do que isso, é contemplar o sujeito em sua totalidade, sem limitá-lo a aspectos biológicos, psicológicos ou sociais, ou seja, enxergar todos os elementos de sua história (Carvalho *et al.*, 2008).

Portanto, adotar uma postura ética é assumir a humanização do serviço rompendo com práticas que reproduzam formas de exclusão. O serviço se constitui na relação com o outro e a práxis reverbera nos sujeitos assistidos, o que implica em um discurso de saúde que possibilite modos de relação e construção de vida. De acordo com Leal e Muñoz (2014):

Os profissionais de saúde tem o desafio de auxiliar os sujeitos a garimpem na cultura outras formas de contar a sua vivência de adoecimento e de vida ou a produzirem artifícios novos, inventados, que possibilitem a escrita de uma versão original de uma história. O importante é a busca de formas possíveis de se separar do sofrimento psíquico. (Leal; Muñoz, 2014, P. 88).

Ou seja, o sofrimento mental pressupõe um campo complexo e multifatorial que deve ser abordado para além de uma vertente reducionista. A própria práxis profissional não deve se constituir a partir de saberes rígidos, situando o sujeito apenas como um objeto de cuidado. Não há uma fórmula pré-fabricada instituída na formação acadêmica que implique em soluções instantâneas e definitivas para o sofrimento psíquico. A formação demanda técnicas de intervenção que deve levar em consideração sempre os aspectos subjetivos, isto é, deve prevalecer uma disposição para moldar e adaptar conforme as especificidades que o trabalho em saúde mental exige. E, acima de tudo, compreender que do outro lado há sempre um sujeito com potencialidade para superar aquilo que lhe atravessa (Desviat, 2018).

Neste sentido, a função da equipe no trabalho em saúde mental é, antes de tudo, ampliar as conexões e alianças e fazer com que esses indivíduos se apropriem de suas trajetórias. É abrir espaço para que estas jornadas singulares encontrem lugar também no coletivo.



### 2.3.3 A dimensão familiar

A convivência com pessoas com transtornos mentais graves pode ser permeada de conflitos e dificuldades, especialmente, nos momentos de crise. E, as dificuldades destas relações podem, inclusive, intensificar o sofrimento da pessoa adoecida. Deste modo, é fundamental que se conheça a extensão do laço social estabelecida por esses sujeitos. A rede familiar, sua composição, os recursos disponíveis, renda, trabalho, moradia, formas de lazer, entre outros, são aspectos necessários para a compreensão da qualidade das relações familiares dentro dessa rede de apoio (Campos, 2014).

Destaca-se também que esse cuidado deve ser coletivo e implicar uma via de mão dupla, ou seja, o projeto terapêutico também deve incluir o cuidado com a família, uma vez que os efeitos deletérios da doença mental também reverberam nas pessoas envolvidas nesta relação. Neste sentido, a qualidade destes vínculos demarcam também as especificidades e o manejo das crises. Trata-se de um fator determinante, uma vez que haverá diferenças entre um sujeito em crise em um ambiente acolhedor e cuidadoso e outro que esteja em um ambiente hostil e agressivo. Ou seja, o sujeito em crise é sempre um sujeito coletivo na medida em que seu conjunto de relações primárias também estarão inseridos neste contexto (Santin; Klafke, 2011). Sobre isso Campos retomando Marx (2014, p. 167) assinala que: "(...) ele é a síntese de suas múltiplas relações e só poderá se individualizar no contexto de relações sociais determinadas, numa dada sociedade e tempo histórico". O que significa que o sujeito em sofrimento psíquico está inserido neste vínculo social e que isso pode implicar tanto os gatilhos de uma crise como a condição de um vir a ser deste sujeito, isto é, a condição para uma resignificação de seu adoecimento.

Ressalta-se que a falta de conhecimento acerca dos transtornos mentais, o preconceito, o estigma carregado pela loucura podem levar a ruptura destes laços familiares, intensificando o sentimento de desamparo e de perdas afetivas significativas que podem provocar mobilização de conteúdos destes sujeitos e, conseqüente, sofrimento. Por isso, é importante que os serviços de saúde mental estabeleçam vias de contato e suporte com as famílias a fim de construir uma rede estável e sólida para o manejo de crises e inserção social (Desviat, 2018).

Além disso, é necessário criar espaços de acesso à informações, de troca de experiências, incentivando a busca por soluções das adversidades e de modos adequados da convivência cotidiana. Leal e Muñoz (2014) acrescentam que:

Os familiares podem auxiliar a retomada da história de vida da pessoa com transtorno mental, apontar fontes de interesse, modos de estar no mundo, habilidades e vocações que podem ter se perdido com o adoecimento, ajudando assim o sujeito a recuperar o fio de sua existência. (Leal; Muñoz, 2014, P. 90).

Destaca-se que o desenvolvimento de um bom vínculo familiar amplia as chances de os indivíduos com transtornos mentais resgatarem sua autonomia e encontrar formas de enfrentar suas dificuldades e impasses habituais.

Não obstante, a relação do sujeito com sua doença e seu sofrimento também demarcam um processo complexo, que são mediados por estes vínculos e implicam em aspectos ético-legais no que concerne à voluntariedade e ao consentimento do tratamento, principalmente, quando o indivíduo não concorda com a conduta sugerida. A Reforma Psiquiátrica assinala, inclusive, essa mudança de perspectiva, uma vez que a demanda de intervenção surge, em sua maioria, como do outro: a família, a rede de apoio, o sistema jurídico. Contudo, é fundamental considerar a posição do sujeito que sofre e, se, de fato, sofre. Ou seja, a Reforma Psiquiátrica aponta para necessidade de abrir espaço da urgência social, da ordem, da norma para a urgência do singular, do sujeito que sente e carrega os sintomas (Martins; Guanaes-Lorenzi, 2016).

A crise faz parte do processo e cada pessoa terá uma vivência particular sobre isso. Trata-se de uma responsabilidade da equipe de profissionais da saúde reconhecer os sinais e construir estratégias conjuntas com a rede de apoio e o indivíduo que funcionem para contenção e manejo de acordo com a forma que o sujeito gostaria de ser tratado (Campos, 2014; Souza *et al.*, 2008).

O conhecimento acerca dos sinais, gatilhos e formas de enfrentamento dialogadas contribuem para modos de intervenção baseados nas singularidades e antecipam os períodos de perda de controle, oscilações de humor e rupturas. Incentivar essa forma de cuidado e abordagem é também acreditar na potencialidade do sujeito em lidar com seu funcionamento psíquico. Portanto, o trabalho em saúde mental deve ser sempre coletivo e partir da tríade entre a dimensão subjetiva, a profissional e a familiar (Delfini *et al.*, 2017).

## 2.4 SOBRE O INEDITISMO DA PESQUISA

A pesquisa de doutorado se propôs a explorar os serviços especializados da rede de atenção psicossocial do município de Campo Grande, representando um marco significativo no campo da saúde mental e na compreensão das complexas interações que envolvem o cuidado integral dessas pessoas, considerando principalmente a insuficiência de pesquisas e dados sobre a região. Há bastante material produzido e muitos dados foram levantados na revisão integrativa, no entanto, nada sobre o Estado e tampouco sobre o município, o que implica na necessidade de produzir pesquisas locais e realizar o diagnóstico situacional sobre o tema. Para tanto, nada mais justo do que se buscar os dados a partir dos principais atores envolvidos na rede.

Não obstante, é importante destacar o momento histórico e político na qual a presente pesquisa foi pensada, na medida em que as ações adotadas pelo Governo Federal da gestão anterior apontavam para um anacronismo na construção das políticas públicas da área. Nesse sentido, se torna ainda mais necessário investigar se os serviços sofreram ou estão sofrendo as consequências desse retrocesso e se isso tem alcançado as relações profissionais e a percepção dos usuários.

Além disso, ainda que tenha ocorrido uma transformação do modelo asilar para o assistencial, ainda há a necessidade de se criar metodologias de avaliação dos serviços implementados, haja vista que as alterações propostas não vieram acompanhadas de uma avaliação sistemática. Torna-se fundamental conhecer como esses serviços estão chegando aos usuários, se há mudanças em sua qualidade de vida e se os serviços estão, de fato, comprometidos com os interesses desses sujeitos no exercício de sua cidadania. Dessa forma, a pesquisa se mostrou relevante uma vez que pode subsidiar novas estratégias de transformação concreta no modo psicossocial no qual estão constituídos os serviços públicos de saúde mental, especialmente, por aprofundar e publicizar os dados da realidade do referido município. Ao desvelar os desafios e as oportunidades presentes na rede de atenção psicossocial, os resultados podem direcionar melhorias concretas na oferta de serviços, na capacitação de profissionais e na promoção da conscientização pública.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar as concepções dos usuários e dos profissionais de saúde sobre os serviços especializados de saúde mental da rede pública de Campo Grande/MS, a fim de verificar a relação entre a práxis e o modo psicossocial.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a- Caracterizar ações que permitam identificar as narrativas dos profissionais e usuários acerca de suas percepções sobre os serviços em saúde mental;
- b- Compreender como o trabalho em saúde mental é percebido, identificando as dificuldades e potencialidades enfrentadas pelos profissionais e usuários desses serviços;
- c- Conhecer como os serviços estão estruturados e se cumprem com os ideais propostos da Reforma Psiquiátrica;

## **4 METODOLOGIA**

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa analítica descritiva de ordem prospectiva transversal, com base em dados primários. Para análise dos dados se baseou no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefrève e Lefrève e como instrumento de coleta de dados a pesquisa utilizou entrevistas semiestruturadas por meio de um roteiro inicial com 8 (oito) questões norteadoras.

Esta pesquisa foi elaborada com ênfase na percepção dos profissionais de saúde de nível superior e dos usuários acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campo Grande, cidade localizada no estado de Mato Grosso do Sul. As entrevistas foram audiografadas na íntegra em espaços reservados para a conversa. Em um primeiro momento foi feito contato com os gerentes destas unidades para apresentação da pesquisadora e do projeto e solicitação de autorização para as visitas.

Diante disso, destaca-se que o percurso metodológico do trabalho foi dividido em duas partes: a primeira etapa refere-se à revisão integrativa da pesquisa e a segunda etapa à pesquisa de campo.

A revisão integrativa se fez necessária para o levantamento dos materiais publicados sobre a temática e os resultados encontrados. E a pesquisa de campo abrangeu a coleta de dados da pesquisa, contemplando o tipo de estudo, local, seleção dos participantes, construção dos dados, questões éticas e análise de dados.

Ressalta-se que as duas partes metodológicas compõem os resultados do trabalho e se relacionam ao longo da pesquisa.

### **4.1 Primeira etapa metodológica: revisão integrativa**

Considera-se que a revisão integrativa da literatura é um instrumento baseado em elementos específicos, sistemáticos e rigorosos. De forma geral, contempla a síntese dos resultados de pesquisas anteriores de modo crítico e atento à qualidade das evidências levantadas (Botelho; Cunha; Macedo, 2011; Fossatti; Mozzato; Moretto, 2019). Esse tipo de revisão é comumente utilizado na área da saúde e vem recebendo cada vez mais espaço no cenário internacional, especialmente, na área Organizacional e nas Ciências Sociais Aplicadas. No entanto, no que se refere a pesquisas nacionais, este método é ainda rudimentar nas áreas supracitadas (Fossatti; Mozzato; Moretto, 2019).

Deste modo, com o objetivo de reunir informações acerca do tema pesquisado, elaborou-se o seguinte questionamento: Qual a percepção sobre os serviços de saúde mental que compõem a RAPS e quais são as questões primordiais que aparecem?

A partir disso, a revisão integrativa seguiu as etapas metodológicas indicadas por Botelho, Cunha e Macedo (2011). Estas etapas contemplam: a) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; b) escolha dos critérios de inclusão e exclusão; c) identificação dos estudos pela leitura do resumo ou texto na íntegra; d) categorização dos estudos selecionados; e) análise e interpretação dos resultados e f) apresentação da revisão.

Desta forma, foram definidos como descritores a combinação entre as palavras 'serviços de saúde mental e Rede de Atenção Psicossocial', 'serviços de saúde mental e políticas públicas de saúde', 'percepção dos serviços de saúde mental e Rede de Atenção Psicossocial'. Reitera-se que a busca ocorreu nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), do Periódicos CAPES e da Biblioteca Digital Brasileira. Além disso, optou-se pelo recorte de pesquisas realizadas nos últimos dez anos, por compreender maior possibilidade de informações atualizadas.

A partir destes critérios e por meio do título e do resumo, foi realizada a seleção dos artigos. Os critérios para leitura na íntegra foram: a) ter acesso ao texto completo; b) considerar as publicações em português no intervalo de 2012 a 2022; c) pesquisa realizada com seres humanos; d) conter referência acerca da percepção dos serviços em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial; e) abordar as questões da saúde mental no cenário atual; f) apresentar alguma referência as Políticas Públicas em saúde mental; g) conter alguma referência sobre a práxis destes serviços; h) abordar a percepção dos usuários sobre os serviços; i) abordar o modelo de cuidado em saúde mental. Como critério de exclusão, ignoraram-se os estudos que estavam fora do período selecionado, que não forneceram acesso ao texto completo e que não abordaram a percepção sobre os serviços em saúde mental.

## **4.2 Segunda etapa metodológica: pesquisa de campo**

### 4.2.1 Tipo de estudo

Como mencionado acima, o presente estudo teve uma abordagem qualitativa analítica de ordem prospectiva transversal, com base em dados primários. Para análise dos dados se baseou no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefrève e Lefrève e como instrumento de coleta de dados a pesquisa utilizou entrevistas semiestruturadas por meio de um roteiro inicial com 8 (oito) questões norteadoras. As falas foram audiografadas na íntegra com a autorização prévia dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 4.2.2 Procedimentos da Pesquisa:

#### 4.2.3 Local

Foram selecionados os serviços públicos especializados de referência em saúde mental no município de Campo Grande-MS.

A rede de serviços especializados em saúde mental do município é composta por seis unidades, sendo quatro CAPS III, um CAPS IJ (infanto juvenil) e um CAPS AD (álcool e drogas). Das unidades CAPS III duas estão localizadas em regiões mais centrais, sendo o CAPS III - Afrodite (R. São Paulo) e o CAPS III (Vila Margarida), e duas unidades em regiões mais periféricas, o CAPS III (Vila Almeida) e o CAPS III (Aero Rancho). Tanto a unidade do CAPS IJ quanto a do CAPS AD ficam localizadas em regiões centrais.

Como já mencionado na revisão de literatura estas unidades se diferenciam a partir dos tipos de demanda dos usuários acolhidos, da capacidade de atendimento e do tamanho. Além disso, pontua-se que em Campo Grande não há CAPS I e CAPS II devido ao porte da cidade. Isso porque o CAPS I fornece atendimento a municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes e o CAPS II contemplam os municípios acima de 50 mil habitantes. Os CAPS III contemplam os serviços de maior porte da rede, atendendo municípios com população acima de 200 mil habitantes e funcionando 24 horas, inclusive feriados e fins de semana. Sua equipe também é ampliada em relação ao CAPS I e ao CAPS II (Brasil, 2005).

O CAPS IJ é uma unidade especializada em atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e funciona em municípios com população acima de 200 mil

habitantes. Geralmente, funciona durante a semana até às 18 horas, podendo apresentar horário estendido até às 21 horas (Brasil, 2005).

O CAPS AD fornece atendimento a pessoas adictas, em cidades com mais de 200 mil habitantes ou em localidades em que este tipo de serviço se mostre necessário, a exemplo das regiões fronteiriças (Brasil, 2005).

#### 4.2.4 Participantes

Os sujeitos entrevistados foram os profissionais da saúde de nível superior dos locais supracitados e os usuários cadastrados e assistidos nos dias das visitas. Ressalta-se que foram considerados esses dois grupos por representarem os principais atores sociais desses serviços. De um lado, o grupo que oferta o cuidado e de outro, o grupo que recebe essa assistência.

Inicialmente foi realizado contato inicial com os gerentes dessas unidades para apresentação da pesquisadora e da pesquisa e envio da autorização do CEP e da SESAU. A partir deste contato foi estabelecido os dias mais adequados para as visitas. Posteriormente, nas datas combinadas, a pesquisadora ficou à disposição em local reservado durante os períodos de expediente realizando as entrevistas conforme a disponibilidade e o interesse dos profissionais e dos usuários.

Levando em consideração estas informações foram realizadas ao todo 36 entrevistas com os profissionais de nível superior, sendo sete (7) assistentes sociais, quatorze (14) enfermeiro/as, oito (8) psicólogo/as, três (3) psiquiatras, um (1) médico/a generalista, um (1) farmacêutico/a, um (1) terapeuta ocupacional e um (1) fonoaudiólogo/a (houve a tentativa de contemplar ao menos um de cada área) e uma amostra com 19 usuários inseridos nas diferentes unidades, com exceção do CAPS IJ. Ressalta-se que há diferenças de representatividade numérica entre as pesquisas qualitativas e quantitativas. Sobre isso, Andrade e Pegolo (2020) argumentam que “essa totalidade não é dada, é construída, devendo se ter a preocupação de contemplar todos os atores sociais envolvidos com a questão, ficando a repetição das informações como indicativo da suficiência da amostra” (p. 108).



#### *4.2.4.1 Critérios de Inclusão*

Foram utilizados como critérios de inclusão os usuários maiores de idade e que utilizam os serviços há, pelo menos, seis meses e os profissionais de saúde de nível superior que atuam nestes serviços há, pelo menos, um ano.

#### *4.2.4.2 Critérios de Exclusão*

Foram utilizados como critérios de exclusão pacientes menores de idade, por isso, o CAPS IJ foi excluído nesta etapa com os usuários e fatores que afetaram a cognição e a capacidade de resposta dos usuários.

Foram utilizados como critério de exclusão os profissionais afastados por motivo de férias, atestados ou licenças durante o período de coleta de dados.

#### 4.2.5 Período da coleta de dados e outros procedimentos

Destaca-se que a etapa de entrevistas teve duração de quatro meses, iniciando no primeiro semestre de 2022.

Os dias das visitas foram definidos previamente a partir do contato com a gerência das unidades e a pesquisadora ficou à disposição nas unidades nestes dias realizando as entrevistas conforme disponibilidade dos profissionais e dos usuários.

A concretização desta etapa aconteceu em local reservado com a apresentação da pesquisa e realização das entrevistas, que foram audiografadas na íntegra.

#### 4.2.6 Organização e análise dos dados

Como instrumentos de coleta, a pesquisa contou com a aplicação de entrevistas baseadas em um roteiro semiestruturado com oito questões norteadoras. O estudo também se embasou em observações pautadas em um diário de campo, preenchido após cada visita. A coleta de dados por meio de entrevistas teve início no mês de maio/22, após autorização do Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS).

Posteriormente a etapa da coleta de dados deu-se início à organização do material levantado. A primeira etapa foi a realização da transcrição das entrevistas.

Esta etapa contou com o auxílio de um software da Microsoft, denominado Azure e com o recurso de transcrição de áudio do Google Docs. A partir do material transcrito, os dados foram organizados de acordo com a técnica de análise em pesquisa qualitativa chamada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), desenvolvida pelos professores Lefrève e Lefrève. Ressalta-se que esta técnica tem como embasamento a teoria das Representações Sociais e seus pressupostos sociológicos.

A Teoria das Representações Sociais consiste na abordagem de aspectos que são observáveis ou que podem ser transformados a partir do trabalho científico. São fenômenos inseridos em mensagens veiculadas de diversas formas e que se consolidam nos comportamentos dos indivíduos. Deste modo, esta teoria refere-se a um meio de construção do conhecimento que é organizado e compartilhado socialmente, tendo um objetivo prático. Sendo assim, contribui para a construção de um contexto comum a um determinado grupo social. Embora seja um conhecimento elaborado a partir do senso comum e não científico, transforma-se em objeto de estudo científico, uma vez que apresenta conhecimentos úteis acerca de processos cognitivos e interações sociais (Jodelet, 2010).

A partir destas informações, considera-se que o Discurso do Sujeito Coletivo é um recurso metodológico para abordar as representações sociais sobre diferentes fenômenos presentes no contexto social. Mais do que isso, os resultados encontrados por esse método podem ser ferramentas determinantes de intervenção social, seja em programas educativos, campanhas de saúde ou na avaliação de serviços públicos e privados (Brito; Lauer-Leite; Novais, 2021).

Vale destacar que a investigação qualitativa aborda opiniões, representações, crenças e atitudes que contemplam técnicas de cunho racional e intuitivo a fim de compreender a complexidade dos fenômenos individuais e coletivos, aprofundando as interpretações e decifrando seus significados (Alcantara; Vesce, 2008).

De acordo com os autores, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) se refere a uma técnica metodológica que resgata as representações sociais significativas oriundas de um determinado contexto sociocultural. Desta forma, as entrevistas individuais resgatam o pensamento enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente. Para Lefèvre, Lefèvre e Marques (2009), o DSC faz com que surjam novas possibilidades de interação entre particular e coletivo, teórico e empírico, síntese e análise, qualitativo e quantitativo, justificando a escolha

metodológica para abordar conteúdos complexos nas diversas áreas do conhecimento.

A metodologia apresentada aborda as representações sociais dos sujeitos a partir dos resultados dos discursos dos atores sociais diretamente envolvidos na temática. Nestas verbalizações pode-se encontrar mais de uma ideia central ou vários sujeitos apresentarem uma mesma ideia central (Nagai *et al.*, 2007). Sobre isso Lefreve, Crestana e Cornetta (2003) afirmam que:

(...) a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. (Lefreve; Crestana; Cornetta, 2003, P. 70).

Desta forma este método permite extrair as partes mais significativas que correspondem às ideias centrais, ou seja, serão a síntese do conteúdo discursivo manifesto. Fernandes (2007) defende o discurso como suporte para formação e expressão ideológicas que estão enraizadas nas palavras. Sobre isso Júnior, Pacagnan e Marchiori (2013, p. 05) reiteram que: "(...) o discurso compreende um processo comunicacional desencadeado por experiências históricas, ideológicas e sociais que torna o discurso móvel e passível de transformação e construção coletiva, sendo tratado como palavras em movimento". Deste modo, a linguagem está relacionada com a produção de sentido e, este, por sua vez, determinado conforme os lugares e as situações que os sujeitos em interlocução ocupam.

Ressalta-se que o método do DSC objetiva interligar o senso comum e o conhecimento científico e servir de base para pesquisas empíricas. Isso porque ele parte da reconstrução de um pensamento coletivo levando em consideração a teoria das representações sociais que busca resgatar o conhecimento cotidiano, valorizando o saber racional e cognitivo compartilhado entre os indivíduos. Orlandi (2003) defende que o discurso é o lugar em que saber e poder se entrelaçam e se articulam na medida em que o sujeito que fala, fala de algum lugar por meio de um direito que lhe é dado socialmente.

Deste modo, os dados coletados foram organizados em quadros sob a forma de discursos-síntese, agrupando os estratos das falas/depoimentos de sentido semelhante registrados na primeira pessoa do singular, como se uma coletividade estivesse falando. De forma geral, esta técnica consiste em extrair das respostas

individuais, Expressões-Chave (EC), que constituem os fragmentos mais significativos destas falas. A partir destas Expressões-Chave há Ideias Centrais (IC) manifestas que representam a síntese do conteúdo discursivo. Além disso, pode ser que as expressões sejam balizadas em teorias, hipóteses e conceitos genéricos ou uma ideologia, ou seja, uma Ancoragem (AC). Por fim, com o material destes elementos os discursos-síntese são construídos (Lafèvre; Lafrève; Marques, 2009).

Sendo assim, a entrevista facilita a fala dos profissionais e usuários a fim de investigar a concepção sobre os serviços de saúde mental, sobre o trabalho realizado nestes serviços e a partir do sentido do discurso e das recorrências estabelecer os limites, as potencialidades e analisar a práxis com o modo psicossocial idealizado desde a Reforma Psiquiátrica.

#### 4.2.7 Aspectos éticos

Destaca-se que devido ao fato de a pesquisa envolver a participação de seres humanos, a coleta dos dados só teve início a partir do parecer consubstanciado positivo emitido pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), conforme a Resolução CNS 466/12. A liberação ocorreu no dia 02 de maio de 2022, sob o número 5.381.725. Além disso, como elemento fundamental para execução da pesquisa, foi enviado à SESAU (Secretaria de Saúde de Campo Grande-MS) uma cópia do projeto de pesquisa, uma carta de apresentação ao Secretário de Saúde solicitando autorização para realização das entrevistas nas unidades. Sendo assim, as visitas nestes serviços foram precedidas de contato inicial com os gerentes mediante apresentação da pesquisa, termo de autorização da SESAU e parecer positivo do CEP. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado a todos os participantes antes das entrevistas e a coleta de dados realizada após concordância e assinatura do Termo.

Ressalta-se que devido ao risco de constrangimento durante a realização das entrevistas, foi assegurado ao indivíduo o direito de recusa ou interrupção da participação na pesquisa em qualquer momento do seu desenvolvimento. Além disso, foi assegurado a confidencialidade dos dados e privacidade das informações. Destaca-se que não houve outros riscos aos sujeitos da pesquisa, assim como ônus financeiro ou qualquer forma de retribuição pela participação.

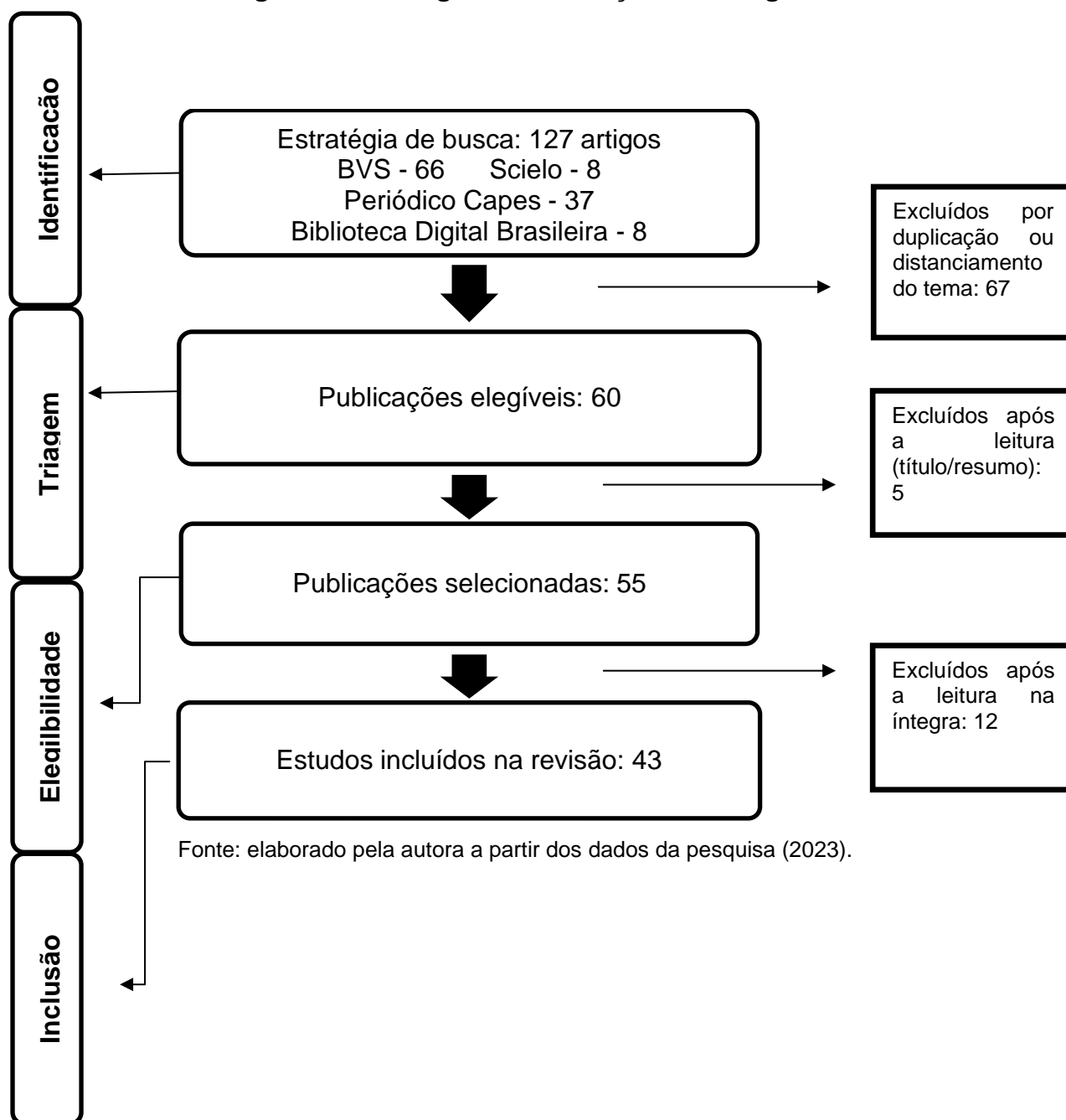
## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esse tópico será destinado à apresentação tanto dos resultados encontrados na revisão integrativa como da análise dos dados tabulados. Ressalta-se que as transcrições na íntegra das entrevistas serão incluídas nos anexos (anexo A e anexo B). Inicialmente, serão apresentados os resultados da revisão integrativa e, posteriormente, os dados dos profissionais de saúde e em seguida dos usuários.

### **5.1 Resultados da Revisão Integrativa**

Após seguir as etapas metodológicas da revisão integrativa já mencionadas na metodologia foram identificados 127 resultados (BVS (66); Scielo (8); Periódicos Capes (37); Biblioteca Digital Brasileira (8)). Posteriormente, após triagem destas pesquisas e exclusão dos artigos e trabalhos duplicados, restaram 60. Em seguida, após novo refinamento a partir da leitura dos títulos e resumos, sobraram 55. Deste total, 43 foram selecionados para análise (32 artigos e 11 trabalhos de Tese/dissertação/TCC) por atenderem a proposta da pesquisa. Logo abaixo será apresentado o fluxograma, apresentando o processo de seleção dos artigos e, em seguida, o quadro com os trabalhos selecionados. Nesse quadro serão contempladas as seguintes informações: autores, título, objetivos, abordagem, coleta de dados, análise dos dados, ano e tipo de trabalho.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos encontrados



Quadro 2: Artigos e trabalhos selecionados

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVOS	ABORDAGEM	COLETA DE DADOS	ANÁLISE DOS DADOS	A N O	TIPO
Adriana Leão Bruna Lidia Taño Douglas Gonçalves Jacob Karine dos Santos Pimentel	<b>Obstáculos à produção do cuidado em álcool e outras drogas na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental: prelúdios do cenário atual?</b>	Compreender os principais obstáculos para o cuidado em Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da visão dos trabalhadores da saúde mental	Qualitativa	Pesquisa de campo; Grupo Focal	Análise de conteúdo	2 0 2 1	Artigo
Rosimár Alves Querino Rafael Silvério Borges Letícia Yamawaka de Almeida Jaqueline Lemos de Oliveira Jacqueline de Souza	<b>Rede de Atenção Psicossocial: Percepção de gestores e tensionamentos do campo</b>	Analisar a percepção de trabalhadores e gestores sobre a rede de atenção psicossocial em município de médio porte do interior de Minas Gerais	Qualitativa, descritiva	Pesquisa de campo; Entrevistas	Análise de conteúdo (estruturalismo construcionista de Pierre Bourdieu)	2 0 2 0	Artigo
Rafael Pasche da Silveira Daiana Foggiato de Siqueira Amanda de Lemos Mello Fernanda de Almeida Cunha Marlene Gomes Terra	<b>Compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial: percepção de trabalhadores e usuários</b>	Compreender a percepção de trabalhadores e usuários acerca do compartilhamento do cuidado ao egresso de uma Unidade de Internação Psicossocial com encaminhamento a um Centro de Atenção Psicossocial	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	Análise Temática	2 0 1 9	Artigo
Maria de Lourdes Custódio Duarte Jucileia Thomas	<b>O cuidado em saúde mental na internação psiquiátrica:</b>	Analisar as percepções dos familiares sobre o cuidado em saúde	Qualitativa	Entrevistas	Análise Temática	2 0	Artigo

Agnes Olschowsky	<b>Percepção dos familiares</b>	mental realizado na internação psiquiátrica				1 3	
Nayara Alacoque Coelho Jacqueline Nascimento Barbara Ianca Barreto Lilian Cristina Rezende Claudia Maria de Mattos Penna Maria José Menezes Brito	<b>A percepção dos profissionais sobre as ações de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial em Belo Horizonte</b>	Compreender a construção das ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial de Belo Horizonte, sob a ótica dos profissionais em uma perspectiva histórica	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	História oral	2 0 2 1	Artigo
Allana Roberta da Silva Pontes Paula Antunes Bezerra Nacamura Marcelle Paiano Maria Aparecida Salci Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic Lígia Carreira Jéssica dos Santos Pini André Estevam Jaques	<b>Compreendendo o atendimento prestado por equipe multiprofissional em centro de Atenção psicossocial na percepção familiar</b>	Compreender qual a percepção das famílias em relação ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde que atuam no Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	Análise de Conteúdo	2 0 2 1	Artigo
Alice Correia Barros John Victor dos Santos Silva Luise de Cássia Tszesniosk Lucas Kayzan Barbosa da Silva Maria Zélia de Araújo Lessa Santos	<b>A percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a assistência em saúde mental</b>	Conhecer a percepção dos usuários de um CAPS sobre a assistência em saúde mental	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	Análise de Conteúdo	2 0 2 1	Artigo
Monique Marques Manfrê	<b>Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um</b>	Investigar a percepção dos gestores e trabalhadores da saúde sobre a rede de atenção à saúde ao usuário de álcool e outras drogas e	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	Análise de Conteúdo	2 0 1 5	Artigo



	<b>município do Estado de São Paulo</b>	identificar quais serviços compõem essa rede					
Gitonam Lucas Tavares Honorato	<b>Luta Antimanicomial, ocupemos os planos diretores das cidades</b>	Entrecruzar os desafios do “morar em liberdade” com as políticas de desenvolvimento urbano nos municípios brasileiros - estas, orientadas pelos PDPs	Qualitativa	Documentos	Análise Documental	2 0 2 1	Artigo
Francisco de Sales Clementino Flávia Gomes Silva Francisco Arnaldo Nunes de Miranda Débora Taynã Gomes Queiróz João Mário Pessoa Júnior Emanuella de Castro Marcolino	<b>Percepção dos usuários acerca do atendimento no Centro de Atenção psicossocial III</b>	Analisar a percepção dos usuários atendidos no CAPS III sobre o atendimento prestado pelos profissionais de saúde neste serviço	Qualitativa	Pesquisa de Campo; Entrevistas	Análise de Conteúdo Temática	2 0 1 7	Artigo
Aline Luiza de Paulo Evangelista Amanda Cavalcante Frota Rafael Bruno Silva Torres Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	<b>Residência integrada em saúde mental: cuidado à Rede de Atenção Psicossocial</b>	Compreender o contexto histórico e político-pedagógico da implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (RISM-ESP/CE) e a percepção dos atores sociais envolvidos na implementação desta sobre os seus reflexos na organização da atenção psicossocial	Qualitativa	Análise documental; Entrevistas semiestruturadas	Análise de conteúdo temática	2 0 1 8	Artigo

		de quatro municípios do Ceará, Brasil					
Marcia do Nascimento Vieira João Fernando Marcolan	<b>Fatores político-ideológicos associados à escolha do modelo de assistência da reforma psiquiátrica brasileira</b>	Analisar fatores associados à escolha do centro de atenção psicossocial como serviço estruturante da reforma psiquiátrica, segundo percepção de assessores à frente da área de saúde mental no período 1980-1990	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	História Oral	2 0 1 6	Artigo
Adriano Kasiorowski de Araujo Oswaldo Yoshimi Tanaka	<b>Avaliação do processo de acolhimento em saúde mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise</b>	Entender o acolhimento, considerando a percepção dos trabalhadores e identificando o vínculo e a articulação da rede nesse processo	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	Hermenêutica filosófica	2 0 1 2	Artigo
Mariana Moraes Salles Sonia Barros	<b>Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social</b>	Identificar e analisar as concepções expressas pelos entrevistados sobre inclusão social e doença mental	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	Análise do Discurso	2 0 1 3	Artigo
Maria Terezinha Zeferino Maria do Horto Fontoura Cartana Marcelo Brandt Fialho Manoela Ziegler Huber Katia Cilene Godinho Bertoncello	<b>Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial</b>	Conhecer o cuidado prestado às pessoas em situação de crise em serviços de saúde mental do país, de acordo com relato dos trabalhadores desses serviços	Qualitativa	Documentos; Pesquisa de Campo; Portfólios	Análise de conteúdo temática	2 0 1 6	Artigo
Nelson Falcão de Oliveira Cruz Renata Weber Gonçalves	<b>Retrocesso da reforma psiquiátrica:</b>	Analisar os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental no	Qualitativa	Documentos normativos	Análise Documental	2 0	Artigo

Pedro Gabriel Godinho Delgado	<b>O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019</b>	período de 2016-2019, com base em estudo das normativas emanadas pelo governo federal e documentos de caráter público, e no estudo dos dados do Ministério da Saúde relativos à rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde				20	
Letícia da Silva Schran Gicelle Galvan Machineski Maria Lúcia Frizon Rizzotto Sebastião Caldeira	<b>Percepção da equipe multidisciplinar sobre a estrutura dos serviços de saúde mental: Estudo fenomenológico</b>	Compreender a percepção da equipe multidisciplinar em relação à estrutura organizacional dos serviços de saúde mental no município de Cascavel-Paraná	Qualitativa	Pesquisa de Campo; Entrevistas	Análise de conteúdo a partir da Fenomenologia Social de Alfred Schütz	2019	Artigo
Gabriela Andrade da Silva Antônio José Costa Cardoso Enrique Bessoni Alexandre da Cunha Peixoto Caio Rudá Daniela Viana da Silva Samuel Martins de Jesus Branco	<b>Modos de autonomia em Serviços Residenciais Terapêuticos e sua relação com estratégias de desinstitucionalização</b>	Comparar as formas de autonomia desenvolvidas por moradores de SRTs de dois municípios da Bahia, analisando sua relação com as estratégias de desinstitucionalização construídas em cada território	Qualitativa	Entrevistas; Diários de campo	Análise narrativa	2021	Artigo
Ana Carolina Simoni Simone Moschen	<b>Histórias, visibilidades e princípios operadores da desinstitucionalização em saúde mental: narrativas do possível</b>	Abordar as memórias de um percurso de trabalho que construiu processos de desinstitucionalização que visam não apenas	Qualitativa	Pesquisa de campo; Diários de campo; registros narrativos	Análise narrativa	2020	Artigo

		o fim do manicômio, mas o desmonte da lógica manicomial					
Letícia de Oliveira Borba Andrea Noeremberg Guimarães Verônica de Azevedo Mazza Mariluci Alves Maftum	<b>Assistência em saúde mental sustentada no Modelo Psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental</b>	Descrever a percepção de familiares e de portadores de transtorno mental sobre a assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial	Qualitativa	Pesquisa de Campo; Entrevistas	Análise de conteúdo a partir da Fenomenologia Social de Alfred Schütz	2 0 1 2	Artigo
Victor Hugo Rodrigues Medeiros Maria Inês Badaró Moreira	<b>Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS</b>	Analisar a concepção do cuidado em saúde mental por meio da contribuição dos usuários e do entendimento de seus modos de fazer saúde mental	Qualitativa	Entrevistas; Diários de campo	Análise narrativa	2 0 2 2	Artigo
Hércules Rigoni Bossato Rosane Mara Pontes de Oliveira Virginia Faria Damásio Dutra Cristina Maria Douat Loyola	<b>A enfermagem e o protagonismo do usuário no CAPS: um estudo na perspectiva construcionista</b>	Analisar as ações da equipe de Enfermagem que promovem o protagonismo do usuário no Centro de Reabilitação Psicossocial	Qualitativa	Pesquisa de campo; Diários de campo; registros narrativos	Análise narrativa	2 0 2 1	Artigo
Inacia Bezerra de Lima Domingos Alves Antônia Regina Ferreira Furegato	<b>Indicadores de saúde mental para a Rede de Atenção Psicossocial brasileira: uma proposta</b>	Propor indicadores de saúde mental destinados a gestão da Rede de Atenção em saúde mental, a começar da convergência da sua utilização, em países com organização pública de saúde	Exploratória e qualitativa	Documentos normativos	Análise documental	2 0 2 2	Artigo
Vírvia Ponte Alcântara	<b>Perspectivas acerca do conceito de saúde</b>	Analisar o conceito de saúde mental a partir	Exploratória e qualitativa	Documentos; Artigos	Análise de Conceito	2 0	Artigo

Camilla Araújo Lopes Vieira Samara Vasconcelos Alves	<b>mental: análise das produções científicas brasileiras</b>	da compreensão de seus modelos teóricos, construídos pelo recorte da produção científica				1 9	
Ana Laura Pires Rodvalho Renata Fabiana Pegoraro	<b>O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos</b>	Investigar a partir do itinerário terapêutico do usuário, a percepção dos familiares sobre o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial	Qualitativa	Pesquisa de campo; Entrevistas	Análise de conteúdo a partir da Teoria Fundamentada em Dados	2 0 2 0	Artigo
Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata Daniel Groisman Desiane Alves Martins Elaine Teixeira Rabello Flávio Sagnori Mota Marco Aurélio Jorge Mariana Lima Nogueira Renata Ruiz Calicchio Renata Veloso Vasconcelos	<b>Saúde mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais</b>	Discutir os desafios para a implementação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da desinstitucionalização e territorialização do cuidado	Qualitativa	Entrevistas; Grupos Focais; Pesquisa de Campo	Análise de Conteúdo	2 0 1 7	Artigo
Tacianna Bandim Pedrosa Pablo Cáceres-Serrano	<b>Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental</b>	Diante da complexidade desta demanda, temos diversos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que requerem trabalho intersetorial articulado em rede, não obstante, estudos apontam variadas falhas em sua	Não-experimental, transseccional, retrospectiva	Banco de dados do Censo SUAS 2019	Análise de Correspondência Múltipla	2 0 2 1	Artigo

		execução. Neste estudo estatístico secundário, propomos a discussão desta articulação baseada nos resultados do Censo SUAS 2019					
Beatriz da Silva Souza Danielle Abdel Massih Pio	<b>Perspectivas de usuários em sofrimento psíquico sobre um serviço de Pronto Atendimento</b>	Analisar a perspectiva dos usuários sobre o atendimento à demanda de sofrimento psíquico em um serviço pré-hospitalar, a fim de identificar sua percepção acerca da assistência e do acolhimento de sua queixa, quais recursos são oferecidos diante de suas necessidades e a resolutividade do cuidado direcionado à saúde mental, quanto à articulação da rede de atenção psicossocial e da rede de urgência e emergência	Qualitativa	Pesquisa de Campo; Entrevistas	Análise Temática	2 0 2 1	Artigo
Rosana Onocko-Campos	<b>Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios</b>	Apontar os avanços, retrocessos e desafios na Política de Saúde Mental no Brasil	Qualitativa	Documentos	Análise Documental	2 0 1 9	Artigo
Luana Maria Rocha da Silva Francisco Elenilton Rodrigues do Nascimento Eryka Maria Sousa de Almeida	<b>A Política de Saúde Mental no contexto brasileiro: reflexões históricas e conjuntura atual no governo Bolsonaro</b>	Analisar a política de saúde mental durante os primeiros anos do governo Bolsonaro referente aos desafios,	Qualitativa	Documentos	Análise Documental	2 0 2 1	Artigo

		retrocessos e avanços vivenciados					
Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima Jacileide Guimarães	<b>Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações</b>	Discutir os modos de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando a recursividade que se estabelece entre estes e as características do cuidado continuado em território	Qualitativa	Pesquisa de campo; Grupo focal	Pensamento Complexo, de orientação Moriniana	2 0 1 9	Artigo
Karine Wlasenko Nicolau	<b>Grupalidade como dispositivo tecnológico em saúde mental: discursos e representações em análise</b>	Refletir a respeito da grupalidade nos serviços substitutivos de Saúde Mental denominados Centros de Atenção Psicossocial	Qualitativa e tipo descritivo-exploratório	Questionários, observação participante, grupos de discussão com profissionais de saúde e entrevistas com usuários(as)	Elaboração de Discursos do Sujeito Coletivo com o auxílio do programa Qualiquantisoft, fundamentado na Teoria das Representações Sociais	2 0 1 8	Tese
Otávio Cavalcante Ramalho	<b>O apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal</b>	Analisar o processo de implementação do apoio matricial realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial e sua articulação com a rede de atenção psicossocial do Distrito Federal, e ainda, apresentar proposta de implementação do matriciamento para a promoção da saúde mental na rede de atenção psicossocial na perspectiva do	Qualitativa descritivo-exploratória	Grupos Focais	Análise de Conteúdo Temática	2 0 1 8	Dissertação

		planejamento estratégico					
Adriano Kasiorowski de Araújo	<b>Avaliação em saúde mental: o processo de acolhimento</b>	Entender o acolhimento, considerando a percepção dos trabalhadores e identificando o vínculo e a articulação da rede nesse processo	Qualitativa	Entrevistas	Hermenêutica filosófica Gadameriana	2 0 1 2	Dissertação
Caroline Duque Santana	<b>Mudanças percebidas pelos usuários durante tratamento no serviço de Psicologia e Psiquiatria em uma Unidade Básica no município de São Paulo</b>	Analisar as mudanças percebidas pelos usuários durante o tratamento no serviço de psicologia e psiquiatria em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo	Quantitativa, transversal, descritiva e exploratória	Escala de Mudanças Percebidas e questionário sociodemográfico e clínico	Realizou-se análise descritiva, univariada e múltipla por meio de Regressão Linear Múltipla	2 0 2 1	Dissertação
Claudiney Yamaguti Augusto	<b>Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica no município de Itapevi - SP</b>	Promover discussões sobre identificação e manejo de casos em saúde mental com equipes de Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Básica do município de Itapevi / SP.	Qualitativa	Grupos de reflexão	Agrupamento em eixos temáticos e categorias segundo o significado apreendido pelo pesquisador dos conteúdos das verbalizações	2 0 1 8	Dissertação
Jaqueline Ferreira da Silva	<b>Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais da Atenção Básica e estratégica em saúde mental</b>	Identificar como tem ocorrido a atenção psicossocial ao adolescente sob a ótica de Profissionais vinculados a um serviço de Atenção Psicossocial Estratégica, no caso o	Qualitativa descritivo-exploratória	Formulários de caracterização e entrevistas semiestruturadas	Análise de Conteúdo Temática	2 0 1 6	Dissertação



		Centro de Atenção Psicossocial Estratégica Infantojuvenil (CAPSij), e a serviços da Atenção Básica em Saúde referentes à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Unidade de Saúde da Família (USF)					
Felipe Aureliano Martins	<b>O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia: COVID-19</b>	Analisar a compreensão dos profissionais de saúde referente à noção de trabalho interprofissional para a exercício do cuidado em saúde mental de pessoas vulneradas pelo sofrimento psíquico, os impactos da pandemia no cotidiano do trabalho interprofissional de um serviço de saúde mental e sua articulação com outros serviços da RAPS e os movimentos instituídos e instituintes referentes ao trabalho em saúde mental no contexto de pandemia da COVID-19. Objetivo: Analisar o trabalho Interprofissional em um	Qualitativa descritivo-exploratória	Diário de campo e entrevistas semiestruturadas	Análise Institucional	2 0 2 1	Dissertação

		CAPS no contexto de pandemia: COVID-19					
Ildo dos Santos Ferreira	<b>Encontros e desencontros entre o SUS e o SINASE: a discricionariedade nos atendimentos em saúde mental</b>	Estudar a atuação de uma equipe de saúde mental e a discricionariedade de seus integrantes (LIPSKY, 1980) na implementação das leis que normatizam os atendimentos em saúde referentes aos adolescentes em conflito com a lei. Assim, também foi possível entender qual o papel dessa equipe no acesso a 12 direitos, que inclui os atendimentos aos adolescentes encaminhados pela Fundação CASA	Qualitativa	Diário de Campo, entrevistas, levantamento bibliográfico e documental	Análise documental; Análise de Conteúdo	2 0 1 7	Dissertação
Maria Giovana Borges Saidel	<b>Representações sociais de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental: estudo de caso qualitativo</b>	Compreender as percepções da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas	Análise de Conteúdo Temática – Teoria das Representações Sociais	2 0 1 5	Tese
Isabela Dias Mendonça de Araújo	<b>Articulação intersetorial entre a Atenção Psicossocial e o Sistema Único de Assistência Social: o</b>	Identificar as estratégias de rede e de articulação intersetorial entre os serviços da RAPS e do	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas	Análise de Conteúdo	2 0 2 2	TCC

	<b>cuidado ofertado à população em situação de rua em franco da rocha/sp</b>	SUAS utilizadas pelo município de Franco da Rocha, para o cuidado psicossocial de pessoas em situação de rua durante a pandemia de Covid19.					
Gabriela Sponchiado Marinho	<b>O avanço da contrarreforma psiquiátrica e os sentidos da institucionalização do usuário da Rede de Atenção Psicossocial: uma revisão narrativa</b>	Analisar o discurso de periódicos publicados no país nos últimos cinco anos sobre os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira, atrelados às práticas de institucionalização dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial, bem como a constituição e a aplicação das políticas públicas de saúde mental no Sistema Único de Saúde	Qualitativa bibliográfica	Levantamento bibliográfico no Portal de Periódico da Capes	Análise bibliográfica	2 0 2 1	TCC
Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima	<b>Entre fios e nós: uma análise da Rede de Atenção Psicossocial de Natal/RN</b>	Analisar a RAPS Natal/RN, considerando o cuidado em território e seus modos de articulação; e de maneira específica: elaborar um desenho da rede, relacionando a capacidade instalada municipal, os fluxos assistenciais da atualidade e as	Qualitativa	Diário de Campo, grupos focais	Análise a partir do Pensamento Complexo, de orientação moriniana	2 0 1 8	Tese

		parcerias intersetoriais diretamente relacionadas à linha do cuidado em atenção psicossocial; compreender os modos de articulação entre os serviços que a compõem, considerando a continuidade do cuidado no território; propor estratégias para potencializar a referida rede de atenção, com base nas especificidades locais-regionais					
--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: quadro elaborado pela pesquisadora (2023).

Nota-se que dos 43 trabalhos analisados apenas dois tiveram abordagem quantitativa, um tratando-se de uma amostra com 120 usuários e o outro da análise do Banco de Dados do Censo SUAS 2019. Além disso, desses 43 trabalhos, oito tiveram abordagem qualitativa a partir da análise documental em banco de dados ou em documentos oficiais. Os demais resultados seguiram delineamento qualitativo empírico a partir de pesquisa de campo e entrevistas fundamentadas pela análise de conteúdo temática, história oral, hermenêutica filosófica, análise narrativa, entre outros.

Ao examinar a produção científica sobre o cuidado em saúde mental no Brasil, percebe-se que, geralmente, as pesquisas são limitadas a serviços ou municípios específicos, se concentrando principalmente no eixo sul/sudeste. Na revisão integrativa apenas um dos trabalhos encontrados foi realizado na região centro-oeste (Brasília) e nenhum na região norte. Neste sentido, é premente a necessidade de explorar mais amplamente esse tema, revelando o tipo de cuidado oferecido pelos diversos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial em suas variadas realidades regionais.

Em relação às problemáticas abordadas em relação aos serviços substitutivos os autores Medeiros *et al.* (2022), Leão *et al.* (2021), Querino *et al.* (2020), Cruz *et al.* (2020), Onocko-Campos (2019), Evangelista *et al.* (2018), Zeferino *et al.* (2016), Borba *et al.* (2012), apontam para uma percepção de estagnação da rede, de ausência de avanço na Raps, para insuficiência de serviços e profissionais. Nesse sentido, denunciam que o sucateamento dos serviços da atenção psicossocial, a falta de investimento político, econômico e técnico, reverberam na ineficiência na produção do cuidado, seja por problemas estruturais, na falta de recursos humanos, no despreparo da formação, no modelo biomédico ainda predominante ou na precariedade das políticas públicas de inclusão social. Somado a isso, apontam que desde 2017 nota-se um processo de desmonte, com a redução de equipamentos e de recursos humanos.

Os autores Silveira *et al.* (2019) elencam os desafios na rede de saúde mental, como as orientações aos usuários, encaminhamento e acesso aos serviços substitutivos como elementos dificultadores. Araújo e Tanaka (2012) reiteram como possibilidade para efetivação do modo psicossocial o compartilhamento do cuidado, citando tanto o acolhimento, como o fortalecimento de vínculo como vias possíveis e

potentes de cuidado. Duarte e Olschowsky (2013) sinalizam ainda para a necessidade de superação do modelo biomédico e no cuidado pautado apenas na supressão de sintomas e no excesso de medicalização, reflexos de uma formação que não prepara os profissionais para outras formas de produção de cuidado.

Pontes *et al.* (2021) também mencionam a rotatividade dos profissionais como um desafio para a continuidade do tratamento, uma vez que provocam o rompimento de vínculo com os usuários. Ressaltam que esse movimento reflete no estigma que área de saúde mental carrega e na escassez de investimentos das políticas públicas, que acarreta na falta de condições de trabalho e na desvalorização profissional. Pontes *et al.* (2021) e Coelho *et al.* (2021) também mencionam a importância do trabalho de psicoeducação com as famílias para fortalecimento de vínculos e efetivação da corresponsabilização do cuidado. Além disso, Barros *et al.* (2021) reiteram a importância imprescindível dos serviços substitutivos para os usuários e a necessidade imperativa do investimento de políticas públicas para melhoria dos serviços prestados.

Rodvalho *et al.* (2020), Prata *et al.* (2017) e Manfrê (2015) apontam para a fragilidade do trabalho em rede, para ausência de articulação entre os serviços e centralização das demandas, o que acaba por sobrecarregar os serviços especializados, ocasionando em atuações isoladas. Souza e Pio (2021) também elencam a dificuldade de acesso aos serviços; a falta de respaldo da Atenção Básica para lidar com questões referentes à saúde mental, contemplando em suas práticas a promoção de saúde nesse aspecto; a necessidade de capacitação dos profissionais no setor de urgência e emergência para um acolhimento humanizado; o combate ao estigma associado a essa parcela da população e a resolução de um fluxo bem definido à produção de cuidado em saúde mental. Além disso, Honorato (2021) sinaliza para a desarticulação dos princípios da desinstitucionalização nas estruturas urbanas e da necessidade de situar esses espaços como possibilidade concreta de convívio e inclusão social.

Clementino *et al.* (2017) assevera que as potencialidades dos serviços aparecem na forma das tecnologias leves, ou seja, no acolhimento, na escuta qualificada, na qualidade da assistência mesmo em face às adversidades estruturais. Nesse sentido, Araújo e Tanaka (2012) ressaltam que o investimento em tecnologias leves pode ocupar o cerne da problemática, potencializando a integralidade do

cuidado e efetivando o modo de cuidado psicossocial. Schran *et al.* (2019) aborda também a importância da gestão nesses serviços a fim de oferecer aos usuários uma assistência humanizada e resolutiva.

Lima *et al.* (2022) argumenta sobre a importância dos indicadores como métrica para os serviços da RAPS a fim de evidenciar os aspectos de gestão, incidência, prevalência, morbidade, entre outras informações que possam contribuir para promoção de saúde na área da saúde mental.

Lima e Guimarães (2019) também pontuam que o cuidado produzido nos serviços substitutivos é demarcado predominantemente pela especialidade, medicalização e fragmentação da rede. Nesse sentido, sugerem o matriciamento como ferramenta para organização da gestão e produção do cuidado em rede em saúde mental e ressaltam a necessidade de se inserir o usuário em sofrimento psíquico como protagonista no processo de cuidado.

De forma geral os trabalhos são quase unânimes em apontar a falta de articulação da rede, desproporcionalidade, excesso de burocratização dos serviços, insuficiência de leitos de Atenção Integral, carência de serviços de urgência, entre outros. Além disso, sinalizam que é fundamental o compromisso dos gestores na expansão destes serviços na Atenção Básica, na criação de diretrizes para as ações em saúde mental, na contratação de especialistas e qualificação dos profissionais generalistas. Apontam que os serviços precisam ampliar sua integração, a comunicação intersetorial e para necessidade da superação do modelo biomédico a fim de potencializar o fluxo e, conseqüentemente, a resolutividade das ações (Honorato, 2022; Leão *et al.*, 2021; Coelho *et al.*, 2021; Barros *et al.*, 2021; Ramalho, 2018; Araújo; Tanaka, 2012).

As pesquisas também enfatizam a necessidade de se ampliar o debate acerca dos meios de se fazer resistência ao desmonte da Política Nacional de Saúde Mental ressaltando o sucateamento dos serviços de base comunitária (Onocko-Campos, 2019; Cruz *et al.*, 2020).

Pode-se dizer que a desarticulação da rede (RAPS) foi tema recorrente nos artigos. Os autores indicam que há vários fatores que contribuem para essa problemática. O principal reside na falta de articulação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, seja por falta de comunicação entre os profissionais, na falta de conhecimento acerca do fluxo assistencial e, acima de tudo, nos esforços escassos

de aproximação entre os serviços (Querino *et al.*, 2020; Souza; Carvalho, 2014; Lima, 2018; Ramalho, 2018; Silveira *et al.*, 2019; Silva, 2016).

Como argumenta Lancetti (2016) e Souza e Carvalho (2014) a rede contempla serviços que não se comunicam, se isolam na oferta de cuidado e provocam à supervalorização dos serviços especializados. Lancetti (2016) ainda acrescenta que os CAPS acabam constituindo serviços centrados em si mesmos, gerando uma reclusão tecnocrática, sobrecarga e excesso de burocracia.

Lima (2018) reitera que essa falta de articulação entre os serviços acaba por negligenciar o cuidado integral, privilegiando ações curativistas. Relata que o âmago desta problemática não reside na busca por serviços especializados, mas no seu caráter de isolamento, ou seja, na ausência de uma interação conjunta com os demais dispositivos da RAPS. Lima (2018) acrescenta que:

[...] não é a intenção minimizar a importância dos serviços especializados no contexto da RAPS, mas sim elevar o nível e a complexidade do debate, abrindo possibilidades para outros focos de análise. Além de alertar para a posição lacunar que os serviços de urgência e emergência vêm ocupando na referida rede, com possíveis complicações para a continuidade do cuidado em território (Lima, 2018, p. 53).

Deste modo, o que se percebe é que há uma centralização dos serviços especializados, deixando os demais componentes da RAPS à margem no processo de cuidado. A integralidade do cuidado acaba enfraquecida pelo domínio da especialidade, principalmente, no que se refere ao saber médico psiquiátrico.

Neste sentido, percebem-se resquícios da lógica manicomial presentes nas relações de poder destes espaços, na medida em que o saber médico-psiquiátrico ainda domina a dinâmica destes serviços em detrimento de outros atores e saberes. Além disso, pontua-se que o movimento de resistência que surgiu com a Reforma Psiquiátrica foi enfraquecendo ao longo dos anos. É inegável o papel que o movimento dos trabalhadores da saúde teve na constituição da Política Nacional em Saúde Mental e na efetivação da rede e nos serviços de base comunitária. Não obstante, com o desmonte que vem acontecendo de forma escancarada, é salutar o resgate destes trabalhadores, dos usuários, das famílias na discussão acerca das possibilidades para superar os retrocessos da política em saúde mental (Medeiros, 2022; Pedrosa, 2022; Leão *et al.*, 2021; Cruz *et al.*, 2019; Prata *et al.*, 2017).



Obviamente que as adversidades enfrentadas pela RAPS também refletem nos processos de trabalho, nas frustrações com a dinâmica do serviço e implicam na perda de força deste movimento e em profissionais desgastados e sobrecarregados.

Os autores também assinalam sobre a importância dos investimentos na formação dos técnicos e profissionais que atuam na ponta desta rede e na necessidade do fortalecimento da Atenção Básica, que precisa funcionar efetivamente como respaldo dos serviços especializados e como referência do usuário no território. Ou seja, de forma simplificada, pensar a Rede enquanto tal, não como pontos que não se comunicam.

Os avanços conquistados até então são indiscutíveis e a efetivação da RAPS demarcou uma conquista fundamental no processo de caminhos extramuros. No entanto, o que se coloca é de que maneira esses serviços estão funcionando. Pode-se afirmar que o modelo asilar foi, de fato, superado no decorrer destas décadas? Os autores argumentam que a proposta preconizada na Reforma Psiquiátrica enquanto espaço de trocas, construção de saberes, superação de preconceitos ainda parece incipiente. Reiteram que, embora, quase ninguém da área defenda a lógica asilar, ainda há uma lógica institucional que persiste e que se fortalece no projeto político dos mais conservadores (Medeiros, 2022; Pedrosa, 2022; Leão *et al.*, 2021; Cruz *et al.*, 2019; Prata *et al.*, 2017).

Neste sentido, a revisão integrativa sinaliza para dois caminhos que convergem e preocupam. De um lado está o sucateamento dos serviços de atenção psicossocial, evidenciados por um trabalho em rede que é incipiente, pela falta de investimentos políticos, de recursos humanos, de burocratização do trabalho, de profissionais adoecidos e sobrecarregados. E, por outro lado, de um projeto de governo que operava desde 2017 em um processo de desmonte que vai na contramão dos avanços conquistados nas últimas décadas. As implicações de como este projeto político fomenta o modelo hospitalocêntrico, priorizando o saber médico psiquiátrico clássico e a internação como fontes curativas, acaba por alimentar o estigma da loucura e refletem em como a rede se estabelece no cotidiano e em como os atores envolvidos operam nestes serviços.

Os autores alertam para a necessidade do resgate às forças que mobilizaram os anos posteriores à Reforma Psiquiátrica, ao engajamento e mobilização para o fortalecimento da RAPS e criação de novos caminhos que produzam mudanças nos

obstáculos encontrados e valorização dos serviços em saúde mental. Como diria o poema de Antônio Machado: “[...] camião, no hay camião. Se hace camião al andar.” Não há respostas prontas, mas uma construção conjunta e articulada para transformações e avanços possíveis na luta e na garantia de direitos<sup>2</sup>.

## 5.2 Análise dos dados dos profissionais de saúde de nível superior

Neste tópico serão apresentados os quadros com as questões abordadas nas entrevistas e a subsequente construção das categorias de análise e do DSC dos profissionais de saúde de nível superior. Reitera-se que a fala dos profissionais serão referenciadas por meio das siglas das profissões conforme lista apresentada no início do trabalho.

### Quadro 3 – Primeira questão abordada (Profissionais de saúde)

<b>Questão 1: Na sua concepção, como você avalia os serviços de saúde mental?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
AS: Hoje eu vejo que os pacientes psiquiátricos são bem acolhidos, hoje eu vejo que tem uma escuta qualificada né, eles não são mais estigmatizados, isolados né, tem a inclusão deles na sociedade. Então, tem melhorado muito, mas precisa melhorar mais, né. Mas só o fato dele estar em um ambiente como o CAPS, com a porta aberta, que a gente trabalha com a socialização, né, o olhar para a sociedade e para o ser humano e ver que não é um ambiente fechado, que eles podem conviver, já foi um grande passo.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: A Reforma Psiquiátrica foi efetiva.
AS2: Nem todas as pessoas entendem o que é a saúde mental e como que o trabalho deve ser feito. Ainda há muita confusão, se tem que ficar internado ou não e para que servem os CAPS. Eu acredito que a gente precisa publicizar mais ainda esse serviço.	1ª ideia: Há uma falta de entendimento sobre os serviços em saúde mental. <b>(B)</b>  2ª ideia: Os serviços precisam ser divulgados. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF.1: A rede vem sendo ampliada, buscando trabalhar de acordo com o que foi definido com a reforma psiquiátrica. Mas a gente também passa por dificuldades estruturais. Eu acho que falta também uma formação, porque às vezes a	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	2ª ancoragem: A Reforma Psiquiátrica apresenta desafios.

<sup>2</sup> Ressalta-se que o texto e os dados da Revisão Integrativa foram transformados em artigo e será publicado pela Revista Multitemas (ISSN 2447-9276).

<p>gente vem para os serviços sem saber como atuar mesmo. Eu falo que na minha faculdade mesmo a formação em Psiquiatria e saúde mental foi muito insuficiente.</p>	<p>2ª ideia: A formação dos profissionais é insuficiente. <b>(D)</b></p>	
<p>ENF.2: Os profissionais são muito empenhados em dar o seu melhor. Pode ser que para o usuário ainda sempre fique faltando, mas assim a gente procura fazer coisas assim que nem é das nossas atribuições, como tá levando paciente no nosso carro para ficar fazendo exames, para consultas com outros profissionais, a gente dá do próprio bolso, tira qualquer coisa, se tiver faltando algo aqui, alguma coisa diferente que eles queiram comer a gente faz cota, faz rifa, faz bazar, faz o que for preciso para poder melhorar um pouquinho, dá algo da melhor forma. Então assim, faz coisas além das nossas atribuições que a gente faz mesmo dentro dos atendimentos individuais, do que a gente tem que fazer mesmo por eles, né.</p>	<p>1ª ideia: Os profissionais são empenhados e investem no serviço por conta própria. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>PSICOL.1: É um serviço assim que tem se esforçado bastante para ampliar sua capacidade de atendimento, que melhorou bastante nos últimos 10 anos, principalmente, a cobertura desses pacientes crônicos, no sentido de oferecer uma alternativa que não seja só atendimento hospitalar ou tratamento médico. Então os CAPS tem esse outro foco né e outras ações terapêuticas que vão para além da ação medicamentosa. Então eu entendo, percebo, que melhorou bastante, mas a gente ainda tem muitas deficiências né, assim tendo em vista que as demandas de saúde mental tem aumentado, no sentido dos casos depressivos, ansiosos, por exemplo, leves né, que não são os transtornos mentais gravíssimos, crônicos, mas um sofrimento mental que vem e estão levando aí a uma construção de quadros depressivos, ansiosos, síndrome de pânico. Então em linhas gerais é um serviço que tem se ampliado, tem melhorado, mas ao mesmo tempo as demandas também tem se multiplicado e tem ganhado novas complexidades, por conta da própria cultura.</p>	<p>1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia: Os serviços não conseguem contemplar todas as demandas. <b>(F)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>PSICOL.2: Como uma necessidade muito grande. Eu acho que a rede de atenção psicossocial hoje presta um serviço que é muito abrangente, único, e que se não fosse essa rede de atendimento talvez muitas pessoas estariam desamparadas no seu atendimento de saúde mental. Lógico como todo serviço às vezes algumas dificuldades vão surgir, questão</p>	<p>1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

de investimento, questão de estrutura, às vezes investimento no próprio servidor, reconhecimento, são algumas dificuldades, mas que mesmo assim os profissionais conseguem prestar um serviço de qualidade e muito importante para uma área que às vezes pela quantidade de pessoas na verdade por vezes fica desamparada.		
PSIQ.1: Acho que a rede é bem articulada em relação a outros lugares, não sei se pela complexidade, recursos, não sei, mas em Campo Grande nos últimos 10 anos expandiu muito, evoluiu muito. Aqui por exemplo a gente tem uma regulação só de psiquiatria. Então, de forma geral, acho que em Campo Grande é bem articulada a rede.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 3: Eu acho que ele é incompleto, não é? Mas ele atende a maioria das coisas que o público necessita, mas ele é incompleto. Aqui fora, também.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 4: No geral, de boa qualidade. Eu acho assim, o acesso é grande, acho que a maior parte das pessoas que precisam, principalmente, aqui que a pessoa atende livre demanda, já é atendido na hora.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSICOL. 3: É um serviço muito bom, mas um tanto limitado devido a ser o único da cidade. A área de atendimento é muito grande. Ele é um local de difícil acesso para a população que existe nas periferias, então tudo isso dificulta um pouco o acesso ao trabalho.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSICOL. 4: Aqui na rede eu acho que os serviços são bons. Se for procurar particular é tão caro, né? E às vezes nem valoriza que tem esse atendimento.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSIQ. 2: Teve uma melhora, mas ainda é muito marginalizada, a gente é meio deixado de lado ainda. Vejo que não é a prioridade ainda da Secretaria de Saúde.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
FONO 1: Olha, eu estou há pouco tempo, mas desde que eu entrei e não conhecia o trabalho da saúde mental eu achei um serviço muito bom, não conhecia e acho que o serviço presta uma assistência muito boa, sabe? Não sei se são em todos os CAPS, mas o CAPS IJ realmente vai atrás do paciente. Quando o paciente falta a gente faz o contato para entender porque aquela família não veio, qual foi a dificuldade, para tentar reagendar, para buscar realmente esse paciente para não deixar ele perder o tratamento.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>ENF. 4: É um trabalho muito bem elaborado, muito bem desenvolvido por toda a equipe multidisciplinar. E isso é importante para a população em geral. E, principalmente pela demanda que a gente atende, é de uma importância ímpar.</p>	<p>1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>ENF. 5: Eu acho que é um serviço que vem crescendo bastante, mas ainda precisa muito de investimento no setor. Porque é muito difícil você resgatar o paciente que faz uso de drogas e álcool. nessa parte, inclusive nas internações, na assistência e também voltado para o serviço social. Na parte de dar auxílio em relação às famílias, porque a gente percebe que a maioria deles, o contexto, começa dentro de casa, lá desde quando era criança, ou a mãe ou pai era usuário. Então acho que precisa ter alguma coisa, algum estudo para direcionar melhor esse tratamento para eles.</p>	<p>1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia: A formação dos profissionais é insuficiente. <b>(D)</b></p>	<p>1ª ancoragem: É difícil resgatar o paciente que faz uso de álcool e drogas.</p>
<p>ENF. 6: Então é bom, mas falta estrutura. Às vezes recebemos pacientes que não é nosso, principalmente no AD, né. Tudo quanto é paciente, a gente absorve. Ficam colocando o paciente de um lado para o outro, aí, como os outros não querem a gente acaba acolhendo essa demanda.</p>	<p>1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>T.O: No papel, no documento, na legislação ok, mas a realidade é muito complicada. E eu sei que muitos profissionais se esforçam muito. Cada um faz seu melhor, mas os serviços deixam muito a desejar.</p>	<p>1ª ideia: Os serviços são insuficientes. <b>(G)</b></p> <p>2ª ideia: Os profissionais são empenhados e investem no serviço por conta própria. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>ENF. 7: Em geral eu creio que nosso serviço é um serviço que atende grande parte da população. Então assim, o serviço fica um pouco sobrecarregado. E os outros CAPS são de referências a transtornos mentais. Três ou quatro a mais para cada região.</p>	<p>1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>ENF. 8: Desculpa, mas o serviço é muito defasado, falta muita coisa. Estamos sozinhos, praticamente isolados do resto, sem muita conexão com os outros órgãos.</p>	<p>1ª ideia: Os serviços são insuficientes. <b>(G)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>PSICOL. 5: Eu vejo que a família quer buscar um lugar para deixar esses pacientes. Já em relação a equipe de trabalho eu percebo a mesma coisa, não é? Como se tivesse um pouco de burnout, burnout, por conta da rotina puxada e os casos são bem graves e isso impacta muito a nossa saúde mental também. Então, a maioria está em terapia, em acompanhamento, com remédio, medicamento, porque se não, não dá conta, porque é muito puxado tanto no</p>	<p>1ª ideia: As famílias percebem os serviços servem como depósito para os pacientes. <b>(H)</b></p> <p>2ª ideia: Os profissionais estão sobrecarregados. <b>(I)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

aspecto do usuário quanto no aspecto do servidor.		
PSICOL. 6: Ele não é um CAPS que lota, a gente consegue ter algum tipo de contato. A gente tem as reuniões de plantão todos os dias, várias vezes por dia e a gente realmente discute todas as condutas que está sendo feito com o paciente, coloca todo mundo para opinar ali, mesmo que não seja o técnico de referência, né? O médico tem um bom diretor técnico, tem um bom contato com a gente, a gente consegue fazer boas trocas, então isso eu vejo que leva o serviço pra frente.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSIQ. 3: A gente percebe que, por mais que seja assim, um serviço nacional, a gente percebe as individualidades de cada estado, de cada cidade e inclusive até dos próprios serviços. A gente tem uma certa autonomia de trabalho, mas a gente fica preso e amarrado em algumas burocracias que às vezes impedem o funcionamento adequado do serviço. Talvez se eu tivesse uma equipe um pouco mais ampliada, duas equipes para trabalhar, talvez fosse mais interessante para conseguir suprir realmente tudo que a gente precisa.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os profissionais estão sobrecarregados. <b>(I)</b>	Não apresenta ancoragens.
FARM.: Eu tenho comigo que é um bom serviço sim.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 9: Eu acho, assim, que o nosso serviço já andou muito, não é? Estou há uns 5 anos na saúde mental já, então eu consigo fazer um comparativo. Acho que a gente está melhorando, tem muita coisa para crescer.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 10: Eu sinto que ainda falta muita informação para a população e até mesmo para os trabalhadores, não é? Sem contar também a estrutura, porque é muito cansativo quando vêm algumas demandas para a gente, não é? Então eu acho que a questão de articular a atenção básica com a saúde mental ainda, a gente, pelo menos aqui no estado, a gente ainda está caminhando para isso e aí o nosso sistema de saúde mental acaba ficando meio sobrecarregado.	1ª ideia: Há uma falta de entendimento sobre os serviços em saúde mental. <b>(B)</b>  2ª ideia: Os serviços precisam ser divulgados. <b>(C)</b>  3ª ideia: Os serviços são insuficientes. <b>(G)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS. 3: Acho que o serviço hoje dos CAPS está bem estruturado. Os CAPS já estão mais integrados com a rede. Eu vejo como um serviço muito bom hoje para os transtornos graves, severos, não é?	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS.4: Eu acredito que a gente ainda tem muito a caminhar, levando em consideração os princípios da reforma	1ª ideia: Os serviços são insuficientes. <b>(G)</b>	2ª ancoragem: A Reforma Psiquiátrica apresenta desafios.

psiquiátrica. Está no caminho ainda. Eu acho que a reforma é, ainda, digamos que seja um pouco recente.		
ENF. 11: Olha, eu diria que desde que surgiu o CAPS no SUS, foi assim, um ganho muito grande para quem precisa do serviço, que se utiliza deles, os pacientes. Principalmente porque a família toda eu acho que tem sido bem contemplada, não é? Melhorou muito o acesso, principalmente, e em termos de aceitarem a doença, não é?	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSICOL. 7: Eu acho que tem algumas falhas, mas por questão de falta de profissional, de material para a gente trabalhar, mas no geral eu acho que é um bom atendimento.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os profissionais estão sobrecarregados. <b>(I)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 5: Olha, avalio que está bom. Em vista do que estava antes, abertura de novos CAPS, abertura da residência terapêutica. Eu acho que está bom.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 6: De uma forma geral, eu vejo como um serviço bom. A rede é integrada, ela conversa entre si. E eu vejo que na saúde mental isso é muito importante.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 7: Hoje, na atual conjuntura que está, é um serviço que está ainda falta muita coisa para aprimorar. Eu tenho como base os nossos pacientes que vêm e às vezes não têm a disponibilidade de um amplo atendimento com psicoterapia que muitos necessitam. Então eu acho o atendimento no geral, muita burocracia para um atendimento que tem que ser imediato, não é?	1ª ideia: Os serviços são insuficientes. <b>(G)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 12: Muito bom. Eu acho o serviço em saúde mental do município muito bom. Acho que o serviço funciona.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 13: Mas agora o serviço está disponível para a população toda, né? E aqui a gente tem um certo feeling assim, para lidar com essas situações. No entanto, a equipe de saúde aqui do município literalmente está tirando leite do pouquinho que tem, vamos dizer assim, não é? Dos recursos e do que a gente pode fazer em prol do paciente.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os profissionais são empenhados e investem no serviço por conta própria. <b>(E)</b>	Não apresenta ancoragens.
MED. 1: Eu acho que é um serviço assim que tem uma qualidade diferenciada em	1ª ideia: O serviço apresenta problemas,	Não apresenta ancoragens.

relação ao particular. Então, por exemplo, quando a gente tem um problema com algum paciente mais grave a gente faz visita domiciliar. Eu acho isso uma grande qualidade na área pública. Especialistas mesmo, por exemplo, psiquiatra tem pouco, tanto que a gente tem muito clínico no atendimento dos CAPS, porque não tem quantidade suficiente de profissionais para cobrir esses ambulatórios.	mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os profissionais estão sobrecarregados. <b>(I)</b>	
PSICOL. 8: Depende muito do lugar onde os serviços estão sendo estruturados, dos municípios. Tem coisas que a gente precisa, talvez de mais apoio, inclusive da rede como um todo, das unidades básicas. E eu acredito que a gente vem conseguindo desenvolver um bom trabalho.	1ª ideia: O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

Conforme observado no quadro, a questão 1 (na sua concepção, como você avalia os serviços de saúde mental?) apresentou nove categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado.

**Categoria B:** Há uma falta de entendimento sobre os serviços em saúde mental.

**Categoria C:** Os serviços precisam ser divulgados.

**Categoria D:** A formação dos profissionais é insuficiente.

**Categoria E:** Os profissionais são empenhados e investem no serviço por conta própria.

**Categoria F:** Os serviços não conseguem contemplar todas as demandas.

**Categoria G:** Os serviços são insuficientes.

**Categoria H:** As famílias percebem os serviços servem como depósito para os pacientes.

**Categoria I:** Os profissionais estão sobrecarregados.

A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria. Ressalta-se que as categorias que apresentaram apenas um sujeito serão excluídas dessa etapa da construção.

**Categoria A:** O serviço apresenta problemas, mas contribui de forma positiva com o modo de cuidado ofertado.



EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Hoje eu vejo que os pacientes psiquiátricos são bem acolhidos, hoje eu vejo que tem uma escuta qualificada né, eles não são mais estigmatizados, isolados né, tem a inclusão deles na sociedade. Então, tem melhorado muito, mas precisa melhorar mais, né. Mas só o fato dele estar em um ambiente como o CAPS, com a porta aberta, que a gente trabalha com a socialização, né, o olhar para a sociedade e para o ser humano e ver que não é um ambiente fechado, que eles podem conviver, já foi um grande passo.</p> <p>Suj. 2: A rede vem sendo ampliada, buscando trabalhar de acordo com o que foi definido com a reforma psiquiátrica. Mas a gente também passa por dificuldades estruturais.</p> <p>Suj. 3: É um serviço assim que tem se esforçado bastante para ampliar sua capacidade de atendimento, que melhorou bastante nos últimos 10 anos, principalmente, a cobertura desses pacientes crônicos, no sentido de oferecer uma alternativa que não seja só atendimento hospitalar ou tratamento médico. Então os CAPS tem esse outro foco né e outras ações terapêuticas que vão para além da ação medicamentosa. Então eu entendo, percebo, que melhorou bastante, mas a gente ainda tem muitas deficiências né.</p> <p>Suj. 4: Como uma necessidade muito grande. Eu acho que a rede de atenção psicossocial hoje presta um serviço que é muito abrangente, único, e que se não fosse essa rede de atendimento talvez muitas pessoas estariam desamparados no seu atendimento de saúde mental. Lógico como todo serviço às vezes algumas dificuldades vão surgir, questão de investimento, questão de estrutura, às vezes investimento no próprio servidor, reconhecimento, são algumas dificuldades, mas que mesmo assim os profissionais conseguem prestar um serviço de qualidade e muito importante para uma área que às vezes pela quantidade de pessoas na verdade por vezes fica desamparada.</p> <p>Suj. 5: Acho que a rede é bem articulada em relação a outros lugares, não sei se pela complexidade, recursos, não sei, mas em Campo Grande nos últimos 10 anos expandiu muito, evoluiu muito. Aqui por exemplo a gente tem uma regulação só de psiquiatria. Então, de forma geral, acho que em Campo Grande é bem articulada a rede.</p> <p>Suj. 6: Eu acho que ele é incompleto, não é? Mas ele atende a maioria das coisas que o público necessita, mas ele é incompleto. Aqui fora, também.</p> <p>Suj. 7: No geral, de boa qualidade. Eu acho assim, o acesso é grande, acho que a maior</p>	<p><i>“Eu tenho comigo que é um bom serviço sim. Hoje eu vejo que os pacientes psiquiátricos são bem acolhidos, hoje eu vejo que tem uma escuta qualificada né, eles não são mais estigmatizados, isolados né, tem a inclusão deles na sociedade. Então, tem melhorado muito, mas precisa melhorar mais, né. Mas só o fato dele estar em um ambiente como o CAPS, com a porta aberta, que a gente trabalha com a socialização, né, o olhar para a sociedade e para o ser humano e ver que não é um ambiente fechado, que eles podem conviver, já foi um grande passo. É um serviço assim que tem se esforçado bastante para ampliar sua capacidade de atendimento, que melhorou bastante nos últimos 10 anos, principalmente, a cobertura desses pacientes crônicos, no sentido de oferecer uma alternativa que não seja só atendimento hospitalar ou tratamento médico. Então os CAPS tem esse outro foco né e outras ações terapêuticas que vão para além da ação medicamentosa. Então eu entendo, percebo, que melhorou bastante, mas a gente ainda tem muitas deficiências né. Mas a rede vem sendo ampliada, buscando trabalhar de acordo com o que foi definido com a reforma psiquiátrica. Mas a gente também passa por dificuldades estruturais. Eu acho que ele é incompleto, não é? Mas ele atende a maioria das coisas que o público necessita, mesmo incompleto. Aqui fora, também. É um serviço muito bom, mas um tanto limitado devido a ser o único da cidade. A área de atendimento é muito grande. Ele é um local de difícil acesso para a população que existe nas periferias, então tudo isso dificulta um pouco o acesso ao trabalho. Então assim, teve uma melhora, mas ainda é muito marginalizada, a gente é meio deixado de lado ainda. Vejo que não é a prioridade ainda da Secretaria de Saúde. Ou seja, é um serviço que vem crescendo bastante, mas ainda precisa muito de investimento no setor. Porque é muito difícil você resgatar o paciente que faz uso de drogas e álcool, inclusive nas internações, na assistência e também voltado para o serviço social. Na parte de dar auxílio em relação às famílias, porque a gente percebe que a maioria deles, o contexto, começa dentro de casa, lá desde quando era criança, ou a mãe ou pai era usuário. Então, eu vejo os serviços como uma necessidade muito grande. Eu acho que a rede de atenção psicossocial hoje presta um serviço que é muito abrangente, único, e que se não fosse essa rede de atendimento talvez muitas pessoas estariam desamparados no seu atendimento de saúde mental. Lógico</i></p>

parte das pessoas que precisam, principalmente, aqui que a pessoa atende livre demanda, já é atendido na hora.

Suj. 8: É um serviço muito bom, mas um tanto limitado devido a ser o único da cidade. A área de atendimento é muito grande. Ele é um local de difícil acesso para a população que existe nas periferias, então tudo isso dificulta um pouco o acesso ao trabalho.

Suj. 9: Aqui na rede eu acho que os serviços são bons. Se for procurar particular é tão caro, né? E às vezes nem valoriza que tem esse atendimento.

Suj. 10: Teve uma melhora, mas ainda é muito marginalizada, a gente é meio deixado de lado ainda. Vejo que não é a prioridade ainda da Secretaria de Saúde.

Suj. 11: Olha, eu estou há pouco tempo, mas desde que eu entrei e não conhecia o trabalho da saúde mental eu achei um serviço muito bom, não conhecia e acho que o serviço presta uma assistência muito boa, sabe? Não sei se são em todos os CAPS, mas o CAPS IJ realmente vai atrás do paciente. Quando o paciente falta a gente faz o contato para entender porque aquela família não veio, qual foi a dificuldade, para tentar reagendar, para buscar realmente esse paciente para não deixar ele perder o tratamento.

Suj. 12: É um trabalho muito bem elaborado, muito bem desenvolvido por toda a equipe multidisciplinar. E isso é importante para a população em geral. E, principalmente pela demanda que a gente atende, é de uma importância ímpar.

Suj. 13: Eu acho que é um serviço que vem crescendo bastante, mas ainda precisa muito de investimento no setor. Porque é muito difícil você resgatar o paciente que faz uso de drogas e álcool. nessa parte, inclusive nas internações, na assistência e também voltado para o serviço social. Na parte de dar auxílio em relação às famílias, porque a gente percebe que a maioria deles, o contexto, começa dentro de casa, lá desde quando era criança, ou a mãe ou pai era usuário.

Suj. 14: Então é bom, mas falta estrutura. Às vezes recebemos pacientes que não é nosso, principalmente no AD, né. Tudo quanto é paciente, a gente absorve. Ficam colocando o paciente de um lado para o outro, aí, como os outros não querem a gente acaba acolhendo essa demanda.

Suj. 15: Em geral eu creio que nosso serviço é um serviço que atende grande parte da população. Então assim, o serviço fica um pouco sobrecarregado. E os outros CAPS são de referências a transtornos mentais. Três ou quatro a mais para cada região.

como todo serviço às vezes algumas dificuldades vão surgir, questão de investimento, questão de estrutura, às vezes investimento no próprio servidor, reconhecimento, são algumas dificuldades, mas que mesmo assim os profissionais conseguem prestar um serviço de qualidade e muito importante para uma área que às vezes pela quantidade de pessoas na verdade por vezes fica desamparada. E eu acho que a rede é bem articulada em relação a outros lugares, não sei se pela complexidade, recursos, não sei, mas em Campo Grande nos últimos 10 anos expandiu muito, evoluiu muito. Aqui por exemplo a gente tem uma regulação só de psiquiatria. Então, de forma geral, acho que em Campo Grande é bem articulada a rede. E eu acho assim, o acesso é grande, acho que a maior parte das pessoas que precisam, principalmente, aqui que a pessoa atende livre demanda, já é atendido na hora. E se for procurar particular é tão caro, né? E às vezes nem valoriza que tem esse atendimento. Olha, eu estou há pouco tempo, mas desde que eu entrei e não conhecia o trabalho da saúde mental eu achei um serviço muito bom, não conhecia e acho que o serviço presta uma assistência muito boa, sabe? Não sei se são em todos os CAPS, mas o CAPS IJ realmente vai atrás do paciente. Quando o paciente falta a gente faz o contato para entender porque aquela família não veio, qual foi a dificuldade, para tentar reagendar, para buscar realmente esse paciente para não deixar ele perder o tratamento. É um trabalho muito bem elaborado, muito bem desenvolvido por toda a equipe multidisciplinar. E isso é importante para a população em geral. E, principalmente pela demanda que a gente atende, é de uma importância ímpar. Então é bom, mas falta estrutura. Às vezes recebemos pacientes que não é nosso, principalmente no AD, né. Tudo quanto é paciente, a gente absorve. Ficam colocando o paciente de um lado para o outro, aí, como os outros não querem a gente acaba acolhendo essa demanda. Mas em geral eu creio que nosso serviço é um serviço que atende grande parte da população. Então assim, o serviço fica um pouco sobrecarregado. E os outros CAPS são de referências a transtornos mentais. Três ou quatro a mais para cada região. Mas não é um CAPS que lota, a gente consegue ter algum tipo de contato. A gente tem as reuniões de plantão todos os dias, várias vezes por dia e a gente realmente discute todas as condutas que está sendo feito com o paciente, coloca todo mundo para opinar ali, mesmo que não seja o técnico de referência, né? O médico tem um bom diretor técnico, tem um bom contato

Suj. 16: Ele não é um CAPS que lota, a gente consegue ter algum tipo de contato. A gente tem as reuniões de plantão todos os dias, várias vezes por dia e a gente realmente discute todas as condutas que está sendo feito com o paciente, coloca todo mundo para opinar ali, mesmo que não seja o técnico de referência, né? O médico tem um bom diretor técnico, tem um bom contato com a gente, a gente consegue fazer boas trocas, então isso eu vejo que leva o serviço pra frente.

Suj. 17: A gente percebe que, por mais que seja assim, um serviço nacional, a gente percebe as individualidades de cada estado, de cada cidade e inclusive até dos próprios serviços. A gente tem uma certa autonomia de trabalho, mas a gente fica preso e amarrado em algumas burocracias que às vezes impedem o funcionamento adequado do serviço.

Suj. 18: Eu tenho comigo que é um bom serviço sim.

Suj. 19: Eu acho, assim, que o nosso serviço já andou muito, não é? Estou há uns 5 anos na saúde mental já, então eu consigo fazer um comparativo. Acho que a gente está melhorando, tem muita coisa para crescer.

Suj. 20: Acho que o serviço hoje dos CAPS está bem estruturado. Os CAPS já estão mais integrados com a rede. Eu vejo como um serviço muito bom hoje para os transtornos graves, severos, não é?

Suj. 21: Olha, eu diria que desde que surgiu o CAPS no SUS, foi assim, um ganho muito grande para quem precisa do serviço, que se utiliza deles, os pacientes. Principalmente porque a família toda eu acho que tem sido bem contemplada, não é? Melhorou muito o acesso, principalmente, e em termos de aceitarem a doença, não é?

Suj. 22: Eu acho que tem algumas falhas, mas por questão de falta de profissional, de material para a gente trabalhar, mas no geral eu acho que é um bom atendimento.

Suj. 23: Olha, avalio que está bom. Em vista do que estava antes, abertura de novos CAPS, abertura da residência terapêutica. Eu acho que está bom.

Suj. 24: De uma forma geral, eu vejo como um serviço bom. A rede é integrada, ela conversa entre si. E eu vejo que na saúde mental isso é muito importante.

Suj. 25: Muito bom. Eu acho o serviço em saúde mental do município muito bom. Acho que o serviço funciona.

Suj. 26: Mas agora o serviço está disponível para a população toda, né? E aqui a gente tem um certo feeling assim, para lidar com essas situações.

*com a gente, a gente consegue fazer boas trocas, então isso eu vejo que leva o serviço pra frente. Contudo, a gente percebe que, por mais que seja assim, um serviço nacional, a gente percebe as individualidades de cada estado, de cada cidade e inclusive até dos próprios serviços. A gente tem uma certa autonomia de trabalho, mas a gente fica preso e amarrado em algumas burocracias que às vezes impedem o funcionamento adequado do serviço. Mas, eu acho, assim, que o nosso serviço já andou muito, não é? Estou há uns 5 anos na saúde mental já, então eu consigo fazer um comparativo. Acho que a gente está melhorando, tem muita coisa para crescer. Acho que o serviço hoje dos CAPS está bem estruturado. Os CAPS já estão mais integrados com a rede. Eu vejo como um serviço muito bom hoje para os transtornos graves, severos, não é? Então, eu diria que desde que surgiu o CAPS no SUS, foi assim, um ganho muito grande para quem precisa do serviço, que se utiliza deles, os pacientes. Principalmente porque a família toda eu acho que tem sido bem contemplada, não é? Melhorou muito o acesso, principalmente, e em termos de aceitarem a doença, não é? E agora o serviço está disponível para a população toda, né? E aqui a gente tem um certo feeling assim, para lidar com essas situações. Então, eu acho que é um serviço assim que tem uma qualidade diferenciada em relação ao particular. Então, por exemplo, quando a gente tem um problema com algum paciente mais grave a gente faz visita domiciliar. Eu acho isso uma grande qualidade na área pública. Olha, avalio que está bom. Em vista do que estava antes, abertura de novos CAPS, abertura da residência terapêutica. Eu acho que está bom. Também acho que tem algumas falhas, mas por questão de falta de profissional, de material para a gente trabalhar, mas no geral eu acho que é um bom atendimento. De uma forma geral, eu vejo como um serviço bom. A rede é integrada, ela conversa entre si. E eu vejo que na saúde mental isso é muito importante. O serviço em saúde mental do município é muito bom. Acho que o serviço funciona. Também depende muito do lugar onde os serviços estão sendo estruturados, dos municípios. Tem coisas que a gente precisa, talvez de mais apoio, inclusive da rede como um todo, das unidades básicas. Mas, eu acredito que a gente vem conseguindo desenvolver um bom trabalho.”*

<p>Suj. 27: Eu acho que é um serviço assim que tem uma qualidade diferenciada em relação ao particular. Então, por exemplo, quando a gente tem um problema com algum paciente mais grave a gente faz visita domiciliar. Eu acho isso uma grande qualidade na área pública.</p> <p>Suj. 28: Depende muito do lugar onde os serviços estão sendo estruturados, dos municípios. Tem coisas que a gente precisa, talvez de mais apoio, inclusive da rede como um todo, das unidades básicas. E eu acredito que a gente vem conseguindo desenvolver um bom trabalho.</p>	
---	--

**Categoria B:** Há uma falta de entendimento sobre os serviços em saúde mental.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Nem todas as pessoas entendem o que é a saúde mental e como que o trabalho deve ser feito. Ainda há muita confusão, se tem que ficar internado ou não e para que servem os CAPS.</p> <p>Suj. 2: Eu sinto que ainda falta muita informação para a população e até mesmo para os trabalhadores, não é?</p>	<p><i>“Nem todas as pessoas entendem o que é a saúde mental e como que o trabalho deve ser feito. Ainda há muita confusão, se tem que ficar internado ou não e para que servem os CAPS. E eu sinto que ainda falta muita informação para a população e até mesmo para os trabalhadores, não é?”</i></p>

**Categoria C:** Os serviços precisam ser divulgados.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eu acredito que a gente precisa publicizar mais ainda esse serviço.</p> <p>Suj. 2: Eu sinto que ainda falta muita informação para a população e até mesmo para os trabalhadores, não é?</p>	<p><i>“Eu acredito que a gente precisa publicizar mais ainda esse serviço. Eu sinto que ainda falta muita informação para a população e até mesmo para os trabalhadores, não é?”</i></p>

**Categoria D:** A formação dos profissionais é insuficiente.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eu acho que falta também uma formação, porque às vezes a gente vem para os serviços sem saber como atuar mesmo. Eu falo que na minha faculdade mesmo a formação em Psiquiatria e saúde mental foi muito insuficiente.</p> <p>Suj. 2: Então acho que precisa ter alguma coisa, algum estudo para direcionar melhor esse tratamento para eles.</p>	<p><i>“Eu acho que falta também uma formação, porque às vezes a gente vem para os serviços sem saber como atuar mesmo. Eu falo que na minha faculdade mesmo a formação em Psiquiatria e saúde mental foi muito insuficiente. Então acho que precisa ter alguma coisa, algum estudo para direcionar melhor esse tratamento para eles.”</i></p>

**Categoria E:** Os profissionais são empenhados e investem no serviço por conta própria.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Os profissionais são muito empenhados em dar o seu melhor. Pode ser que para o usuário ainda sempre fique faltando, mas assim a gente procura fazer coisas assim que nem é das nossas atribuições, como tá levando paciente no nosso carro para ficar fazendo exames, para consultas com outros profissionais, a gente dá do próprio bolso, tira qualquer coisa, se tiver faltando algo aqui, alguma coisa diferente que eles queiram comer, a gente faz cota, faz rifa, faz bazar, faz o que for preciso para poder melhorar um pouquinho, dá algo da melhor forma. Então assim, faz coisas além das nossas atribuições que a gente faz mesmo dentro dos atendimentos individuais, do que a gente tem que fazer mesmo por eles, né.</p> <p>Suj. 2: No entanto, a equipe de saúde aqui do município literalmente está tirando leite do pouquinho que tem, vamos dizer assim, não é? Dos recursos e do que a gente pode fazer em prol do paciente.</p> <p>Suj. 3: E eu sei que muitos profissionais se esforçam muito. Cada um faz seu melhor.</p>	<p><i>“Os profissionais são muito empenhados em dar o seu melhor. Pode ser que para o usuário ainda sempre fique faltando, mas assim a gente procura fazer coisas assim que nem é das nossas atribuições, como tá levando paciente no nosso carro para ficar fazendo exames, para consultas com outros profissionais, a gente dá do próprio bolso, tira qualquer coisa, se tiver faltando algo aqui, alguma coisa diferente que eles queiram comer, a gente faz cota, faz rifa, faz bazar, faz o que for preciso para poder melhorar um pouquinho, oferecer algo da melhor forma. Então assim, faz coisas além das nossas atribuições que a gente faz mesmo dentro dos atendimentos individuais, do que a gente tem que fazer mesmo por eles, né. Eu sei que muitos profissionais se esforçam muito. Cada um faz seu melhor. A equipe de saúde aqui do município literalmente está tirando leite do pouquinho que tem, vamos dizer assim, não é? Dos recursos e do que a gente pode fazer em prol do paciente.”</i></p>

### **Categoria G:** Os serviços são insuficientes.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: No papel, no documento, na legislação ok, mas a realidade é muito complicada. Os serviços deixam muito a desejar.</p> <p>Suj. 2: Desculpa, mas o serviço é muito defasado, falta muita coisa. Estamos sozinhos, praticamente isolados do resto, sem muita conexão com os outros órgãos.</p> <p>Suj. 3: Sem contar também a estrutura, porque é muito cansativo quando vêm algumas demandas para a gente, não é? Então eu acho que a questão de articular a atenção básica com a saúde mental ainda, a gente, pelo menos aqui no estado, a gente ainda está caminhando para isso e aí o nosso sistema de saúde mental acaba ficando meio sobrecarregado.</p> <p>Suj. 4: Eu acredito que a gente ainda tem muito a caminhar, levando em consideração os princípios da reforma psiquiátrica. Está no caminho ainda. Eu acho que a reforma é, ainda, digamos que seja um pouco recente.</p> <p>Suj. 5: Hoje, na atual conjuntura que está, é um serviço que está ainda falta muita coisa para aprimorar. Eu tenho como base os nossos pacientes que vêm e às vezes não têm a disponibilidade de um amplo atendimento com psicoterapia que muitos necessitam. Então eu acho o atendimento no geral, muita burocracia</p>	<p><i>“Desculpa, mas o serviço é muito defasado, falta muita coisa. Estamos sozinhos, praticamente isolados do resto, sem muita conexão com os outros órgãos. Sem contar também a estrutura, porque é muito cansativo quando vêm algumas demandas para a gente, não é? Então eu acho que a questão de articular a atenção básica com a saúde mental ainda, a gente, pelo menos aqui no estado, a gente ainda está caminhando para isso e aí o nosso sistema de saúde mental acaba ficando meio sobrecarregado. Eu acredito que a gente ainda tem muito a caminhar, levando em consideração os princípios da reforma psiquiátrica. Está no caminho ainda. Eu acho que a reforma é, ainda, digamos que seja um pouco recente. No papel, no documento, na legislação ok, mas a realidade é muito complicada. Os serviços deixam muito a desejar. Hoje, na atual conjuntura que está, é um serviço que está ainda falta muita coisa para aprimorar. Eu tenho como base os nossos pacientes que vêm e às vezes não têm a disponibilidade de um amplo atendimento com psicoterapia que muitos necessitam. Então eu acho o atendimento no geral, muita burocracia para um atendimento que tem que ser imediato, não é?”</i></p>

para um atendimento que tem que ser imediato, não é?	
--	--

**Categoria I:** Os profissionais estão sobrecarregados.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Como se tivesse um pouco de burnout, burnout, por conta da rotina puxada e os casos são bem graves e isso impacta muito a nossa saúde mental também. Então, a maioria está em terapia, em acompanhamento, com remédio, medicamento, porque se não, não dá conta, porque é muito puxado tanto no aspecto do usuário quanto no aspecto do servidor.</p> <p>Suj. 2: Talvez se eu tivesse uma equipe um pouco mais ampliada, duas equipes para trabalhar, talvez fosse mais interessante para conseguir suprir realmente tudo que a gente precisa.</p> <p>Suj. 3: Eu acho que tem algumas falhas, mas por questão de falta de profissional.</p> <p>Suj. 4: Especialistas mesmo, por exemplo, psiquiatra tem pouco, tanto que a gente tem muito clínico no atendimento dos CAPS, porque não tem quantidade suficiente de profissionais para cobrir esses ambulatórios.</p>	<p><i>“Eu acho que tem algumas falhas, mas por questão de falta de profissional. É como se tivesse um pouco de burnout, por conta da rotina puxada e os casos são bem graves e isso impacta muito a nossa saúde mental também. Então, a maioria está em terapia, em acompanhamento, com remédio, medicamento, porque se não, não dá conta, porque é muito puxado tanto no aspecto do usuário quanto no aspecto do servidor. Talvez se eu tivesse uma equipe um pouco mais ampliada, duas equipes para trabalhar, talvez fosse mais interessante para conseguir suprir realmente tudo que a gente precisa. Especialistas mesmo, por exemplo, psiquiatra tem pouco, tanto que a gente tem muito clínico no atendimento dos CAPS, porque não tem quantidade suficiente de profissionais para cobrir esses ambulatórios.”</i></p>

Nesta primeira questão três aspectos se sobressaem: o primeiro relacionado a opinião da maioria que considera os serviços de saúde mental especializados em Campo Grande-MS como satisfatórios, embora apresentem uma série de ressalvas. O segundo aspecto evidenciado se refere às considerações de que os serviços são insuficientes ao que se propõe, complementando o terceiro aspecto referente à sobrecarga dos profissionais.

Ressalta-se que mesmo apresentando posições antagônicas entre aqueles que consideram o serviço satisfatório e aqueles que não, todos são unânimes em apontar o sucateamento dos serviços da atenção psicossocial e a falta de investimento político, econômico e técnico. Mesmo na categoria A, em que os profissionais consideram um bom serviço, diversas dificuldades são elencadas. Entre elas, os profissionais citam: as dificuldades estruturais, falta de recursos, falta de recursos humanos, dificuldades de acesso, excesso de burocracia e falta de respaldo de outros dispositivos da rede. Essa posição fica claramente expressa no discurso:

*“Lógico como todo serviço às vezes algumas dificuldades vão surgir, questão de investimento, questão de estrutura, às vezes investimento no próprio servidor, reconhecimento, são algumas dificuldades,*

*mas que mesmo assim os profissionais conseguem prestar um serviço de qualidade e muito importante para uma área que às vezes pela quantidade de pessoas na verdade por vezes fica desamparada”.*

Essa fala também corrobora a categoria acerca do esgotamento dos trabalhadores da área. O que se evidenciou tanto no discurso como no diário de campo foi a sobrecarga e a exaustão dos profissionais que tentam suprir estas dificuldades estruturais e se implicar no trabalho mesmo com um quadro mínimo de funcionários. Há uma preocupação com os usuários e um comprometimento com os serviços ofertados que por vezes extrapolam os recursos disponíveis. Isso fica evidenciado no seguinte trecho:

*“Os profissionais são muito empenhados em dar o seu melhor. Pode ser que para o usuário ainda sempre fique faltando, mas assim a gente procura fazer coisas assim que nem é das nossas atribuições, como tá levando paciente no nosso carro para ficar fazendo exames, para consultas com outros profissionais, a gente dá do próprio bolso, tira qualquer coisa, se tiver faltando algo aqui, alguma coisa diferente que eles queiram comer, a gente faz cota, faz rifa, faz bazar, faz o que for preciso para poder melhorar um pouquinho, oferecer algo da melhor forma.”*

Deste modo, o funcionamento dos serviços a partir desse quadro mínimo provocam além do excesso das atribuições, o adoecimento destes funcionários, apontando para quadros de burnout:

*“Então, a maioria está em terapia, em acompanhamento, com remédio, medicamento, porque se não, não dá conta, porque é muito puxado.”*

Portanto, considera-se a partir das falas analisadas que houve ampliação dos serviços nos últimos anos e que apesar dos impasses para a produção do cuidado em rede, a avaliação da maioria é positiva, muito mais por conta do empenho dos atores envolvidos no processo do que nos investimentos na área. Contudo, a precariedade dessas políticas públicas reflete não só no sucateamento dos serviços como também no adoecimento, na falta de motivação e estagnação dos profissionais. Lancman (2008) reitera que os processos de trabalho nesta forma de cuidado é um meio de contribuir para uma análise mais efetiva dos serviços, na medida que indicam não apenas as adversidades na produção do cuidado em rede, que interferem ou impedem a concretização de um novo modelo de atenção, como também expressam os meios de superação para a construção de novas práticas, em prol da superação da lógica manicomial. Ou seja, o percurso para efetivação e transformação desta política e o modo de cuidado corroboram também a necessidade de investimento nos recursos humanos inseridos nestes serviços.

**Quadro 4 – Segunda questão abordada (Profissionais de saúde)**

<b>Questão 2: – Os serviços alcançam os usuários? De que forma?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
AS: Na rede privada onde eles ficam, que a gente chama de internação, eles têm a liberdade deles fechada, né. Até porque tem casos que necessita mesmo, tem pacientes que precisam ficar, mas aí pra trabalhar ele pra voltar pra sociedade é mais difícil. Então quando você acolhe o paciente em uma rede aberta, igual o CAPS, que não é porta fechada, você consegue trabalhar melhor o paciente. De voltar ele pra sociedade, dele trabalhar, dele ter um convívio aqui fora.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS2: Por meio do CAPS. Eu acredito que as unidades básicas de saúde também têm um papel fundamental. Mesmo a gente tendo algumas dificuldades como a rotatividade de vários profissionais nessas unidades. Mas a gente ainda consegue avançar, principalmente, a equipe que atende os nossos pacientes nas nossas unidades já consegue dialogar melhor, entende o serviço e consegue entender quando o paciente está em crise e precisa ser atendido.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf.1: Tem a dificuldade com a demanda. Também tem essa questão que a gente tem que cuidar das oficinas, de conseguir trazer o paciente, fazer com que ele venha e que consiga aderir.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 2: A gente procura divulgar o que a gente faz, com relação aos atendimentos individuais, consulta médica, oficinas terapêuticas. Então a gente procura tá divulgando assim não só em mídia, mas também pelo nosso próprio serviço que a gente faz, serviço de matriciamento, a gente vai até as unidades de	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.



<p>saúde, que é a nossa referência e a gente procura tá orientando os profissionais lá como que é o serviço, como que funciona, quais são os critérios de atendimento.</p>		
<p>Psicol.1: E aí dentro do CAPS a gente consegue fazer o atendimento da parte médica, o tratamento medicamentoso e algumas terapêuticas, mais voltadas para oficinas terapêuticas, para trabalhos em grupos. Algumas unidades têm grupos de saúde mental que conseguem ofertar algo nesse sentido e tem profissionais do nasf que também oferecem escutas nesses espaços na atenção básica, mas eles ainda são muito poucos para o tamanho da demanda que tem e no CEM a gente tem um atendimento mais voltado para a parte médica, tem escutas individuais mas também muito aquém da demanda que busca.</p>	<p>1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio dos trabalhos ofertados na unidade. <b>(D)</b></p> <p>2ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol.2: Através do matriciamento, por ser compartilhada, a gente busca minimizar esse tipo de situação e acompanhar as situações mais graves, quando às vezes fica mais distante do tratamento ou ficando um tempo longe, fazer busca ativa, visita para minimizar, principalmente, a questão de dificuldade da distância. A gente consegue por mais que diante dessa situação, por conta das distâncias, dificuldades demográficas, atender uma grande quantidade de pacientes.</p>	<p>1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b></p> <p>2ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psic.: Nós somos em seis CAPS em Campo Grande hoje, então tem 250 mil habitantes que estão nessa região nossa. Quem tá próximo do território são as unidades básicas, então todo mundo devia vir primeiro pela básica para chegar até aqui e não é o que acontece. Em muitas vezes eles ficam no</p>	<p>1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

atendimento secundário, ficam aqui no atendimento especializado. Eles pulam o atendimento na unidade básica e é ruim.		
Enf. 3: Não sei se todo mundo tem informação de como funciona, onde é, para onde se reportar se precisar. Mas acho que funciona.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>  2ª ideia: Os serviços alcançam os usuários.	Não apresenta ancoragens.
Enf. 4: Eu acho que através da atenção primária e das escolas, no caso aqui do infantil, acho que através das escolas e da atenção primária que a grande maioria dos atendimentos é encaminhada e vem para cá.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 3: É o que eu disse, é um serviço muito bom, mas devido a ser o único da cidade, vir para cá a cidade toda, os pacientes da periferia têm dificuldade de acessar o serviço.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 4: Ainda mais assim que a demanda aumentou muito. E muitos relataram a mudança aqui para o centro, né? Então, talvez, se tivessem 2, colocavam perto de cada região e facilitaria mais.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psic.2: Hoje a gente mudou, veio para cá, uma região mais central. Antes a gente ficava lá no Guanandi, um bairro mais afastado. A gente tem mais dificuldade também de ir até o paciente, porque a gente está sem transporte, é muito raro a gente conseguir fazer uma visita, fazer uma busca ativa, ir atrás do paciente.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Fono: A grande maioria talvez que não consiga tenha falta de interesse da família. Claro que tem também a questão deficitária de funcionários. Mas eu vejo que existe um esforço da maior parte da equipe para conseguir realmente alcançar a todos.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 5: Principalmente os que querem o tratamento, não é? A gente faz um manejo com	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por	Não apresenta ancoragens.

os pacientes, um tratamento, a gente tem uma conduta bem bacana em relação ao manejo mesmo, principalmente os que querem.	meio dos trabalhos ofertados na unidade. <b>(D)</b>	
Enf.6: Por mais que não seja a primeira vez que estejam vindo, a gente faz um recolhimento constantemente. A gente tem uma equipe, técnico de referência para cada paciente, então se eles tiverem dúvidas em tratamento domiciliar, mesmo se quiserem vir até o CAPS participar dos grupos, das rodas de conversa. Então, assim, a gente oferece um leque de possibilidades para que eles possam estar vindo, mas como um tratamento diferenciado, porque quer que eles queiram.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio dos trabalhos ofertados na unidade. <b>(D)</b>  2ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 7: São muitos usuários, poucos recursos, não consegue cumprir assim, com o que é proposto.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
T.O: No máximo, médico, medicação, mas a grande maioria não são psiquiatras. A gente depara com muita dificuldade, assim na questão do matriciamento, da articulação da rede para o paciente poder ocupar seu território, circular.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF.8: Cada profissional fica responsável por uma região da cidade e através dessas visitas e dessas técnicas de referência, o paciente é alcançado.	2ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 9: Acho que até consegue, mas eu acho que o que ele poderia fazer se tivesse outras alianças com outros órgãos seria melhor. Mas falta muita coisa, falta muita organização não da gente aqui na ponta, mas do órgão, da política de saúde mental.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSICOL. 5: Ele ajuda na questão das oficinas, tentando articular o tempo todo com a rede esse cuidado ampliado, não é? Eu percebo	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio dos trabalhos ofertados na unidade. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.

que o trabalho não é só a gente auxiliar esse usuário, é nessa questão da rede, porque o CAPS não dá conta sozinho, nenhum serviço da conta sozinho. E o que nós conseguimos manter hoje para eles depende da gente, as oficinas, mas fora do CAPS a gente não tem muitas coisas.	2ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>  3ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	
PSICOL. 6: Sim, acho que sim.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSIQ. 3: Sinceramente, eu acho que dá para fazer mais. A gente está numa capital, a gente tem população médica e profissional. Nós, assistente social, psicólogo e tudo mais para isso, a gente tem o local, a gente tem espaço físico, então eu acho que dá para aumentar. Eu acho que a gente até alcança, mas dá para melhorar.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
FARM.: Eles conseguem, não na sua totalidade. Eu creio que se tivesse mais respaldo da gestão, se tivesse mais recursos financeiros, mais recursos humanos, o serviço teria maior eficácia.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF.10: A gente faz a busca ativa, a gente faz visita domiciliar, matriciamento com a atenção básica, mas ainda está muito aquém do que pode ser, mas mesmo assim, de uma forma mais geral, consegue cumprir com o que promete sim, acho que uns 70%.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF.11: Olha, sim, mas por conta da falta de informação, eu não sei se do serviço ou dos usuários, ainda não consegui ter esse discernimento, mas eu acho que consegue alcançar assim, ainda falta bastante coisa, mas a gente consegue alcançar.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS3: A gente consegue, principalmente com essa troca com a atenção primária, não é? Então assim, a gente sabe que os pacientes mais graves, com os com	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.

transtornos mais severos que às vezes não conseguem chegar ao CAPS, eles são apontados pela atenção básica.		
AS4: Não, mas acredito que uma boa parcela. Através de busca ativa, através de orientações na comunidade. A gente faz consultas compartilhadas com as unidades básicas de saúde. É um trabalho em rede, a gente tem dessas ferramentas, não é? Mas eu acredito que ainda falta algumas coisas, até por questão de falta de estrutura, falta de profissional, carro.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>  2ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF.12: De forma direta quando eles procuram atendimento, não é? É mesmo assim na primeira procura não sai assim, totalmente satisfeito porque a gente tem uma organização dentro do serviço, não é? E até que se chegue a realmente ao atendimento, então, tem um uns dias uns, digamos, até uma semana para introdução.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSICOL. 7: Eles podem vir tanto por ter ouvido falar do serviço ou a gente tem contato com a própria UBS, então muitas vezes à UBS entra em contato conosco para falar que tem um paciente na área que está precisando de ajuda. Algumas vezes nós vamos para fazer visita, eles têm de alguns casos separados, então sempre tem essa ponte entre nós e a básica, para saber quem são esses moradores da área que estão com problemas psiquiátricos.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS5: Eu acho que sim. Acho que sim.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS6: Quando o serviço em rede funciona, consegue. Porque aí você aciona UBS, você aciona outros setores da rede que aí alcançam usuários que às vezes tem mais contato.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede. <b>(B)</b>  2ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

AS7: Sim, consegue. Desde que o usuário tenha um comprometimento e a família também auxilie nesse tratamento, porque se for só por conta do usuário, não tem como.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF.13: Eu acho que nós conseguimos alcançar o objetivo, sim.	1ª ideia: Os serviços alcançam os usuários. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
ENF. 14: Na medida do possível, o CAPS consegue, mas também precisa o paciente se dispor a ser tratado, não é?	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
MED. 1: Eu acho que consegue em partes, mas tem algumas limitações importantes.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
PSICOL. 8: Não, até porque são muitos usuários e tem muitos que não conseguem chegar até o CAPS. A gente precisa muito do apoio da básica para isso. Tem muitos pacientes nossos que a gente chama de matriciamento, né? Às vezes aqui, no CEM ou nas próprias unidades básicas.	1ª ideia: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

Conforme observado no quadro, a questão 2 (Os serviços alcançam os usuários? De que forma?) apresentou quatro categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** Os serviços alcançam os usuários.

**Categoria B:** Os serviços alcançam os usuários por meio da rede.

**Categoria C:** Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários.

**Categoria D:** Os serviços alcançam os usuários por meio dos serviços ofertados na unidade.

A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria.

**Categoria A:** Os serviços alcançam os usuários.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Na rede privada onde eles ficam, que a gente chama de internação, eles tem a liberdade deles fechada, né. Até porque tem casos que necessita mesmo, tem pacientes que precisam ficar, mas aí pra trabalhar ele pra voltar pra sociedade é mais difícil. Então	<i>“Por meio do CAPS. Eu acho que nós conseguimos alcançar o objetivo, sim. Porque na rede privada onde eles ficam, que a gente chama de internação, eles tem a liberdade deles fechada, né. Até porque tem casos que necessita mesmo, tem pacientes que precisam</i>

<p>quando você acolhe o paciente em uma rede aberta, igual o CAPS, que não é porta fechada, você consegue trabalhar melhor o paciente. De voltar ele pra sociedade, dele trabalhar, dele ter um convívio aqui fora.</p> <p>Suj. 2: Por meio do CAPS.</p> <p>Suj. 3: Eu acho que nós conseguimos alcançar o objetivo, sim.</p> <p>Suj.4: Sim, acho que sim.</p> <p>Suj. 5: Eu acho que sim. Acho que sim.</p> <p>Suj. 6: Acho que funciona.</p>	<p><i>ficar, mas aí pra trabalhar ele pra voltar pra sociedade é mais difícil. Então quando você acolhe o paciente em uma rede aberta, igual o CAPS, que não é porta fechada, você consegue trabalhar melhor o paciente. De voltar ele pra sociedade, dele trabalhar, dele ter um convívio aqui fora. Então, Eu acho que sim. acho que sim. Acho que funciona”</i></p>
--	--

### **Categoria B: Os serviços alcançam os usuários por meio da rede.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj.1: Eu acredito que as unidades básicas de saúde também tem um papel fundamental. Mesmo a gente tendo algumas dificuldades como a rotatividade de vários profissionais nessas unidades. Mas a gente ainda consegue avançar, principalmente, a equipe que atende os nossos pacientes nas nossas unidades já consegue dialogar melhor, entende o serviço e consegue entender quando o paciente está em crise e precisa ser atendido.</p> <p>Suj.2: A gente procura divulgar o que a gente faz, com relação aos atendimentos individuais, consulta médica, oficinas terapêuticas. Então a gente procura tá divulgando assim não só em mídia, mas também pelo nosso próprio serviço que a gente faz, serviço de matriciamento, a gente vai até as unidades de saúde, que é a nossa referência e a gente procura tá orientando os profissionais lá como que é o serviço, como que funciona, quais são os critérios de atendimento.</p> <p>Suj.3: Algumas unidades têm grupos de saúde mental que conseguem ofertar algo nesse sentido e tem profissionais do nasf que também oferecem escutas nesses espaços na atenção básica, mas eles ainda são muito poucos para o tamanho da demanda que tem e no CEM a gente tem um atendimento mais voltado para a parte médica, tem escutas individuais mas também muito aquém da demanda que busca.</p> <p>Suj. 4: Através do matriciamento, por ser compartilhada, a gente busca minimizar esse tipo de situação.</p> <p>Suj. 5: Eu acho que através da atenção primária e das escolas, no caso aqui do infantil, acho que através das escolas e da atenção primária que a grande maioria dos atendimentos é encaminhada e vem para cá.</p> <p>Suj. 6: A gente tem uma equipe, técnico de referência para cada paciente, então se eles tiverem dúvidas em tratamento domiciliar.</p> <p>Suj. 7: Cada profissional fica responsável por uma região da cidade e através dessas visitas</p>	<p><i>“A gente consegue, principalmente com essa troca com a atenção primária, não é? Então assim, a gente sabe que os pacientes mais graves, com os com transtornos mais severos que às vezes não conseguem chegar ao CAPS, eles são apontados pela atenção básica. Então, quando o serviço em rede funciona, consegue. Porque aí você aciona a UBS, você aciona outros setores da rede que aí alcançam usuários que às vezes tem mais contato. Ou seja, eles podem vir tanto por ter ouvido falar do serviço ou a gente tem contato com a própria UBS, então muitas vezes à UBS entra em contato conosco para falar que tem um paciente na área que está precisando de ajuda. Algumas vezes nós vamos para fazer visita, eles têm de alguns casos separados, então sempre tem essa ponte entre nós e a básica, para saber quem são esses moradores da área que estão com problemas psiquiátricos. Cada profissional fica responsável por uma região da cidade e através dessas visitas e dessas técnicas de referência, o paciente é alcançado. Porque eu percebo que o trabalho não é só a gente auxiliar esse usuário, é nessa questão da rede, porque o CAPS não dá conta sozinho, nenhum serviço da conta sozinho. Então, a gente tem uma equipe, técnico de referência para cada paciente, então se eles tiverem dúvidas em tratamento domiciliar. Algumas unidades têm grupos de saúde mental que conseguem ofertar algo nesse sentido e tem profissionais do NASF que também oferecem escutas nesses espaços na atenção básica, mas eles ainda são muito poucos para o tamanho da demanda que tem e no CEM a gente tem um atendimento mais voltado para a parte médica, tem escutas individuais, mas também muito aquém da demanda que busca. Mas, eu acredito que as unidades básicas de saúde também tem um papel fundamental. Mesmo a gente tendo algumas dificuldades como a rotatividade de vários profissionais nessas</i></p>

<p>e dessas técnicas de referência, o paciente é alcançado.</p> <p>Suj.8: Eu percebo que o trabalho não é só a gente auxiliar esse usuário, é nessa questão da rede, porque o CAPS não dá conta sozinho, nenhum serviço da conta sozinho.</p> <p>Suj. 9: A gente faz a busca ativa, a gente faz visita domiciliar, matriciamento com a atenção básica, mas ainda está muito aquém do que pode ser, mas mesmo assim, de uma forma mais geral, consegue cumprir com o que promete sim, acho que uns 70%.</p> <p>Suj. 10: Quando o serviço em rede funciona, consegue. Porque aí você aciona UBS, você aciona outros setores da rede que aí alcançam usuários que às vezes tem mais contato.</p> <p>Suj. 11: Eles podem vir tanto por ter ouvido falar do serviço ou a gente tem contato com a própria UBS, então muitas vezes à UBS entra em contato conosco para falar que tem um paciente na área que está precisando de ajuda. Algumas vezes nós vamos para fazer visita, eles têm de alguns casos separados, então sempre tem essa ponte entre nós e a básica, par saber quem são esses moradores da área que estão com problemas psiquiátricos.</p> <p>Suj. 12: Através de busca ativa, através de orientações na comunidade. A gente faz consultas compartilhadas com as unidades básicas de saúde. É um trabalho em rede, a gente tem dessas ferramentas, não é?</p> <p>Suj. 13: A gente consegue, principalmente com essa troca com a atenção primária, não é? Então assim, a gente sabe que os pacientes mais graves, com os com transtornos mais severos que às vezes não conseguem chegar ao CAPS, eles são apontados pela atenção básica.</p>	<p><i>unidades. Mas a gente ainda consegue avançar, principalmente, a equipe que atende os nossos pacientes nas nossas unidades já consegue dialogar melhor, entende o serviço e consegue entender quando o paciente está em crise e precisa ser atendido. Além disso, a gente faz a busca ativa, a gente faz visita domiciliar, matriciamento com a atenção básica, mas ainda está muito aquém do que pode ser, mas mesmo assim, de uma forma mais geral, consegue cumprir com o que promete sim, acho que uns 70%. Então, tem esses recursos, de busca ativa, de orientações na comunidade. A gente faz consultas compartilhadas com as unidades básicas de saúde. É um trabalho em rede, a gente tem dessas ferramentas, não é? Além disso, através do matriciamento, por ser compartilhada, a gente busca minimizar as dificuldades. E a gente procura divulgar o que a gente faz, com relação aos atendimentos individuais, consulta médica, oficinas terapêuticas. Então a gente procura tá divulgando assim não só em mídia, mas também pelo nosso próprio serviço que a gente faz, serviço de matriciamento, a gente vai até as unidades de saúde, que é a nossa referência e a gente procura tá orientando os profissionais lá como que é o serviço, como que funciona, quais são os critérios de atendimento. Então, tem essa ponte, através da atenção primária e das escolas também, no caso aqui do infantil, através das escolas e da atenção primária que a grande maioria dos atendimentos é encaminhada e vem para cá.”</i></p>
---	--

### **Categoria C: Os serviços encontram dificuldades em alcançar os usuários.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Tem a dificuldade com a demanda. Também tem essa questão que a gente tem que cuidar das oficinas, de conseguir trazer o paciente, fazer com que ele venha e que consiga aderir.</p> <p>Suj. 2: A gente busca minimizar esse tipo de situação e acompanhar as situações mais graves, quando às vezes fica mais distante do tratamento ou ficando um tempo longe, fazer busca ativa, visita para minimizar, principalmente, a questão de dificuldade da distância. A gente consegue por mais que diante dessa situação, por conta das distâncias, dificuldades demográficas, atender uma grande quantidade de pacientes.</p>	<p><i>“De forma direta quando eles procuram atendimento, não é? É mesmo assim na primeira procura não sai assim, totalmente satisfeito porque a gente tem uma organização dentro do serviço, não é? E até que se chegue a realmente ao atendimento, então, tem um uns dias uns, digamos, até uma semana para introdução. Então, assim, por conta da falta de informação, eu não sei se do serviço ou dos usuários, ainda não consegui ter esse discernimento, mas eu acho que consegue alcançar mas, assim, ainda falta bastante coisa, mas a gente consegue alcançar. Não na sua totalidade. Tem algumas limitações importantes. Até porque são muitos usuários e tem muitos que não conseguem chegar até o</i></p>



<p>Suj. 3: Nós somos em seis CAPS em Campo Grande hoje, então tem 250 mil habitantes que estão nessa região nossa. Quem tá próximo do território são as unidades básicas, então todo mundo devia vir primeiro pela básica para chegar até aqui e não é o que acontece. Em muitas vezes eles ficam no atendimento secundário, ficam aqui no atendimento especializado. Eles pulam o atendimento na unidade básica e é ruim.</p> <p>Suj.4: Não sei se todo mundo tem informação de como funciona, onde é, para onde se reportar se precisar.</p> <p>Suj. 5: É o que eu disse, é um serviço muito bom, mas devido a ser o único da cidade, vir para cá a cidade toda, os pacientes da periferia têm dificuldade de acessar o serviço.</p> <p>Suj. 6: Hoje a gente mudou, veio para cá, uma região mais central. Antes a gente ficava lá no Guanandi, um bairro mais afastado. A gente tem mais dificuldade também de ir até o paciente, porque a gente está sem transporte, é muito raro a gente conseguir fazer uma visita, fazer uma busca ativa, ir atrás do paciente.</p> <p>Suj. 7: A grande maioria talvez que não consiga tenha falta de interesse da família. Claro que tem também a questão deficitária de funcionários. Mas eu vejo que existe um esforço da maior parte da equipe para conseguir realmente alcançar a todos.</p> <p>Suj. 8: São muitos usuários, poucos recursos, não consegue cumprir assim, com o que é proposto.</p> <p>Suj. 9: No máximo, médico, medicação, mas a grande maioria não são psiquiatras. A gente depara com muita dificuldade, assim na questão do matriciamento, da articulação da rede para o paciente poder ocupar seu território, circular.</p> <p>Suj. 10: Acho que até consegue, mas eu acho que o que ele poderia fazer se tivesse outras alianças com outros órgãos seria melhor. Mas falta muita coisa, falta muita organização não da gente aqui na ponta, mas do órgão, da política de saúde mental.</p> <p>Suj. 11: E o que nós conseguimos manter hoje para eles depende da gente, as oficinas, mas fora do CAPS a gente não tem muitas coisas.</p> <p>Suj. 12: Sinceramente, eu acho que dá para fazer mais. A gente está numa capital, a gente tem população médica e profissional. Nós, assistente social, psicólogo e tudo mais para isso, a gente tem o local, a gente tem espaço físico, então eu acho que dá para aumentar. Eu acho que a gente até alcança, mas dá para melhorar.</p> <p>Suj.13: Eles conseguem, não na sua totalidade. Eu creio que se tivesse mais respaldo da gestão, se tivesse mais recursos</p>	<p><i>CAPS. A gente precisa muito do apoio da básica para isso. Tem muitos pacientes nossos que a gente chama de matriciamento, né? Às vezes aqui, no CEM ou nas próprias unidades básicas. Nós somos em seis CAPS em Campo Grande hoje, então tem 250 mil habitantes que estão nessa região nossa. Quem tá próximo do território são as unidades básicas, então todo mundo devia vir primeiro pela básica para chegar até aqui e não é o que acontece. Em muitas vezes eles ficam no atendimento secundário, ficam aqui no atendimento especializado. Eles pulam o atendimento na unidade básica e é ruim. Não sei se todo mundo tem informação de como funciona, onde é, para onde se reportar se precisar. Então só consegue quando o serviço em rede funciona. Hoje a gente mudou, veio para cá, uma região mais central. Antes a gente ficava lá no Guanandi, um bairro mais afastado. A gente tem mais dificuldade também de ir até o paciente, porque a gente está sem transporte, é muito raro a gente conseguir fazer uma visita, fazer uma busca ativa, ir atrás do paciente. Então eu acredito que ainda faltam algumas coisas, até por questão de falta de estrutura, falta de profissional, carro. É o que eu disse, é um serviço muito bom, mas devido a ser o único da cidade, vir para cá a cidade toda, os pacientes da periferia têm dificuldade de acessar o serviço. A gente busca minimizar esse tipo de situação e acompanhar as situações mais graves, quando às vezes fica mais distante do tratamento ou ficando um tempo longe, fazer busca ativa, visita para minimizar, principalmente, a questão de dificuldade da distância. A gente consegue por mais que diante dessa situação, por conta das distâncias, dificuldades demográficas, atender uma grande quantidade de pacientes. São muitos usuários, poucos recursos, não consegue cumprir assim, com o que é proposto. No máximo, médico, medicação, mas a grande maioria não são psiquiatras. A gente depara com muita dificuldade, assim na questão do matriciamento, da articulação da rede para o paciente poder ocupar seu território, circular. E o que nós conseguimos manter hoje para eles depende da gente, as oficinas, mas fora do CAPS a gente não tem muitas coisas. Então, assim, acho que até consegue, mas eu acho que o que ele poderia fazer se tivesse outras alianças com outros órgãos seria melhor. Mas falta muita coisa, falta muita organização não da gente aqui na ponta, mas do órgão, da política de saúde mental. Eu creio que se tivesse mais respaldo da gestão, se tivesse mais recursos financeiros, mais recursos humanos, o serviço</i></p>
--	--

<p>financeiros, mais recursos humanos, o serviço teria maior eficácia.</p> <p>Suj. 14: Olha, sim, mas por conta da falta de informação, eu não sei se do serviço ou dos usuários, ainda não consegui ter esse discernimento, mas eu acho que consegue alcançar mas, assim, ainda falta bastante coisa, mas a gente consegue alcançar.</p> <p>Suj. 15: Mas eu acredito que ainda falta algumas coisas, até por questão de falta de estrutura, falta de profissional, carro.</p> <p>Suj. 16: De forma direta quando eles procuram atendimento, não é? É mesmo assim na primeira procura não sai assim, totalmente satisfeito porque a gente tem uma organização dentro do serviço, não é? E até que se chegue a realmente ao atendimento, então, tem um uns dias uns, digamos, até uma semana para introdução.</p> <p>Suj. 17: Quando o serviço em rede funciona consegue.</p> <p>Suj. 18: Sim, consegue. Desde que o usuário tenha um comprometimento e a família também auxilie nesse tratamento, porque se for só por conta do usuário, não tem como.</p> <p>Suj. 19: Não, até porque são muitos usuários e tem muitos que não conseguem chegar até o CAPS. A gente precisa muito do apoio da básica para isso. Tem muitos pacientes nossos que a gente chama de matriciamento, né? Às vezes aqui, no CEM ou nas próprias unidades básicas.</p> <p>Suj. 20: Na medida do possível, o CAPS consegue, mas também precisa o paciente se dispor a ser tratado, não é?</p> <p>Suj. 21: Eu acho que consegue em partes, mas tem algumas limitações importantes.</p>	<p><i>teria maior eficácia. E, sinceramente, eu acho que dá para fazer mais. A gente está numa capital, a gente tem população médica e profissional. Nós, assistente social, psicólogo e tudo mais para isso, a gente tem o local, a gente tem espaço físico, então eu acho que dá para aumentar. Eu acho que a gente até alcança, mas dá para melhorar. E tem a dificuldade com a demanda. Também tem essa questão que a gente tem que cuidar das oficinas, de conseguir trazer o paciente, fazer com que ele venha e que consiga aderir. A grande maioria talvez que não consiga tenha falta de interesse da família. Claro que tem também a questão deficitária de funcionários. Mas eu vejo que existe um esforço da maior parte da equipe para conseguir realmente alcançar a todos, mas desde que o usuário tenha um comprometimento e a família também auxilie nesse tratamento, porque se for só por conta do usuário, não tem como. Então assim, na medida do possível, o CAPS consegue, mas também precisa o paciente se dispor a ser tratado, não é?"</i></p>
--	--

**Categoria D:** Os serviços alcançam os usuários por meio dos serviços ofertados na unidade.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: E aí dentro do CAPS a gente consegue fazer o atendimento da parte médica, o tratamento medicamentoso e algumas terapêuticas, mais voltadas para oficinas terapêuticas, para trabalhos em grupos.</p> <p>Suj. 2: Ele ajuda na questão das oficinas, tentando articular o tempo todo com a rede esse cuidado ampliado, não é?</p> <p>Suj. 3: Por mais que não seja a primeira vez que estejam vindo, a gente faz um re-acolhimento constantemente. Mesmo se quiserem vir até o CAPS participar dos grupos, das rodas de conversa. Então, assim, a gente oferece um leque de possibilidades para que eles possam estar vindo, mas como um</p>	<p><i>“Por mais que não seja a primeira vez que estejam vindo, a gente faz um re-acolhimento constantemente. Mesmo se quiserem vir até o CAPS participar dos grupos, das rodas de conversa. Então, assim, a gente oferece um leque de possibilidades para que eles possam estar vindo, mas como um tratamento diferenciado, porque quer que eles queiram. E aí dentro do CAPS a gente consegue fazer o atendimento da parte médica, o tratamento medicamentoso e algumas terapêuticas, mais voltadas para oficinas terapêuticas, para trabalhos em grupos. Então, ajuda na questão das oficinas, tentando articular o tempo todo com a rede esse cuidado ampliado, não é? Principalmente os que querem o tratamento,</i></p>

<p>tratamento diferenciado, porque quer que eles queiram.</p> <p>Suj. 4: Principalmente os que querem o tratamento, não é? A gente faz um manejo com os pacientes, um tratamento, a gente tem uma conduta bem bacana em relação ao manejo mesmo, principalmente os que querem.</p>	<p><i>não é? A gente faz um manejo com os pacientes, um tratamento, a gente tem uma conduta bem bacana em relação ao manejo mesmo, principalmente os que querem.”</i></p>
--	---

Nesta segunda questão duas categorias estão mais em evidência. A categoria C em que os profissionais consideram que os serviços não conseguem alcançar os usuários e a categoria B em que afirmam que isso se dá por meio do trabalho em rede. Apesar de estarem situadas em posições antagônicas, as duas categorias não deixam de ser complementares. Isso porque a articulação da rede alicerça ambos os discursos, tanto para respaldar os serviços secundários e alcançar os usuários no território quanto para implicar no isolamento e sobrecarga destes mesmos serviços quando esta articulação não ocorre como deveria. Estas posições são identificadas nos discursos abaixo:

*“A gente faz a busca ativa, a gente faz visita domiciliar, matriciamento com a atenção básica, mas ainda está muito aquém do que pode ser, mas mesmo assim, de uma forma mais geral, consegue cumprir com o que promete sim, acho que uns 70%.”*

*“Nós somos em seis CAPS em Campo Grande hoje, então tem 250 mil habitantes que estão nessa região nossa. Quem tá próximo do território são as unidades básicas, então todo mundo devia vir primeiro pela básica para chegar até aqui e não é o que acontece. Em muitas vezes eles ficam no atendimento secundário, ficam aqui no atendimento especializado. Eles pulam o atendimento na unidade básica e é ruim.”*

*“A gente depara com muita dificuldade, assim na questão do matriciamento, da articulação da rede para o paciente poder ocupar seu território, circular.”*

Pode-se dizer que as redes de atenção à saúde são organizadas por um grupo de serviços e dispositivos de saúde, responsáveis por atender a população de um dado território, um distrito, um bairro ou uma cidade. Vale dizer que o território não corresponde apenas ao espaço geográfico, mas se constitui por meio das relações com as pessoas que ali se inserem, com suas instituições, contextos e cenários (Brasil, 2004; 2009).

Deste modo, considera-se que os serviços de saúde funcionam como nós de uma rede, constituídas pela unidade básica de saúde, hospital geral, centro de atenção psicossocial álcool e drogas, hospital psiquiátrico, entre outros. Contudo, para se construir enquanto rede não basta apenas oferecer serviços neste espaço. É necessário garantir que a organização na produção de cuidado em saúde por meio

desta rede seja acompanhada de um processo de gestão que se comunique e seja eficaz na tentativa de garantir a integralidade do cuidado. É imprescindível a troca entre os serviços, setores e atores envolvidos no processo (Brasil, 2009).

Ressalta-se que o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, estabelece que as Redes de Atenção se referem a um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011). Ou seja, a construção da rede depende da articulação de diversos dispositivos que contemplam desde os espaços micro deste sistema como a família, a escola até os espaços macro, como os serviços de saúde, a economia, a cultura, a religião, entre outros (Brasil, 2004).

Na Política Nacional de Saúde Mental os CAPS foram criados como serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, logo, representam um dispositivo estratégico na articulação da rede, atuando de forma conjunta com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, além do trabalho com outras instâncias, como justiça, escolas, empresas, etc. (Brasil, 2004). No entanto, depreende-se do discurso de boa parte dos profissionais que esta articulação ainda é incipiente e que há ausência de respaldo de outros serviços da rede. Ou seja, não há comunicação entre os serviços e as equipes presentes no território, tampouco há a possibilidade de realização de trabalhos articulados. Esse movimento acaba contribuindo para o isolamento dos serviços e a sobrecarga de alguns dispositivos como ressaltado nas falas descritas.

Deste modo, os CAPS - que deveriam se constituir enquanto espaços estratégicos na organização da rede - acabam centralizando a demanda e se inserindo de forma discreta nos territórios e na comunidade (Bezerra; Dimenstein, 2008). Os CAPS IJ e AD, por serem considerados a única referência do público que atendem se tornam isolados dos outros serviços, tendo, como consequência, serviços sobrecarregados. Isso porque se tem a equivocada ideia que essas unidades são as únicas responsáveis pelo atendimento de suas demandas provocando a centralização e uma rede de serviços pouco articulada. Além disso, os profissionais destas unidades pontuam a questão da localização geográfica como um obstáculo ao acesso. Ambos os serviços estão situados em regiões centrais da cidade, dificultando o acesso das populações periféricas que na maioria das vezes encontram-se em situação de vulnerabilidade social, o que contribui para o abandono do tratamento. Apontam

também para a falta estrutural uma vez que não há respaldo da gestão para o fornecimento de veículos para as visitas e para o trabalho de busca ativa.

De acordo com Barros (2003), é necessário o questionamento acerca da existência dessa rede, uma vez que os pacientes chegam, são atendidos, entretanto não há para onde encaminhá-los, aumentando por vezes a permanência ilimitada dos usuários nos serviços substitutivos. O que se percebe não é uma articulação em nós, mas pontos isolados que se relacionam de maneira inconsistente e burocrática.

Partindo destas considerações, é salutar a garantia da articulação e integração destes pontos de atenção das redes de saúde no território, tanto para assegurar os objetivos gerais da RAPS como para garantir a integralidade e continuidade dos serviços (Brasil, 2010).

É válido reiterar o quão significativo estes espaços abertos representam e os esforços dos profissionais em alcançar os usuários e se comprometer com os serviços. O que se assevera não diz respeito somente ao que acontece na ponta, mas, principalmente, nos investimentos nesta política e na forma como a gestão organiza os serviços e investe seus recursos. Para além da crítica à articulação da rede, são inúmeras as faltas estruturais apontadas que interferem diretamente nos resultados do trabalho entregue para a população.

#### Quadro 5 – Terceira questão abordada (Profissionais de saúde)

<b>Questão 3: Você acredita que os indivíduos com transtornos mentais graves e crônicos podem ser perigosos para a sociedade?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
AS1: Desde que continue fazendo o tratamento corretamente, né. Desde que tenha o acompanhamento médico, da equipe, que tenha uma estrutura, um apoio familiar. Então assim, eu não vejo um perigo pra sociedade desde que seja acompanhado.	1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
AS2: Para sociedade não, porque eles podem também causar danos a si próprios, para os seus familiares, né. Mas eu acredito que para a sociedade não, por isso, que a gente precisa todo dia tá falando de saúde mental, né.	1ª ideia: Representam um risco a si mesmos. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 1: Não.	1ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>Enf. 2: Podem ser perigosos se não tiver tratamento. Pacientes que não estão sendo acompanhados, em surtos, na crise psicótica, ele pode ser um perigo para si mesmo, para os outros. Mas, o paciente em acompanhamento, em tratamento certinho, são ótimas pessoas de lidar, são ótimas pessoas que tem uma boa convivência, tanto familiar quanto com a sociedade em geral.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p> <p>1ª ideia: Representam um risco a si mesmos. <b>(B)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>Psicol. 1: Podem ser perigosos para a sociedade como qualquer um, assim como nós podemos ser dependendo da situação, eles também podem ser. Independente se nós estivermos com um transtorno ou não.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 2: Como em qualquer situação de saúde a falta de tratamento é o risco. Então esse paciente quando em tratamento, na remissão dos sintomas vai ser uma pessoa como outra qualquer, que vai manter a convivência sem nenhum tipo de risco.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>Psic. 1: Acho que todo paciente crônico tem que ser tratado. Eu não acho que seja perigoso, todo paciente é passível de reabilitação, pra no mínimo ter uma vida em sociedade.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 3: Sim.</p>	<p>1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>Enf. 4: Não. Com o tratamento adequado, acho que não.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>Psicol. 3: Bom, sim, mas também não. O indivíduo que é um risco para a sociedade não necessariamente precisa ter um transtorno.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 4: Se não estiver em tratamento.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental</p>

		representa um risco para a sociedade.
Psiqu. 2: Sim.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Fono: Sim. Eu acho que sim. Inclusive a gente tem alguns exemplos de alguns pacientes que, sim, podem ser perigosos.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Enf. 4: Sim. A gente já teve relatos e fatos que aconteceram de coisas que foram feitas por usuários.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Enf. 5: Com uma equipe direcionando para o serviço correto, para que ele possa ser tratado de fato. A gente teve muito paciente depressivo que busca usar droga para poder esquecer momentaneamente aquele quadro de depressão. Então assim, é um risco, uma coisa global mesmo, que envolve toda a sociedade, né?	1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Enf. 6: Com certeza. A gente vê muito no dia a dia nessas notícias de violência que são pacientes, até mesmo por que às vezes ele não quer largar da droga.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
T.O: O risco só se estiver em crise, em crise mesmo, né? Que nem assim eu já vi muito paciente em crise, então assim, ele coloca a vida em risco e eu que estou próximo em risco, porque eles estão em crise.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b> 2ª ideia: Representam um risco a si mesmos. <b>(B)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Enf. 7: Com certeza, eles representam risco, sim, assim como já aconteceu, não é? Mais ou menos uns dois anos atrás, a gente teve um colega que o paciente adentrou na sala e deferiu várias facadas no abdômen dele e hoje ele se encontra aposentado devido a isso, entre outros também, que acontecem também.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Enf. 8: Sim.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.

<p>Psicol. 5: Se não tem atendimento, não tem cuidado, não tem uma assistência, eu penso que sim. Mas eu percebo que os casos que têm um nível de violência, impulsividade, que essa incivilidade são mais casos do CAPS AD, onde é usuário de substância.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>Psicol. 6: E acho que essa é a dificuldade, porque às vezes as pessoas não sabem lidar e aí eles podem sim ficar agressivos, mas não os vejo como um risco para a sociedade.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psic. 3: É estranho dizer, mas assim, de verdade, os pacientes graves, não são eles que atingem a sociedade, sabe? O paciente psiquiátrico, principalmente os graves, a gente sabe como eles vão reagir. Eu sou um problema da sociedade. Os nossos pacientes graves não são de forma alguma.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Farm.: Se não tratada sim, não é? Eles precisam de tratamento, um tratamento especializado, medicação, acompanhamento de equipe multi, não é? Senão eles podem representar um risco, mas tratados não.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>Enf. 9: Pode apresentar em crise, mas se estiver em tratamento não.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>Enf. 10: Eu acho que não representa risco por conta disso, ela está aqui para isso, né?</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>AS 3: Se ele não estiver em tratamento, sim. Agora se ele estiver em tratamento regular, acompanhado, essas possibilidades são mínimas. Se ele estiver inserido num serviço de saúde mental com uso regular da medicação, com o apoio da família, com acompanhamento da atenção primária também.</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>
<p>AS 4: A maioria a gente consegue um tratamento, com acompanhamento. Acompanhar essa família,</p>	<p>1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b></p>	<p>1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.</p>



orientar. A gente tem bons resultados. Então, assim, não acredito. Não que não possa acontecer alguma situação que possa trazer algum risco para a sociedade, eu não parto desse princípio. Eu acredito mais no tratamento, no acompanhamento, que eles possam sim viver em sociedade. Inclusive, é uma luta que a gente tem, não é?	2ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b>	
Enf. 11: Tanto para eles próprios como quem está ao seu redor, indiretamente, assim, envolvidos, não é? E, que por isso é tão importante esses pacientes, essas pessoas serem identificadas e tratadas, não é? Vejo que o CAPS tem grande potencial em ajudar nesse sentido.	1ª ideia: Representam um risco a si mesmos. <b>(B)</b> 2ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Psicol. 7: Eu Acredito que estando sem tratamento, talvez, mas nem todo o transtorno psiquiátrico grave necessariamente ele se torna agressivo. Nós temos n casos aqui que o paciente nunca agrediu ninguém, sequer um familiar, embora estivesse num quadro psicótico. Eu vejo mais quando está sem tratamento.	1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
AS 5: Eu acho que depende. Tudo depende de como eles estão. Por isso que seria bom passar por reavaliação.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
AS 6: Sim, se não for bem manejados. Se não tiver um bom manejo assim, de como saber como lidar com esses indivíduos.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
AS 7: Depende do cid, não é?	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Enf. 12: Se fizer o tratamento, a terapêutica correta não representa. Pode representar, assim, se apresentar um surto ou coisa parecida.	1ª ideia: Não representam um risco se tiver em tratamento. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Enf. 13: Tem gente que entra aqui e está bem fora da casinha, vamos dizer. Nós, enquanto o serviço de enfermagem, a gente dá todo apoio necessário ali, não é?	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.

Med.: Dependendo do quadro, sim, se for um, sei lá, um transtorno de personalidade antissocial sim.	1ª ideia: Representam um risco. <b>(D)</b>	1ª ancoragem: O paciente com transtorno mental representa um risco para a sociedade.
Psicol.8: Não necessariamente. Em alguns casos e no momento de surto, eles podem ficar agressivos, não é? É claro que sem tratamento, qualquer pessoa pode ser um risco, não é? Em qualquer momento da vida uma pessoa pode até não estar em surto e representar um risco para a sociedade.	1ª ideia: Não representam um risco. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

Conforme observado no quadro, a questão 3 (Você acredita que os indivíduos com transtornos mentais graves e crônicos podem ser perigosos para a sociedade?) apresentou 4 categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** Não representam um risco se tiver em tratamento.

**Categoria B:** Representam um risco a si mesmos.

**Categoria C:** Não representam um risco.

**Categoria D:** Representam um risco.

A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria.

**Categoria A:** Não representam um risco se tiver em tratamento.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Desde que continue fazendo o tratamento corretamente, né. Desde que tenha o acompanhamento médico, da equipe, que tenha uma estrutura, um apoio familiar. Então assim, eu não vejo um perigo pra sociedade desde que seja acompanhado.</p> <p>Suj. 2: Podem ser perigosos se não tiver tratamento.</p> <p>Suj. 3: Como em qualquer situação de saúde a falta de tratamento é o risco. Então esse paciente quando em tratamento, na remissão dos sintomas vai ser uma pessoa como outra qualquer, que vai manter a convivência sem nenhum tipo de risco.</p> <p>Suj. 4: Acho que todo paciente crônico tem que ser tratado.</p> <p>Suj. 5: Não. Com o tratamento adequado, acho que não.</p> <p>Suj. 6: Se não estiver em tratamento.</p> <p>Suj. 7: Com uma equipe direcionando para o serviço correto, para que ele possa ser tratado</p>	<p><i>“Podem ser perigosos se não tiver em tratamento. Com o tratamento adequado, acho que não. Como em qualquer situação de saúde a falta de tratamento é o risco. Então esse paciente quando em tratamento, na remissão dos sintomas vai ser uma pessoa como outra qualquer, que vai manter a convivência sem nenhum tipo de risco. Acho que todo paciente crônico tem que ser tratado. Com uma equipe direcionando para o serviço correto, para que ele possa ser tratado de fato. A gente teve muito paciente depressivo que busca usar droga para poder esquecer momentaneamente aquele quadro de depressão. Então assim, é um risco, uma coisa global mesmo, que envolve toda a sociedade, né? Se não tem atendimento, não tem cuidado, não tem uma assistência, eu penso que sim. Mas eu percebo que os casos que têm um nível de violência, impulsividade, que essa incivilidade são mais casos do CAPS AD,</i></p>

<p>de fato. A gente teve muito paciente depressivo que busca usar droga para poder esquecer momentaneamente aquele quadro de depressão. Então assim, é um risco, uma coisa global mesmo, que envolve toda a sociedade, né?</p> <p>Suj. 8: Se não tem atendimento, não tem cuidado, não tem uma assistência, eu penso que sim. Mas eu percebo que os casos que têm um nível de violência, impulsividade, que essa incivilidade são mais casos do CAPS AD, onde é usuário de substância.</p> <p>Suj. 9: Pode apresentar em crise, mas se estiver em tratamento não.</p> <p>Suj. 10: Se não tratada sim, não é? Eles precisam de tratamento, um tratamento especializado, medicação, acompanhamento de equipe multi, não é? Senão eles podem representar um risco, mas tratados não.</p> <p>Suj. 11: Eu acho que não representa risco por conta disso, ela está aqui para isso, né?</p> <p>Suj. 12: Se ele não estiver em tratamento, sim. Agora se ele estiver em tratamento regular, acompanhado, essas possibilidades são mínimas. Se ele estiver inserido num serviço de saúde mental com uso regular da medicação, com o apoio da família, com acompanhamento da atenção primária também.</p> <p>Suj. 13: A maioria a gente consegue um tratamento, com acompanhamento. Acompanhar essa família, orientar. A gente tem bons resultados.</p> <p>Suj. 14: Eu acredito que estando sem tratamento, talvez, mas nem todo o transtorno psiquiátrico grave necessariamente ele se torna agressivo. Nós temos n casos aqui que o paciente nunca agrediu ninguém, sequer um familiar, embora estivesse num quadro psicótico. Eu vejo mais quando está sem tratamento.</p> <p>Suj. 15: Se fizer o tratamento, a terapêutica correta não representa. Pode representar, assim, se apresentar um surto ou coisa parecida.</p>	<p>onde é usuário de substância. Agora se ele estiver em tratamento regular, acompanhado, essas possibilidades são mínimas. Se ele estiver inserido num serviço de saúde mental com uso regular da medicação, com o apoio da família, com acompanhamento da atenção primária também. Eu acho que não representa risco por conta disso, ela está aqui para isso, né? Se fizer o tratamento, a terapêutica correta não representa. Pode representar, assim, se apresentar um surto ou coisa parecida. Eles precisam de tratamento, um tratamento especializado, medicação, acompanhamento de equipe multi, não é? Senão eles podem representar um risco, mas tratados não. Eu acredito que estando sem tratamento, talvez, mas nem todo o transtorno psiquiátrico grave necessariamente ele se torna agressivo. Nós temos n casos aqui que o paciente nunca agrediu ninguém, sequer um familiar, embora estivesse num quadro psicótico. Eu vejo mais quando está sem tratamento. Pode apresentar em crise, mas se estiver em tratamento não. Desde que continue fazendo o tratamento corretamente, né. Desde que tenha o acompanhamento médico, da equipe, que tenha uma estrutura, um apoio familiar. Então assim, eu não vejo um perigo pra sociedade desde que seja acompanhado. A maioria a gente consegue um tratamento, com acompanhamento. Acompanhar essa família, orientar. A gente tem bons resultados.”</p>
---	--

### **Categoria B:** Representam um risco a si mesmos.

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Para sociedade não, porque eles podem também causar danos a si próprios, para os seus familiares, né. Mas eu acredito que para a sociedade não, por isso, que a gente precisa todo dia tá falando de saúde mental, né.</p> <p>Suj. 2: Pacientes que não estão sendo acompanhados, em surtos, na crise psicótica, ele pode ser um perigo para si mesmo.</p>	<p>“Pacientes que não estão sendo acompanhados, em surtos, na crise psicótica, ele pode ser um perigo para si mesmo. Para sociedade não, porque eles podem também causar danos a si próprios, para os seus familiares, né. Mas eu acredito que para a sociedade não, por isso, que a gente precisa todo dia tá falando de saúde mental, né. Eu já vi muito paciente em crise, então assim, ele</p>

<p>Suj. 3: eu já vi muito paciente em crise, então assim, ele coloca a vida em risco. Suj. 4: Tanto para eles próprios como quem está ao seu redor, indiretamente, assim, envolvidos, não é?</p>	<p><i>coloca a vida em risco. Tanto para eles próprios como quem está ao seu redor, indiretamente, assim, envolvidos, não é?"</i></p>
--	---

### Categoria C: Não representam um risco.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Não. Suj. 2: Podem ser perigosos para a sociedade como qualquer um, assim como nós podemos ser dependendo da situação, eles também podem ser. Independente se nós estivermos com um transtorno ou não. Suj. 3: Eu não acho que seja perigoso, todo paciente é passível de reabilitação, pra no mínimo ter uma vida em sociedade. Suj. 4: E acho que essa é a dificuldade, porque às vezes as pessoas não sabem lidar e aí eles podem sim ficar agressivos, mas não os vejo como um risco para a sociedade. Suj. 5: É estranho dizer, mas assim, de verdade, os pacientes graves, não são eles que atingem a sociedade, sabe? O paciente psiquiátrico, principalmente os graves, a gente sabe como eles vão reagir. Eu sou um problema da sociedade. Os nossos pacientes graves não são de forma alguma. Suj. 6: Então, assim, não acredito. Não que não possa acontecer alguma situação que possa trazer algum risco para a sociedade, eu não parto desse princípio. Eu acredito mais no tratamento, no acompanhamento, que eles possam sim viver em sociedade. Inclusive, é uma luta que a gente tem, não é? Suj. 7: Não necessariamente. Em alguns casos e no momento de surto, eles podem ficar agressivos, não é? É claro que sem tratamento, qualquer pessoa pode ser um risco, não é? Em qualquer momento da vida uma pessoa pode até não estar em surto e representar um risco para a sociedade. Suj. 8: Bom, sim, mas também não. O indivíduo que é um risco para a sociedade não necessariamente precisa ter um transtorno.</p>	<p><i>"Bom, sim, mas também não. O indivíduo que é um risco para a sociedade não necessariamente precisa ter um transtorno. Podem ser perigosos para a sociedade como qualquer um, assim como nós podemos ser dependendo da situação, eles também podem ser. Independente se nós estivermos com um transtorno ou não. E eu não acho que seja perigoso, todo paciente é passível de reabilitação, pra no mínimo ter uma vida em sociedade. É estranho dizer, mas assim, de verdade, os pacientes graves, não são eles que atingem a sociedade, sabe? O paciente psiquiátrico, principalmente os graves, a gente sabe como eles vão reagir. Eu sou um problema da sociedade. Os nossos pacientes graves não são de forma alguma. E acho que essa é a dificuldade, porque às vezes as pessoas não sabem lidar e aí eles podem sim ficar agressivos, mas não os vejo como um risco para a sociedade. Então, assim, não acredito. Não que não possa acontecer alguma situação que possa trazer algum risco para a sociedade, mas eu não parto desse princípio. Eu acredito mais no tratamento, no acompanhamento, que eles possam sim viver em sociedade. Inclusive, é uma luta que a gente tem, não é? Então não necessariamente. Em alguns casos e no momento de surto, eles podem ficar agressivos, não é? É claro que sem tratamento, qualquer pessoa pode ser um risco, não é? Em qualquer momento da vida uma pessoa pode até não estar em surto e representar um risco para a sociedade."</i></p>

### Categoria D: Representam um risco.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Sim. Suj. 2: Sim. Suj. 3: Sim. Eu acho que sim. Inclusive a gente tem alguns exemplos de alguns pacientes que, sim, podem ser perigosos. Suj. 4: Sim. A gente já teve relatos e fatos que aconteceram de coisas que foram feitas por usuários.</p>	<p><i>"Sim. Eu acho que sim. Inclusive a gente tem alguns exemplos de alguns pacientes que, sim, podem ser perigosos. A gente já teve relatos e fatos que aconteceram de coisas que foram feitas por usuários. Então, com certeza. A gente vê muito no dia a dia nessas notícias de violência que são pacientes, até mesmo por que às vezes ele não quer largar da droga."</i></p>

<p>Suj. 5: Com certeza. A gente vê muito no dia a dia, nessas notícias de violência que são pacientes, até mesmo por que às vezes ele não quer largar da droga.</p> <p>Suj. 6: O risco só se estiver em crise, em crise mesmo, né?</p> <p>Suj. 7: Com certeza, eles representam risco, sim, assim como já aconteceu, não é? Mais ou menos uns dois anos atrás, a gente teve um colega que o paciente adentrou na sala e deferiu várias facadas no abdômen dele e hoje ele se encontra aposentado devido a isso, entre outros também, que acontecem também.</p> <p>Suj. 8: Sim.</p> <p>Suj. 9: E, que por isso é tão importante esses pacientes, essas pessoas serem identificadas e tratadas, não é? Vejo que o CAPS tem grande potencial em ajudar nesse sentido.</p> <p>Suj. 10: Eu acho que depende. Tudo depende de como eles estão. Por isso que seria bom passar por reavaliação.</p> <p>Suj. 11: Sim, se não for bem manejados. Se não tiver um bom manejo assim, de como saber como lidar com esses indivíduos.</p> <p>Suj. 12: Depende do cid, não é?</p> <p>Suj. 13: Tem gente que entra aqui e está bem fora da casinha, vamos dizer. Nós, enquanto o serviço de enfermagem, a gente dá todo apoio necessário ali, não é?</p> <p>Suj. 14: Dependendo do quadro, sim, se for um, sei lá, um transtorno de personalidade antissocial sim.</p>	<p><i>Então, com certeza, eles representam risco, sim, assim como já aconteceu, não é? Mais ou menos uns dois anos atrás, a gente teve um colega que o paciente adentrou na sala e deferiu várias facadas no abdômen dele e hoje ele se encontra aposentado devido a isso, entre outros também, que acontecem também. Tem gente que entra aqui e está bem fora da casinha, vamos dizer. Nós, enquanto o serviço de enfermagem, a gente dá todo apoio necessário ali, não é? E, que por isso é tão importante esses pacientes, essas pessoas serem identificadas e tratadas, não é? Vejo que o CAPS tem grande potencial em ajudar nesse sentido. Porque depende do cid, não é? Tudo depende de como eles estão. Por isso que seria bom passar por reavaliação. Dependendo do quadro, sim, se for um, sei lá, um transtorno de personalidade antissocial sim. Mas, o risco só se estiver em crise, em crise mesmo, né? se não for bem manejados. Se não tiver um bom manejo assim, de como saber como lidar com esses indivíduos.”</i></p>
--	---

Nesta questão 3 (Você acredita que os indivíduos com transtornos mentais graves e crônicos podem ser perigosos para a sociedade?) a maioria dos sujeitos entrevistados considera que os pacientes podem representar um risco para a sociedade. A única diferença reside no ponto que há uma parcela destes profissionais que enxergam o tratamento como salvaguarda destes comportamentos. Os trechos abaixo demonstram as duas posições, bem como a construção do DSC:

*“Com certeza, eles representam risco sim, assim como já aconteceu, não é? Mais ou menos uns dois anos atrás, a gente teve um colega que o paciente adentrou na sala e deferiu várias facadas no abdômen dele e hoje ele se encontra aposentado devido a isso, entre outros também, que acontecem também.”*

*“E, que por isso é tão importante esses pacientes, essas pessoas serem identificadas e tratadas, não é?”*

*“Podem ser perigosos se não tiver em tratamento. Com o tratamento adequado, acho que não. Como em qualquer situação de saúde a falta de tratamento é o risco. Então esse paciente quando em tratamento, na remissão dos sintomas vai ser uma pessoa como outra qualquer, que vai manter a convivência sem nenhum tipo de risco.”*

Campos (2014) reitera que nos contextos de crise ou ruptura do sujeito com o seu meio, quando há situações de vulnerabilidade, especialmente, para aquele que

carrega o sofrimento psíquico, tanto os serviços de saúde quanto os agentes da segurança pública não titubeiam em estigmatizar esse sujeito como um 'perigo para si ou para outrem'. O autor elucida que esse discurso alimenta uma lógica manicomial e legitima as intervenções com uso de força ou internações compulsórias.

Destaca-se que esse caráter de periculosidade dado à loucura foi oriundo da psiquiatria do século XIX e se intensificou socialmente, determinando o preconceito, o estigma e reafirmando processos excludentes das pessoas com transtornos mentais (Foucault, 2006). É válido dizer que desde a Reforma Psiquiátrica essa leitura vem sendo combatida por pesquisas da área que demonstram que não há correlação direta entre aspectos psicopatológicos e agressividade, inclusive nos transtornos que apresentam elementos persecutórios (Steadman *et al.*, 1998; Applebaum; Robbins; Monahan, 2000; Elbogen; Johnson, 2009). Deste modo, é imprescindível reiterar que não há como dissociar a violência destes sujeitos daquela existente em outros contextos sociais.

Em contrapartida, é crescente a violência simbólica e física que acomete os indivíduos com transtornos mentais. Campos (2014) acrescenta que um estudo realizado na Europa mostra que esta população sofre agressões em proporção duas vezes maior que a população em geral. O autor argumenta que:

Esse é o estado de coisas habitual e, para transformá-lo, teremos de combater a tese da periculosidade em todos os domínios da ação política e da clínica, seja no campo científico, na imprensa, na vida social como um todo, nos nossos serviços, na prática cotidiana do cuidado. Assim, invalida-se a expressão 'perigo para si e para outrem', pois o que se encontra em perigo e vulnerável é o próprio laço social dos atores envolvidos. (Campos, 2014, p. 172).

Essa imagem do indivíduo perturbado, 'psicótico', sendo retratado como assassino é frequentemente veiculada em jornais e filmes, sugerindo uma ligação entre insanidade e perigo, o que estabelece uma categorização de 'outros' a serem temidos (Sayce, 2000). A informação amplamente presente no domínio público enfatiza o risco de violência por parte das pessoas com transtornos mentais, deixando de lado praticamente qualquer outro aspecto sobre essas pessoas (Thornicroft, 2006).

Como mencionado acima, apesar dessa generalização que permeia a sociedade, a crença de que toda pessoa com transtorno mental é potencialmente perigosa não encontra respaldo em estudos acadêmicos, o que confirma que essa é uma ideia sustentada pela crença e não pelo conhecimento, ou seja, possui características de preconceito. Portanto, a percepção popular de que as pessoas com

transtornos mentais representam um perigo é uma percepção enraizada no senso comum, desenvolvida ao longo de mais de dois séculos de institucionalização e confinamento dos indivíduos com doença mental. Por séculos, a psiquiatria isolou os indivíduos considerados loucos sob a premissa de que eram 'perigosos', alimentando a ideologia de que todos os indivíduos com transtornos mentais são inerentemente perigosos.

Ademais, é fundamental compreender que qualquer ser humano pode em algum momento ou em alguma situação vir a se tornar agressivo e que essa não é uma condição daqueles que apresentam alguma psicopatologia. No entanto, o discurso permeado no imaginário de grande parte dos profissionais entrevistados caminha pela via do senso comum e dos estereótipos na medida em que situa a agressividade quase como inerente à doença mental, quando, na verdade, ela é inerente ao homem.

Houve algumas colocações dos entrevistados que pareceram livres desses preconceitos, contribuindo para uma leitura das singularidades destes atos:

*“É estranho dizer, mas assim, de verdade, os pacientes graves, não são eles que atingem a sociedade, sabe? O paciente psiquiátrico, principalmente os graves, a gente sabe como eles vão reagir. Eu sou um problema da sociedade. Os nossos pacientes graves não são de forma alguma.”*

*“O indivíduo que é um risco para a sociedade não necessariamente precisa ter um transtorno.”*

Não obstante, é importante destacar o caráter simbólico que a agressividade carrega, na medida em que pode indicar uma contrapartida às situações insuportáveis, uma defesa frente ao sofrimento psíquico vivenciado ou um pedido de ajuda. Deste modo, se faz necessário a compreensão da agressividade como parte constituinte da subjetividade e de como o indivíduo organiza seu percurso identitário (Ferreira, 2017). De acordo com Ferrari (2006, p. 51): “existe a agressividade, mas ela pode ser sublimada, pode ser recalcada, não precisa ser atuada, pois o humano conta com o recurso da palavra, da mediação simbólica.” Ou seja, o comportamento agressivo sempre atravessa o registro psíquico por meio da linguagem, demarcando uma tentativa de simbolização.

Ressalta-se que o intuito desta análise não é romantizar as situações de risco vivenciadas por esses profissionais, mas apontar para o equívoco de se estabelecer esta relação de causalidade difundida nos serviços de saúde e tentar compreender estes comportamentos por uma via polissêmica. Há que se pensar em formas de intervenção e manejo que possam potencializar o processo via linguagem. É

imperativo dizer que esta questão também suscitou preocupação na medida em que surgiu no discurso a sugestão de se aumentar a segurança como meio de repressão e controle:

*“É importante o serviço aumentar a segurança, até para evitar que eles tentem, na tentativa de minimizar que eles cometam algum tipo de coisa, um homicídio, algo contra si, contra outros. Tem gente que entra aqui e está bem fora da casinha, vamos dizer.”*

Cabe uma reflexão acerca do manejo nestes casos e das intervenções solicitadas à segurança pública uma vez que não tem muito tempo que o tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais era por meio da moral e da disciplina. Logo, considera-se um retrocesso qualquer abordagem nesse caminho.

#### Quadro 6 – Quarta questão abordada (Profissionais de saúde)

<b>Questão 4: Você acredita que os serviços conseguem auxiliar no desenvolvimento da autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
AS1: Sim	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS2: Sim. É por isso que os CAPS foram criados, né. A gente teve aí infelizmente a pandemia, o que causou esse afastamento dos pacientes. Mas agora eles têm retornado. Muitos pacientes não retornaram no serviço e a gente agora está buscando trazê-los novamente.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>  2ª ideia: A pandemia afetou o alcance dos serviços. <b>(B)</b>	1ª ancoragem: Os CAPS foram criados para desenvolver autonomia.
Enf. 1: Sim.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 2: Sim.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 1: Sim e esse é o grande carro chefe do CAPS, porque esse é um serviço de porta aberta, é um serviço para estar voltado para o território, que a gente pode atender esse indivíduo na vida, no território dele, que é justamente para gente promover essa questão da autonomia. Então a gente faz tudo para trabalhar isso, o atendimento de acompanhamento terapêutico é uma das ferramentas mais potentes	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: Os CAPS foram criados para desenvolver autonomia.



que tem para trabalhar isso aqui e como é o CAPS escola, é uma das questões mais trabalhadas no programa de residência.		
Psicol. 2: Sim, conseguem.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psiq. 1: Sim, com certeza.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 3: Não. Por ser incompleto, sabe? Não pega todas as áreas que a pessoa precisa. Assim, o serviço de psiquiatria está mais envolvido em fornecer a medicação para o paciente e atender os momentos de crise. Agora, as articulações do CAPS com a ponta, com o território onde o indivíduo mora, o serviço de psicoterapia, sei lá, oficinas de promoção de capacitação, sabe? Tem muita coisa ainda que não funciona direito.	1ª ideia: Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 4: Na maioria das vezes, sim, dependendo do grau do transtorno, consegue. Assim, essa é a nossa função, nossa meta é que ele consiga.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 3: Sim.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 4: Sim, principalmente os serviços voltados aos grupos que trabalham a socialização e a reinserção.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psiq. 2: Consegue, dentro das limitações do serviço.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Fono: Sim, principalmente, aqueles que a família tem participação, não é? Porque às vezes tem a primeira procura, mas a gente sabe que tem algumas dificuldades e limitações para a família também. Então ela não consegue aderir ao tratamento adequadamente, né? Mas quando essa família consegue aderir e trazer esse paciente, a gente consegue evoluir.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os serviços precisam do suporte da família. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.

Enf. 4: Eu acho que sim.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 5: Consegue, a gente estimula muito para que isso aconteça. Se não tem familiar, a gente tem outros serviços que a gente pode estar colocando esses pacientes, né? Algum apoio social mesmo, a gente encaminha para retirada de documentação.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os serviços precisam do suporte da família. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 6: A gente fica muito amarrado naquilo, na gestão, o que é o que pode, o que não pode, não é?	1ª ideia: Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
T.O: Mas na medida do possível, eu tentava levar eles para caminhar no supermercado, mas assim eu era muito taxada por outras profissões, outras áreas, pessoas que tem uma ideia totalmente distorcida da terapia ocupacional. Então assim, eu não exercia só o papel de TO. Sempre lutei muito inserir o paciente, desenvolver a independência, autonomia circular no território, né?	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf.7: O nosso principal objetivo é reinserção do paciente na sociedade. E nós conseguimos, sim.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	2ª ancoragem: Os CAPS foram criados para reinserção social.
Enf. 8: Não.	1ª ideia: Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 5: Se eu tenho um caminho é porque ele impacta. Os casos mais graves dependem muito da questão familiar. Então eu acho que os graves, severos, dependendo do caso, é difícil desenvolver autonomia.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os serviços precisam do suporte da família. <b>(D)</b>  1ª ideia: Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 6: Não, não vou dizer que é perfeito. Eu acho que ainda falta muito no sentido da autonomia. Acho que ainda falta, que é justamente esse jogo com o território e com a família e que talvez	1ª ideia: Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

sejam mais importante dentro do tratamento dessas pessoas.		
Psiqu. 3: Alguns e aí entra muito a questão da individualidade que eu estava te falando. A gente tem pacientes graves, internados e tal que a gente consegue sim, que eles tomem banho sozinho, que eles consigam ir ao banco, que eles consigam aguar, regar as plantas, fazer um café, né? A gente consegue, mas tem alguma coisa que entra no limite.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Farm.: Embora nós tenhamos pouco respaldo da gestão, principalmente, referente a saúde mental, acho que a gente consegue atingir resultados muito favoráveis.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 9: Sim, consegue sim. A gente tem vários casos de pacientes que têm autonomia, que consegue levar a vida.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 10: Sim e a família também é muito importante nesse quesito, o cuidador, principalmente. Como tudo o que envolve a pessoa com transtorno mental grave precisa dessa rede, não é? Mas, auxilia sim.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os serviços precisam do suporte da família. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 3: Sim, sim, a gente tem bastante resultado positivo dentro da unidade em relação a isso, né? Pacientes que às vezes não consegue viver bem com a família, mas consegue viver bem sozinho, por exemplo, né? No seu espaço, no seu quatinho, frequentando a unidade de forma mais intensiva.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 4: Eu acredito que a partir das oficinas, das atividades que a gente desenvolve, a gente consegue, mas ainda precisa atingir uma parcela maior. Porque eu acredito que é um número ainda muito pequeno. Acho que a gente ainda tem que expandir mais essas oficinas, esse serviço e até esporte, que para a própria família, porque a família tem muita dificuldade	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>  2ª ideia: Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

em lidar com esses pacientes, né? Até por falta de conhecimento mesmo da doença, então a família ainda eu acredito que é uma coisa que a gente ainda precisa trabalhar mais. E na comunidade no geral, porque existe até no meio dos próprios profissionais de saúde esse preconceito, não é?		
Enf. 11: Com as oficinas. O próprio tratamento eu vejo que é de grande valia. Tem mudado muito o perfil.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 7: Sim, alguns sim, tem alguns que, por limitações mais sociais ou às vezes até cognitivas. A gente não consegue avançar plenamente, mas a gente consegue oferecer pelo menos outras perspectivas para uma melhora na qualidade de vida dele.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 5: Sim.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 6: Sim, bastante.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 7: Com apoio, auxílio, consegue inserção.	1ª ideia: Os serviços precisam do suporte da família. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 12: Com parcerias, sim, consegue. Eu já tive exemplo, não aqui, mas lá na cidade de Corumbá, onde eu também era enfermeiro do CAPS AD, lá nós tivemos vários recuperados, várias pessoas que foram inseridas no mercado de trabalho. Então assim, eu creio que sim.	1ª ideia: Os serviços precisam do suporte da família. <b>(D)</b>  2ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 13: O sujeito, então, tem um esforço nesse sentido. Até porque a gente tem oficinas aqui para eles interagirem. É oficina de desenho, crochê, outros trabalhos manuais, até cultural, música.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Med.: Eu tenho casos positivos aqui de pacientes assim, de esquizofrênicos graves, por exemplo. Que a família não aceita e que a gente trouxe o paciente mais	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

para perto. Tem feito terapia semanal, tem feito consultas um pouco mais regulares e ele está desenvolvendo a autonomia dele.		
Psicol. 8: Sim, sim, bastante.	1ª ideia: Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

Conforme observado no quadro, a questão 4 (Você acredita que os serviços conseguem auxiliar no desenvolvimento da autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico?) apresentou 4 categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo.

**Categoria B:** A pandemia afetou o alcance dos serviços.

**Categoria C:** Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo.

**Categoria D:** Os serviços precisam do suporte da família.

A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria. Ressalta-se que a categoria B não entrará na análise por haver apenas um sujeito inserido nela.

**Categoria A:** Os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Sim.  Suj. 2: Sim. É por isso que os CAPS foram criados, né.  Suj. 3: Sim.  Suj. 4: Sim.  Suj. 5: Sim e esse é o grande carro chefe do CAPS, porque esse é um serviço de porta aberta, é um serviço para estar voltado para o território, que a gente pode atender esse indivíduo na vida, no território dele, que é justamente para gente promover essa questão da autonomia. Então a gente faz tudo para trabalhar isso, o atendimento de acompanhamento terapêutico é uma das ferramentas mais potentes que tem para trabalhar isso aqui e como é o CAPS escola, é uma das questões mais trabalhadas no programa de residência.  Suj. 6: Sim, conseguem.  Suj. 7: Sim, com certeza.  Suj. 8: Na maioria das vezes, sim, dependendo do grau do transtorno, consegue. Assim, essa é a nossa função, nossa meta é que ele consiga.  Suj. 9: Sim.</p>	<p><i>“Sim. É por isso que os CAPS foram criados, né. Esse é o grande carro chefe do CAPS, porque esse é um serviço de porta aberta, é um serviço para estar voltado para o território, que a gente pode atender esse indivíduo na vida, no território dele, que é justamente para gente promover essa questão da autonomia. Então a gente faz tudo para trabalhar isso, o atendimento de acompanhamento terapêutico é uma das ferramentas mais potentes que tem para trabalhar isso aqui e como é o CAPS escola, é uma das questões mais trabalhadas no programa de residência. Então, sim, conseguem. Com certeza. Dentro das limitações do serviço, dependendo do grau do transtorno, consegue. Assim, essa é a nossa função, nossa meta é que ele consiga, principalmente, os serviços voltados aos grupos que trabalham a socialização e a reinserção. E a gente estimula muito para que isso aconteça. Se não tem familiar, a gente tem outros serviços que a gente pode estar colocando esses pacientes, né? Algum apoio social mesmo, a gente encaminha para retirada de documentação. E, na medida do</i></p>

<p>Suj. 10: Sim, principalmente os serviços voltados aos grupos que trabalham a socialização e a reinserção.</p> <p>Suj. 11: Consegue, dentro das limitações do serviço.</p> <p>Suj. 12: Sim, principalmente, aqueles que a família tem participação, não é?</p> <p>Suj. 13: Eu acho que sim.</p> <p>Suj. 14: Consegue, a gente estimula muito para que isso aconteça. Se não tem familiar, a gente tem outros serviços que a gente pode estar colocando esses pacientes, né? Algum apoio social mesmo, a gente encaminha para retirada de documentação.</p> <p>Suj. 15: Mas na medida do possível, eu tentava levar eles para caminhar no supermercado, mas assim eu era muito taxada por outras profissões, outras áreas, pessoas que tem uma ideia totalmente distorcida da terapia ocupacional. Então assim, eu não exercia só o papel de TO. Sempre lutei muito inserir o paciente, desenvolver a independência, autonomia circular no território, né?</p> <p>Suj. 16: O nosso principal objetivo é reinserção do paciente na sociedade. E nós conseguimos, sim.</p> <p>Suj. 17: Se eu tenho um caminho é porque ele impacta.</p> <p>Suj. 18: Alguns e aí entra muito a questão da individualidade que eu estava te falando. A gente tem pacientes graves, internados e tal que a gente consegue sim, que eles tomem banho sozinho, que eles consigam ir ao banco, que eles consigam aguar, regar as plantas, fazer um café, né?</p> <p>Suj. 19: Embora nós tenhamos pouco respaldo da gestão, principalmente, referente a saúde mental, acho que a gente consegue atingir resultados muito favoráveis.</p> <p>Suj. 20: Sim, consegue sim. A gente tem vários casos de pacientes que têm autonomia, que consegue levar a vida.</p> <p>Suj. 21: Sim, sim, a gente tem bastante resultado positivo dentro da unidade em relação a isso, né? Pacientes que às vezes não consegue viver bem com a família, mas consegue viver bem sozinho, por exemplo, né? No seu espaço, no seu quartinho, frequentando a unidade de forma mais intensiva.</p> <p>Suj. 22: Sim.</p> <p>Suj. 23: Eu acredito que a partir das oficinas, das atividades que a gente desenvolve, a gente consegue.</p> <p>Suj. 24: Com as oficinas. O próprio tratamento eu vejo que é de grande valia. Tem mudado muito o perfil.</p> <p>Suj. 25: Sim, alguns sim, tem alguns que, por limitações mais sociais ou às vezes até cognitivas. A gente não consegue avançar</p>	<p><i>possível, eu tento levar eles para caminhar no supermercado, mas assim eu era muito taxada por outras profissões, outras áreas, pessoas que tem uma ideia totalmente distorcida da terapia ocupacional. Então assim, eu não exercia só o papel de TO. Sempre lutei muito para inserir o paciente, desenvolver a independência, autonomia, circular no território, né? Porque o nosso principal objetivo é reinserção do paciente na sociedade. E nós conseguimos, sim, uma vez que se eu tenho um caminho é porque ele impacta. Embora nós tenhamos pouco respaldo da gestão, principalmente, referente a saúde mental, acho que a gente consegue atingir resultados muito favoráveis. E, aí entra muito a questão da individualidade que eu estava te falando. A gente tem pacientes graves, internados e tal que a gente consegue sim, que eles tomem banho sozinho, que eles consigam ir ao banco, que eles consigam aguar, regar as plantas, fazer um café, né? Eu tenho casos positivos aqui de pacientes assim, de esquizofrênicos graves, por exemplo. Que a família não aceita e que a gente trouxe o paciente mais para perto. Tem feito terapia semanal, tem feito consultas um pouco mais regulares e ele está desenvolvendo a autonomia dele. A gente tem vários casos de pacientes que têm autonomia, que consegue levar a vida. A gente tem bastante resultado positivo dentro da unidade em relação a isso, né? Pacientes que às vezes não consegue viver bem com a família, mas consegue viver bem sozinho, por exemplo, né? No seu espaço, no seu quartinho, frequentando a unidade de forma mais intensiva. O próprio tratamento eu vejo que é de grande valia. Tem mudado muito o perfil. E as oficinas. Eu acredito que a partir das oficinas, das atividades que a gente desenvolve, a gente consegue. Tem alguns que, por limitações mais sociais ou às vezes até cognitivas. A gente não consegue avançar plenamente, mas a gente consegue oferecer pelo menos outras perspectivas para uma melhora na qualidade de vida dele. Eu já tive exemplo, não aqui, mas lá na cidade de Corumbá, onde eu também era enfermeiro do CAPS AD, lá nós tivemos vários recuperados, várias pessoas que foram inseridas no mercado de trabalho. Então, assim, eu creio que sim. Tem um esforço nesse sentido. Até porque a gente tem oficinas aqui para eles interagir. É oficina de desenho, crochê, outros trabalhos manuais, até cultural, música.”</i></p>
--	---

plenamente, mas a gente consegue oferecer pelo menos outras perspectivas para uma melhora na qualidade de vida dele.

Suj. 26: Sim.

Suj. 27: Sim, bastante.

Suj. 28: Eu já tive exemplo, não aqui, mas lá na cidade de Corumbá, onde eu também era enfermeiro do CAPS AD, lá nós tivemos vários recuperados, várias pessoas que foram inseridas no mercado de trabalho. Então assim, eu creio que sim.

Suj. 29: O sujeito, então, tem um esforço nesse sentido. Até porque a gente tem oficinas aqui para eles interagir. É oficina de desenho, crochê, outros trabalhos manuais, até cultural, música.

Suj. 30: Eu tenho casos positivos aqui de pacientes assim, de esquizofrênicos graves, por exemplo. Que a família não aceita e que a gente trouxe o paciente mais para perto. Tem feito terapia semanal, tem feito consultas um pouco mais regulares e ele está desenvolvendo a autonomia dele.

Suj. 31: Sim, bastante.

**Categoria C:** Os serviços não auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Não. Por ser incompleto, sabe? Não pega todas as áreas que a pessoa precisa. Assim, o serviço de psiquiatria está mais envolvido em fornecer a medicação para o paciente e atender os momentos de crise. Agora, as articulações do CAPS com a ponta, com o território onde o indivíduo mora, o serviço de psicoterapia, sei lá, oficinas de promoção de capacitação, sabe? Tem muita coisa ainda que não funciona direito.</p> <p>Suj. 2: A gente fica muito amarrado naquilo, na gestão, o que é o que pode, o que não pode, não é?</p> <p>Suj. 3: Não.</p> <p>Suj. 4: Então eu acho que os graves, severos, dependendo do caso, é difícil desenvolver autonomia.</p> <p>Suj. 5: Não, não vou dizer que é perfeito. Eu acho que ainda falta muito no sentido da autonomia. Acho que ainda falta, que é justamente esse jogo com o território e com a família e que talvez sejam mais importante dentro do tratamento dessas pessoas.</p> <p>Suj. 6: A gente consegue, mas tem alguma coisa que entra no limite.</p> <p>Suj. 7: mas ainda precisa atingir uma parcela maior. Porque eu acredito que é um número ainda muito pequeno. Acho que a gente ainda tem que expandir mais essas oficinas, esse</p>	<p><i>“Não. A gente fica muito amarrado naquilo, na gestão, o que é o que pode, o que não pode, não é? Então eu acho que os graves, severos, dependendo do caso, é difícil desenvolver autonomia. Por ser incompleto, sabe? Não pega todas as áreas que a pessoa precisa. Assim, o serviço de psiquiatria está mais envolvido em fornecer a medicação para o paciente e atender os momentos de crise. Agora, as articulações do CAPS com a ponta, com o território onde o indivíduo mora, o serviço de psicoterapia, sei lá, oficinas de promoção de capacitação, sabe? Tem muita coisa ainda que não funciona direito. Não vou dizer que é perfeito. Eu acho que ainda falta muito no sentido da autonomia. Acho que ainda falta, que é justamente esse jogo com o território e com a família e que talvez sejam mais importante dentro do tratamento dessas pessoas. Então, a gente consegue, mas tem alguma coisa que entra no limite. Ainda precisa atingir uma parcela maior. Porque eu acredito que é um número ainda muito pequeno. Acho que a gente ainda tem que expandir mais essas oficinas, esse serviço e até esporte, que para a própria família, porque a família tem muita dificuldade em lidar com esses pacientes, né? Até por falta de conhecimento mesmo da doença, então a família ainda eu</i></p>

serviço e até esporte, que para a própria família, porque a família tem muita dificuldade em lidar com esses pacientes, né? Até por falta de conhecimento mesmo da doença, então a família ainda eu acredito que é uma coisa que a gente ainda precisa trabalhar mais. E na comunidade no geral, porque existe até no meio dos próprios profissionais de saúde esse preconceito, não é?	<i>acredito que é uma coisa que a gente ainda precisa trabalhar mais. E na comunidade no geral, porque existe até no meio dos próprios profissionais de saúde esse preconceito, não é?”</i>
---	---

#### **Categoria D:** Os serviços precisam do suporte da família.

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: principalmente, aqueles que a família tem participação, não é? Porque às vezes tem a primeira procura, mas a gente sabe que tem algumas dificuldades e limitações para a família também. Então ela não consegue aderir ao tratamento adequadamente, né? Mas quando essa família consegue aderir e trazer esse paciente, a gente consegue evoluir.</p> <p>Suj. 2: Se não tem familiar, a gente tem outros serviços que a gente pode estar colocando esses pacientes, né? Algum apoio social mesmo</p> <p>Suj. 3: Os casos mais graves dependem muito da questão familiar.</p> <p>Suj. 4: Com apoio, auxílio, consegue inserção.</p> <p>Suj. 5: Com parcerias, sim, consegue.</p>	<p><i>“Os casos mais graves dependem muito da questão familiar. Com apoio, auxílio, consegue inserção, principalmente, aqueles que a família tem participação, não é? Porque às vezes tem a primeira procura, mas a gente sabe que tem algumas dificuldades e limitações para a família também. Então ela não consegue aderir ao tratamento adequadamente, né? Mas quando essa família consegue aderir e trazer esse paciente, a gente consegue evoluir. Mas, se não tem familiar, a gente tem outros serviços que a gente pode estar colocando esses pacientes, né? É importante algum apoio social mesmo. Então, a gente consegue com parcerias.”</i></p>

A partir da análise do discurso dos profissionais entrevistados evidencia-se que a maioria concorda que os serviços auxiliam no desenvolvimento da autonomia do indivíduo com transtorno mental conforme trecho do DSC construído nessa categoria:

*“Sim. É por isso que os CAPS foram criados, né. Esse é o grande carro chefe do CAPS, porque esse é um serviço de porta aberta, é um serviço para estar voltado para o território, que a gente pode atender esse indivíduo na vida, no território dele, que é justamente para gente promover essa questão da autonomia. Então a gente faz tudo para trabalhar isso, o atendimento de acompanhamento terapêutico é uma das ferramentas mais potentes que tem para trabalhar isso aqui e como é o CAPS escola, é uma das questões mais trabalhadas no programa de residência.”*

Ressalta-se que o conceito de autonomia não pode ser dissociado do conceito de cidadania, especialmente, quando se trata das intervenções nos serviços de saúde mental. De acordo com Kinoshita (2016, p. 71) o termo pode ser definido como “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. Deste modo, a organização dos serviços conforme o modo psicossocial implica em desdobramentos significativos não só na vida dos usuários, como também, no território e nos espaços que esses sujeitos circulam. Isso porque também é responsabilidade dessas unidades o preparo dos territórios de forma a garantir a construção coletiva de novos meios de convívio com a alteridade.



Vale destacar que uma das categorias analisadas pontuou que esse trabalho só é possível a partir do suporte familiar, sendo um aspecto tanto facilitador quanto dificultador no processo de acompanhamento desse sujeito. Esse tensionamento acontece uma vez que o alcance dos profissionais se limita aos espaços institucionais, cabendo à família o papel de dar o suporte posterior nos espaços sociais. Ou seja, a participação e o interesse das famílias no processo de cuidado se mostram como um recurso fundamental para o cuidado em saúde mental e, conseqüente, afirmação e fortalecimento das políticas e serviços. É salutar que a família enquanto importante pilar na dimensão do cuidado ultrapasse as estratégias disciplinares, de domínio e curatela e incentive a emancipação e autonomia de seus membros como exposto na fala abaixo:

*“Os casos mais graves dependem muito da questão familiar. Com apoio, auxílio, consegue inserção, principalmente, aqueles que a família tem participação, não é?”*

Durante a entrevista e diário de campo foi comum o discurso de que os serviços por vezes funcionam como depósito para esses pacientes quando a família quer viajar e, principalmente, quando não se implica no processo de cuidado. Isso desvela a permanência desnecessária dos usuários nos serviços e aponta novamente para o isolamento e dificuldade do trabalho desenvolvido. Mais do que isso denota a insuficiência de oportunidades para inserção em instituições e espaços sociais, demonstrando a necessidade de ampliação de espaços comunitários. Ademais, a ‘cronificação’ também pode resultar em obstáculos para o modo psicossocial uma vez que essa produção de cuidado em saúde depreende uma organização de cuidado intersetorial e com protagonismo dos usuários e familiares (Lima, 2018).

Em contrapartida, as ferramentas disponibilizadas pelos serviços seja no acolhimento, no atendimento em grupos e multiprofissional, na abordagem de redução de danos, recreação, oficinas ou na organização do cotidiano, se constituem como recursos potentes no processo de ressocialização, no entanto, a resolutividade sofre com as limitações quando se dá de forma isolada de outras dimensões do cuidado como mencionado acima.

Vale lembrar que por vezes a percepção do senso comum é de que os transtornos mentais resultam em incapacidade e falta de competência. Segundo Perkins e Repper (2003), a mídia frequentemente retrata uma imagem negativa das doenças mentais: as pessoas com transtornos mentais tendem a ser consideradas como incompetentes, incapazes de se integrar à sociedade e tomar decisões próprias.

Conforme destacado por Sayce (2000), nos anos recentes, houve mudanças no local e na estrutura dos serviços de saúde mental, abrindo oportunidades para pessoas com transtornos mentais. No entanto, a noção de que essas pessoas são inferiores ainda não foi desafiada, o que impede um acesso pleno à cidadania.

Destaca-se que a luta pela permanência do modo psicossocial ocorre também pela defesa da autonomia do indivíduo, uma vez que a lógica manicomial legitima a rejeição e o valor do sujeito. Subjugada pelo poder médico, a pessoa em sofrimento psíquico é anulada e suas condutas invalidadas, o que impossibilita a troca. E é a partir dessa relação de troca com a equipe que a transformação pode se tornar palpável. Por meio de práticas terapêuticas que viabilizem as mudanças concretas de vida e possibilitem o alcance das subjetividades (Kinoshita, 2016).

No entanto, reitera-se que os avanços no modo psicossocial são pontuais e exigem dos profissionais da área habilidades que, na maioria das vezes, não estão presentes no processo de formação e por vezes nem são estabelecidas pela gestão. Ou seja, ainda se configura como um projeto político secundário.

#### Quadro 7 – Quinta questão abordada (Profissionais de saúde)

<b>Questão 5: Os indivíduos com transtornos mentais conseguem ter algum papel ativo na sociedade?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
AS1: A não ser que a doença esteja em um estágio avançado né, uma esquizofrenia refratária que realmente impossibilita de estar vivendo em sociedade, né. Mas a maioria dos casos eu vejo que sim, que tem como, assim né, ir em frente, tocar a vida dele, né. Tem aqueles casos que vivem em regime fechado e daí eu vejo que não tem como visualizar eles mesmo para colocar na sociedade.	1ª ideia: Consegue desde que não tenha um transtorno grave. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS2: Sim. A gente tá até com um projeto, toda quarta-feira eu e a L., que desenvolve a autonomia pela geração de renda, né. Alguns fazem chaveiro. A gente está trabalhando a costura das roupas, as roupas que vem de doação e depois a gente faz a venda pelo brechó e os	1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b>	1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.

<p>pacientes estão customizando. A autonomia também de poder sair na sociedade, ir ao cinema e fazer um passeio, né. Acho que tudo isso ajuda na autonomia e também para não gerar crises.</p>		
<p>Enf. 1: Sim, eu tenho paciente aqui mesmo que eu fico impressionada, quando eu soube qual é o diagnóstico dele, o que ele faz. Porque eu vim de uma outra instituição que o perfil de trabalho dela é diferente.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 2: Sim, com certeza. E aqui a gente tem o serviço que faz isso, o Pró-Inc. Quando o paciente está bem, tem condições, a gente procura encaminhar para o mercado de trabalho. Então assim, a gente procura realmente estimular eles nessa autonomia, nessa independência, tentando ensinar os artesanatos que a gente trabalha com eles, também de estimular para poder vender para ganhar um dinheirinho. Tem gente que trabalha aqui com a gente que tem problema também, que tem depressão, algo assim, mas que está em tratamento, consegue trabalhar.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.</p>
<p>Psicol. 1: Dentro dos limites deles assim como todos nós temos os nossos limites. A grande maioria é uma falta de estimulação, é uma falta de oportunidade, de oferta. Nos espaços de assembleia também são os espaços de trabalhar esse protagonismo né, que a gente faz essa troca de informações sobre o que está acontecendo na sociedade, a gente escuta deles também qual é a percepção deles disso e vai fazendo links né, com essa relação do cotidiano.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 2: Dentro do que é o serviço do CAPS, que não é só esse olhar médico centrado, na função da medicação, mas a gente tem</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>todo acompanhamento restante da equipe de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, a gente acaba atingindo a pessoa em outros aspectos, né, que influenciam a saúde mental. Se pegar hoje até paciente nossos que são talvez aqueles perfis mais graves, pacientes com mais dificuldades, que são os que estão dentro das residências terapêuticas, mesmo assim eles ainda tem envolvimento em atividades, situações, através da consciência crítica, do acompanhamento terapêutico para dentro de inserção de alguma forma na sociedade. A gente tem pacientes graves que foram inseridos de alguma forma, por exemplo, estão fazendo atividades físicas em academias e pacientes que conseguem algum tipo de emprego informal.</p>		
<p>Psiq. 1: Sim, acredito que sim.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 3: Eu acho que não, só medicação e atendimento de urgência não vai dar para ele o que ele precisa para estar todo integrado na sociedade.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 4: Sim.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 3: Alguns. Depende do que é considerado ativo, não é? Força de trabalho é só um mecanismo.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 4: Sim, a gente sempre conversa aqui que é importante ter apoio familiar, não é? Porque se não, fica bem difícil.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p> <p>2ª ideia: É importante o apoio familiar nesse processo. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psiq. 2: Acredito que ele consegue ter um papel ativo na sociedade se fizer certinho. Em casos extremos não, mas a maioria consegue.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>2ª ancoragem: papel ativo se condiciona ao acompanhamento.</p>

	2ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b>	
Fono: Eu acredito que sim.	1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 4: Acredito que sim, mas em via de regra não sei se acontece assim. Eu acho que é difícil recuperar completamente os pacientes, muito difícil. Tem questões que fogem da nossa alçada. A gente faz o tratamento aqui, eles saem e se desestabilizam muito rápido.	1ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b>	3ª ancoragem: os pacientes com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo.
Enf. 5: Só que é difícil sim, a gente conseguir dar esse segmento, isso leva muito tempo. E a maioria dos pacientes que vem já está numa idade onde já é difícil normalmente se conseguir um emprego e tudo mais, não é? E aí tem essa questão, mais uma vez do preconceito, não é?	1ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b>	1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.  3ª ancoragem: os pacientes com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo.
Enf. 6: A partir do momento que ele identifica que sim, que ele é um usuário, que ele tem que tratar, ele pode muito bem levar uma vida normal usando a medicação. Vir nos retornos, participando dos grupos, trabalhando tranquilo, né? Se ele quisesse, sim. Mas eles já têm um histórico de não querer sair dessa doença, de ter vantagens com essa doença, então muitos não querem realmente, não tem aquela visão.	1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b>  2ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b>	2ª ancoragem: papel ativo se condiciona ao acompanhamento.  3ª ancoragem: os pacientes com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo.
T.O: Tem alguns casos que os próprios usuários não querem sair da situação por conta dos ganhos secundários. Você trabalha, conversa, mas eles não querem sair da situação, os que teriam condições, né? Tinha muita família que era muito difícil, tinha que estar direto conversando com a família, dar condições dele ter mais autonomia.	1ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b>  2ª ideia: É importante o apoio familiar nesse processo. <b>(D)</b>	3ª ancoragem: os pacientes com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo.

<p>Enf.7: Consegue sim, a maioria consegue, outros se acomodam na aposentadoria mesmo. Isso é um fato. Isso é verídico.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p> <p>2ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 8: Hoje do jeito que está, precisa de mais um trabalho, um pouco mais junto com ele, assim pouco mais próximo. Porque a gente é um CAPS pra cidade toda e a gente não consegue acompanhar, certo?</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 5: Sim, consegue, consegue. Assim, tem um que faz curso, faz uma atividade ali, não é? E têm alguns que acabam não tendo tão ativo em relação à questão do emprego, mas tem o benefício social. Mas no aspecto de curso, já as coisas vem é da parte de território. Ali eles acessam bem os que não são tão graves.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.</p>
<p>Psicol. 6: Não sei de muitos pacientes que conseguiram talvez engrenar um trabalho, alguma coisa assim. Mas em alguma medida, assim que seja, pelo menos no cuidado da casa, com a família. Mesmo que não seja fora de casa, mas eles conseguem.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.</p>
<p>Psic. 3: É claro que tem alguns que a gente consegue liberar para casa. Eles vão conseguir sobreviver e ter essa autonomia, mas tem outros que não, tem outros que a gente não vai conseguir fazer com que ele trabalhe, que ele tenha um papel numa sociedade no sentido de produzir alguma coisa, mas às vezes, só de se sustentar o que já é ótimo também, né? Senão vira um peso, entre aspas, para qualquer um, só que tem uns que vão ser, tem uns que não tem autonomia nem de ir no banco, de escovar os dentes, de cortar o cabelo, não tem, esses</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p> <p>2ª ideia: Os indivíduos com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo na sociedade. <b>(C)</b></p> <p>3ª ideia: É importante o apoio familiar nesse processo. <b>(D)</b></p>	<p>1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.</p>

<p>infelizmente é um quadro bem grave que daí precisa de alguém mesmo, precisa de terceiros para estar fazendo.</p>		
<p>Farm.: Dependendo da gravidade, sim, não é? Tem sujeitos que você percebe, principalmente a depressão grave, chegam aqui, os pacientes recebem todo um procedimento clínico terapêutico, né, tudo aquilo que está envolvido, disponibilizado pelo CAPS. Aí você percebe uma melhora muito grande do paciente.</p>	<p>1ª ideia: Consegue desde que não tenha um transtorno grave. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>2ª ancoragem: papel ativo se condiciona ao acompanhamento.</p>
<p>Enf. 9: Alguns já estão em um grau da doença que, mesmo estabilizados, medicados, não vão conseguir cumprir o seu papel social, mas de uma maneira ou outra, é que a gente tem que entender que é um papel social, né, o que a gente espera daquele indivíduo na sociedade, se a gente pensar como pessoa saudável como a gente que trabalha, estuda, tem família, não sei o quê, não vai ser igual a gente, não vai conseguir fazer igual, não vai sair muito da expectativa nossa. Então, o que a gente está esperando dele? Mas, de uma forma ou de outra, eles cumprem um papel social.</p>	<p>1ª ideia: Consegue desde que não tenha um transtorno grave. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>3ª ancoragem: os pacientes com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo.</p>
<p>Enf. 10: Só que, como eu comentei, é um trabalho de formiguinha, não é? Ainda tem muita coisa estigmatizada, sabe? Mas consegue sim.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 3: Depende muito da doença, não é? E do tempo que levou para ele buscar um tratamento, não é? Quando o paciente começa a fazer tratamento bem no início, com um apoio da rede, da família, a gente acredita que sim, mas tem aqueles casos dos pacientes que não tem essa estrutura, que não teve o apoio da família. Às vezes perdas neurológicas, cognitivas, enfim, aí esses são mais difíceis, não é?</p>	<p>1ª ideia: Consegue desde que não tenha um transtorno grave. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p> <p>3ª ideia: É importante o apoio familiar nesse processo. <b>(D)</b></p>	<p>2ª ancoragem: papel ativo se condiciona ao acompanhamento.</p>

<p>AS 4: Ainda é um número pequeno, mas a gente tem alguns casos assim que se sobrepõem. Eu vejo assim e é bacana a gente poder acompanhar essa evolução. Às vezes, pacientes que tinham dificuldades até para se socializar e hoje em dia a gente vê assim, são super ativos, vêm, participam, querem estar no meio quando tem alguma assembleia, alguma coisa, eles querem estar envolvidos.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>3ª ancoragem: os pacientes com transtornos mentais não conseguem ter papel ativo.</p>
<p>Enf. 11: Muitos deles, sim. Vai depender muito, assim do estado da doença, não é? Do próprio diagnóstico, mas a maioria, sim.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p> <p>2ª ideia: Consegue desde que não tenha um transtorno grave. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 7: Alguns, sim, tem alguns que participam de conselho municipal e que passam a participar de ONGs, de atividades sociais. Isso a gente tem motivado eles bastante e a gente tem tido um retorno.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 5: Eu acho que depende. Da pessoa. Eu acho que depende da pessoa que está aqui.</p>	<p>1ª ideia: Consegue desde que não tenha um transtorno grave. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 6: A gente no próprio CAPS, a gente colocava eles para ajudar, para realmente se sentirem assim, pertencentes no convívio com os outros que não tinham a patologia deles, entendeu? E aí a gente acabava descobrindo habilidades, descobrindo coisas assim que estavam ali escondidas porque realmente a família só medicava, só deixavam, não tinha esse trabalho assim. Então eu acho que o serviço consegue sim.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 7: Sim, mas desde que tenha um apoio psicossocial, tenha um apoio de psicoterapia e medicamentoso.</p>	<p>1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b></p>	<p>2ª ancoragem: papel ativo se condiciona ao acompanhamento.</p>



Enf. 12: Sem dúvida, sem dúvida. Se tiver fazendo tratamento e toda a terapêutica feita nos PTs estabelecidas para o paciente consegue levar uma vida normal.	1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b>	2ª ancoragem: papel ativo se condiciona ao acompanhamento.
Enf. 13: Teve um aqui que a gente até ficou surpreso, estava totalmente fora da casa. Quando chegou final do ano, veio aí tranquilo, conversou na boa. Acontecem umas coisas gratificantes assim de você ver aqui, de proporcionar uma evolução do paciente.	1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Med.: Eu acho que ele já está tendo, não é? Ele já está conseguindo trabalhar, não é? por mais que seja uma função simples, ele está exercendo uma função na sociedade.	1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b>	1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.
Psicol. 8: Consegue, muitos conseguem, não é? Outros até em decorrência da doença, que é muito grave, não conseguem ter uma, eles são curatelados. Mas a maioria deles consegue desenvolver trabalhos, retornar ao trabalho não é?	1ª ideia: Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade. <b>(B)</b>  1ª ideia: Consegue desde que não tenha um transtorno grave. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: papel ativo se relaciona a capacidade produtiva.

Conforme observado no quadro, a questão 5 (Os indivíduos com transtornos mentais conseguem ter algum papel ativo na sociedade?) apresentou 4 categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** Consegue desde que não tenha um transtorno grave.

**Categoria B:** Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade.

**Categoria C:** Os indivíduos com transtorno mental não conseguem ter um papel ativo na sociedade.

**Categoria D:** É importante o apoio familiar nesse processo.

A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria.

**Categoria A:** Consegue desde que não tenha um transtorno grave.

**EXPRESSÕES - CHAVE**

**DSC**

<p>Suj. 1: A não ser que a doença esteja em um estágio avançado né, uma esquizofrenia refratária que realmente impossibilita de estar vivendo em sociedade, né. Mas a maioria dos casos eu vejo que sim, que tem como, assim né, ir em frente, tocar a vida dele, né. Tem aqueles casos que vivem em regime fechado e daí eu vejo que não tem como visualizar eles mesmo para colocar na sociedade.</p> <p>Suj. 2: Dependendo da gravidade, sim, não é?</p> <p>Suj. 3: Alguns já estão em um grau da doença que, mesmo estabilizados, medicados, não vão conseguir cumprir o seu papel social.</p> <p>Suj. 4: Depende muito da doença, não é? E do tempo que levou para ele buscar um tratamento, não é?</p> <p>Suj. 5: Vai depender muito, assim do estado da doença, não é? Do próprio diagnóstico.</p> <p>Suj. 6: Eu acho que depende. Da pessoa. Eu acho que depende da pessoa que está aqui.</p> <p>Suj. 7: Outros até em decorrência da doença, que é muito grave, não conseguem ter uma, eles são curatelados.</p>	<p><i>“Eu acho que depende. Da pessoa. Eu acho que depende da pessoa que está aqui. Dependendo da gravidade. Vai depender muito, assim do estado da doença, não é? Do próprio diagnóstico. E do tempo que levou para ele buscar um tratamento, não é? Alguns já estão em um grau da doença que, mesmo estabilizados, medicados, não vão conseguir cumprir o seu papel social. Ou uma doença esteja em um estágio avançado né, uma esquizofrenia refratária que realmente impossibilita de estar vivendo em sociedade, né. Mas a maioria dos casos eu vejo que sim, que tem como, assim né, ir em frente, tocar a vida dele, né. Tem aqueles casos que vivem em regime fechado e daí eu vejo que não tem como visualizar eles mesmo para colocar na sociedade. Outros até em decorrência da doença, que é muito grave, não conseguem ter uma, eles são curatelados.”</i></p>
---	---

**Categoria B:** Os indivíduos com transtorno mental conseguem ter um papel ativo na sociedade.

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Sim. A gente tá até com um projeto, toda quarta-feira eu e a L., que desenvolve a autonomia pela geração de renda, né. Alguns fazem chaveiro. A gente está trabalhando a costura das roupas, as roupas que vem de doação e depois a gente faz a venda pelo brechó e os pacientes estão customizando. A autonomia também de poder sair na sociedade, ir ao cinema e fazer um passeio, né. Acho que tudo isso ajuda na autonomia e também para não gerar crises.</p> <p>Suj. 2: Sim, eu tenho paciente aqui mesmo que eu fico impressionada, quando eu soube qual é o diagnóstico dele, o que ele faz. Porque eu vim de uma outra instituição que o perfil de trabalho dela é diferente.</p> <p>Suj. 3: Sim, com certeza. E aqui a gente tem o serviço que faz isso, o Pró-Inc. Quando o paciente está bem, tem condições, a gente procura encaminhar para o mercado de trabalho. Então assim, a gente procura realmente estimular eles nessa autonomia, nessa independência, tentando ensinar os artesanatos que a gente trabalha com eles, também de estimular para poder vender para ganhar um dinheirinho. Tem gente que trabalha aqui com a gente que tem problema também, que tem depressão, algo assim, mas que está em tratamento, consegue trabalhar.</p>	<p><i>“Dentro do que é o serviço do CAPS, que não é só esse olhar médico centrado, na função da medicação, a gente tem todo o acompanhamento restante da equipe de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, a gente acaba atingindo a pessoa em outros aspectos, né, que influenciam a saúde mental. Se pegar hoje até paciente nossos que são talvez aqueles perfis mais graves, pacientes com mais dificuldades, que são os que estão dentro das residências terapêuticas, mesmo assim eles ainda tem envolvimento em atividades, situações, através da consciência crítica, do acompanhamento terapêutico para dentro de inserção de alguma forma na sociedade. A gente tem pacientes graves que foram inseridos de alguma forma, por exemplo, estão fazendo atividades físicas em academias e pacientes que conseguem algum tipo de emprego informal. Então, dentro dos limites deles assim como todos nós temos os nossos limites. A grande maioria é uma falta de estimulação, é uma falta de oportunidade, de oferta. Nos espaços de assembleia também são os espaços de trabalhar esse protagonismo né, que a gente faz essa troca de informações sobre o que está acontecendo na sociedade, a gente escuta deles também</i></p>

Suj. 4: Dentro dos limites deles assim como todos nós temos os nossos limites. A grande maioria é uma falta de estimulação, é uma falta de oportunidade, de oferta. Nos espaços de assembleia também são os espaços de trabalhar esse protagonismo né, que a gente faz essa troca de informações sobre o que está acontecendo na sociedade, a gente escuta deles também qual é a percepção deles disso e vai fazendo links né, com essa relação do cotidiano.

Suj. 5: Dentro do que é o serviço do CAPS, que não é só esse olhar médico centrado, na função da medicação, mas a gente tem todo acompanhamento restante da equipe de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, a gente acaba atingindo a pessoa em outros aspectos, né, que influenciam a saúde mental. Se pegar hoje até paciente nossos que são talvez aqueles perfis mais graves, pacientes com mais dificuldades, que são os que estão dentro das residências terapêuticas, mesmo assim eles ainda tem envolvimento em atividades, situações, através da consciência crítica, do acompanhamento terapêutico para dentro de inserção de alguma forma na sociedade. A gente tem pacientes graves que foram inseridos de alguma forma, por exemplo, estão fazendo atividades físicas em academias e pacientes que conseguem algum tipo de emprego informal.

Suj. 6: Sim, acredito que sim.

Suj. 7: Sim.

Suj. 8: Alguns. Depende do que é considerado ativo, não é? Força de trabalho é só um mecanismo.

Suj. 9: Sim.

Suj. 10: Acredito que ele consegue ter um papel ativo na sociedade se fizer certinho.

Suj. 11: Acredito que sim.

Suj. 12: A partir do momento que ele identifica que sim, que ele é um usuário, que ele tem que tratar, ele pode muito bem levar uma vida normal usando a medicação. Vir nos retornos, participando dos grupos, trabalhando tranquilo, né? Se ele quisesse, sim.

Suj. 13: Consegue sim, a maioria consegue.

Suj. 14: Sim, consegue, consegue. Assim, tem um que faz curso, faz uma atividade ali, não é? E têm alguns que acabam não tendo tão ativo em relação à questão do emprego, mas tem o benefício social. Mas no aspecto de curso, já as coisas vem é da parte de território. Ali eles acessam bem os que não são tão graves.

Suj. 15: Mas em alguma medida, assim que seja, pelo menos no cuidado da casa, com a família. Mesmo que não seja fora de casa, mas eles conseguem.

*qual é a percepção deles disso e vai fazendo links né, com essa relação do cotidiano. E, depende do que é considerado ativo, não é? Força de trabalho é só um mecanismo. Mas, em alguma medida, assim que seja, pelo menos no cuidado da casa, com a família. Mesmo que não seja fora de casa, mas eles conseguem. Eu tenho paciente aqui mesmo que eu fico impressionada, quando eu soube qual é o diagnóstico dele, o que ele faz. Porque eu vim de uma outra instituição que o perfil de trabalho dela é diferente. E aqui a gente tem o serviço que faz isso, o Pró-Inc. Quando o paciente está bem, tem condições, a gente procura encaminhar para o mercado de trabalho. Então assim, a gente procura realmente estimular eles nessa autonomia, nessa independência, tentando ensinar os artesanatos que a gente trabalha com eles, também de estimular para poder vender para ganhar um dinheirinho. Tem gente que trabalha aqui com a gente que tem problema também, que tem depressão, algo assim, mas que está em tratamento, consegue trabalhar. A gente tá até com um projeto, toda quarta-feira eu e a L., que desenvolve a autonomia pela geração de renda, né. Alguns fazem chaveiro. A gente está trabalhando a costura das roupas, as roupas que vem de doação e depois a gente faz a venda pelo brechó e os pacientes estão customizando. A autonomia também de poder sair na sociedade, ir ao cinema e fazer um passeio, né. Acho que tudo isso ajuda na autonomia e também para não gerar crises. Assim, tem um que faz curso, faz uma atividade ali, não é? E têm alguns que acabam não tendo tão ativo em relação à questão do emprego, mas tem o benefício social. Mas no aspecto de curso, das coisas que vem da parte do território, ali eles acessam bem, os que não são tão graves. Têm sujeitos que você percebe, principalmente a depressão grave, chegam aqui, os pacientes recebem todo um procedimento clínico terapêutico, né, tudo aquilo que está envolvido, disponibilizado pelo CAPS. Aí você percebe uma melhora muito grande do paciente. É claro que tem alguns que a gente consegue liberar para casa. Eles vão conseguir sobreviver e ter essa autonomia. Mas de uma maneira ou outra, é que a gente tem que entender o que é um papel social, né, o que a gente espera daquele indivíduo na sociedade, se a gente pensar como pessoa saudável como a gente que trabalha, estuda, tem família, não sei o quê, não vai ser igual a gente, não vai conseguir fazer igual, não vai sair muito da expectativa nossa. Então, o que a gente está esperando dele? Mas, de uma forma ou de outra, eles cumprem um papel social. Só que, como eu*

Suj. 16: É claro que tem alguns que a gente consegue liberar para casa. Eles vão conseguir sobreviver e ter essa autonomia.

Suj. 17: Têm sujeitos que você percebe, principalmente a depressão grave, chegam aqui, os pacientes recebem todo um procedimento clínico terapêutico, né, tudo aquilo que está envolvido, disponibilizado pelo CAPS. Aí você percebe uma melhora muito grande do paciente.

Suj. 18: mas de uma maneira ou outra, é que a gente tem que entender que é um papel social, né, o que a gente espera daquele indivíduo na sociedade, se a gente pensar como pessoa saudável como a gente que trabalha, estuda, tem família, não sei o quê, não vai ser igual a gente, não vai conseguir fazer igual, não vai sair muito da expectativa nossa. Então, o que a gente está esperando dele? Mas, de uma forma ou de outra, eles cumprem um papel social.

Suj. 19: Só que, como eu comentei, é um trabalho de formiguinha, não é? Ainda tem muita coisa estigmatizada, sabe? Mas consegue sim.

Suj. 20: Quando o paciente começa a fazer tratamento bem no início, com um apoio da rede, da família, a gente acredita que sim.

Suj. 21: Ainda é um número pequeno, mas a gente tem alguns casos assim que se sobrepõem. Eu vejo assim e é bacana a gente poder acompanhar essa evolução. Às vezes, pacientes que tinham dificuldades até para se socializar e hoje em dia a gente vê assim, são super ativos, vêm, participam, querem estar no meio quando tem alguma assembleia, alguma coisa, eles querem estar envolvidos.

Suj. 22: Alguns sim, tem alguns que participam de conselho municipal e que passam a participar de ONGs, de atividades sociais. Isso a gente tem motivado eles bastante e a gente tem tido um retorno.

Suj. 23: A gente no próprio CAPS, a gente colocava eles para ajudar, para realmente se sentirem assim, pertencentes no convívio com os outros que não tinham a patologia deles, entendeu? E aí a gente acabava descobrindo habilidades, descobrindo coisas assim que estavam ali escondidas porque realmente a família só medicava, só deixavam, não tinha esse trabalho assim. Então eu acho que o serviço consegue sim.

Suj. 24: Sim, mas desde que tenha um apoio psicossocial, tenha um apoio de psicoterapia e medicamentoso.

Suj. 25: Sem dúvida, sem dúvida. Se tiver fazendo tratamento e toda a terapêutica feita nos PTs estabelecidas para o paciente consegue levar uma vida normal.

*comentei, é um trabalho de formiguinha, não é? Ainda tem muita coisa estigmatizada, sabe? Ainda é um número pequeno, mas a gente tem alguns casos assim que se sobrepõem. Eu vejo assim e é bacana a gente poder acompanhar essa evolução. Às vezes, pacientes que tinham dificuldades até para se socializar e hoje em dia a gente vê assim, são super ativos, vêm, participam, querem estar no meio quando tem alguma assembleia, alguma coisa, eles querem estar envolvidos. Tem alguns que participam de conselho municipal e que passam a participar de ONGs, de atividades sociais. Isso a gente tem motivado eles bastante e a gente tem tido um retorno. A gente no próprio CAPS, a gente colocava eles para ajudar, para realmente se sentirem assim, pertencentes no convívio com os outros que não tinham a patologia deles, entendeu? E aí a gente acabava descobrindo habilidades, descobrindo coisas assim que estavam ali escondidas porque realmente a família só medicava, só deixavam, não tinha esse trabalho assim. Então eu acho que o serviço consegue sim, mas desde que tenha um apoio psicossocial, tenha um apoio de psicoterapia e medicamentoso. Se tiver fazendo tratamento e toda a terapêutica feita nos PTs estabelecidas para o paciente consegue levar uma vida normal. Teve um aqui que a gente até ficou surpreso, estava totalmente fora da casa. Quando chegou final do ano, veio aí tranquilo, conversou na boa. Acontecem umas coisas gratificantes assim de você ver aqui, de proporcionar uma evolução do paciente. Então, eu acredito que ele consegue ter um papel ativo na sociedade se fizer certinho. A partir do momento que ele identifica que sim, que ele é um usuário, que ele tem que tratar, ele pode muito bem levar uma vida normal usando a medicação. Vir nos retornos, participando dos grupos, trabalhando tranquilo, né? Quando o paciente começa a fazer tratamento bem no início, com um apoio da rede, da família, a gente acredita que sim. Mas a maioria deles consegue desenvolver trabalhos, retornar ao trabalho não é? Ele já está conseguindo trabalhar, não é? Por mais que seja uma função simples, ele está exercendo uma função na sociedade.”*

Suj. 26: Teve um aqui que a gente até ficou surpreso, estava totalmente fora da casa. Quando chegou final do ano, veio aí tranquilo, conversou na boa. Acontecem umas coisas gratificantes assim de você ver aqui, de proporcionar uma evolução do paciente.

Suj. 27: Eu acho que ele já está tendo, não é? Ele já está conseguindo trabalhar, não é? por mais que seja uma função simples, ele está exercendo uma função na sociedade.

Suj. 28: Mas a maioria deles consegue desenvolver trabalhos, retornar ao trabalho não é?

**Categoria C:** Os indivíduos com transtorno mental não conseguem ter um papel ativo na sociedade.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eu acho que não, só medicação e atendimento de urgência não vai dar para ele o que ele precisa para estar todo integrado na sociedade.</p> <p>Suj. 2: Em casos extremos não.</p> <p>Suj. 3: Em via de regra não sei se acontece assim. Eu acho que é difícil recuperar completamente os pacientes, muito difícil. Tem questões que fogem da nossa alçada. A gente faz o tratamento aqui, eles saem e se desestabilizam muito rápido.</p> <p>Suj. 4: Só que é difícil sim, a gente conseguir dar esse segmento, isso leva muito tempo. E a maioria dos pacientes que vem já está numa idade onde já é difícil normalmente se conseguir um emprego e tudo mais, não é? E aí tem essa questão, mais uma vez do preconceito, não é?</p> <p>Suj. 5: Se ele quisesse, sim. Mas eles já têm um histórico de não querer sair dessa doença, de ter vantagens com essa doença, então muitos não querem realmente, não tem aquela visão.</p> <p>Suj. 6: Tem alguns casos que os próprios usuários não querem sair da situação por conta dos ganhos secundários. Você trabalha, conversa, mas eles não querem sair da situação, os que teriam condições, né?</p> <p>Suj. 7: Outros se acomodam na aposentadoria mesmo. Isso é um fato. Isso é verídico.</p> <p>Suj. 8: Hoje do jeito que está, precisa de mais um trabalho, um pouco mais junto com ele, assim pouco mais próximo. Porque a gente é um CAPS pra cidade toda e a gente não consegue acompanhar, certo?</p> <p>Suj. 9: Não sei de muitos pacientes que conseguiram talvez engrenar um trabalho, alguma coisa assim.</p> <p>Suj. 10: Mas tem outros que não, tem outros que a gente não vai conseguir fazer com que</p>	<p><i>“Em casos extremos não. Eu acho que é difícil recuperar completamente os pacientes, muito difícil. Tem questões que fogem da nossa alçada. A gente faz o tratamento aqui, eles saem e se desestabilizam muito rápido. Eu acho que não, só medicação e atendimento de urgência não vai dar para ele o que ele precisa para estar todo integrado na sociedade. Só que é difícil sim, a gente conseguir dar esse segmento, isso leva muito tempo. E a maioria dos pacientes que vem já está numa idade onde já é difícil normalmente se conseguir um emprego e tudo mais, não é? E aí tem essa questão, mais uma vez do preconceito, não é? Tem alguns casos que os próprios usuários não querem sair da situação por conta dos ganhos secundários. Você trabalha, conversa, mas eles não querem sair da situação, os que teriam condições, né? Se ele quisesse, sim. Mas eles já têm um histórico de não querer sair dessa doença, de ter vantagens com essa doença, então muitos não querem realmente, não tem aquela visão. Outros se acomodam na aposentadoria mesmo. Isso é um fato. Isso é verídico. E, hoje do jeito que está, precisa de mais um trabalho, um pouco mais junto com ele, assim pouco mais próximo. Porque a gente é um CAPS pra cidade toda e a gente não consegue acompanhar, certo? Não sei de muitos pacientes que conseguiram talvez engrenar um trabalho, alguma coisa assim, tem outros que a gente não vai conseguir fazer com que ele trabalhe, que ele tenha um papel numa sociedade no sentido de produzir alguma coisa. Só que tem uns que vão ser, tem uns que não tem autonomia nem de ir no banco, de escovar os dentes, de cortar o cabelo, não tem, esses infelizmente é um quadro bem grave.”</i></p>

ele trabalhe, que ele tenha um papel numa sociedade no sentido de produzir alguma coisa. Só que tem uns que vão ser, tem uns que não tem autonomia nem de ir no banco, de escovar os dentes, de cortar o cabelo, não tem, esses infelizmente é um quadro bem grave.

**Categoria D:** É importante o apoio familiar nesse processo.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: A gente sempre conversa aqui que é importante ter apoio familiar, não é? Porque se não, fica bem difícil.</p> <p>Suj. 2: Tinha muita família que era muito difícil, tinha que estar direto conversando com a família, dar condições dele ter mais autonomia.</p> <p>Suj. 3: Senão vira um peso, entre aspas, para qualquer um, só que tem uns que vão ser, tem uns que não tem autonomia nem de ir no banco, de escovar os dentes, de cortar o cabelo, não tem, esses infelizmente é um quadro bem grave que daí precisa de alguém mesmo, precisa de terceiros para estar fazendo.</p> <p>Suj. 4: Com um apoio da rede, da família, a gente acredita que sim, mas tem aqueles casos dos pacientes que não tem essa estrutura, que não teve o apoio da família.</p>	<p><i>“A gente sempre conversa aqui que é importante ter apoio familiar, não é? Porque se não, fica bem difícil. Tinha muita família que era muito difícil, tinha que estar direto conversando com a família, dar condições dele ter mais autonomia. Senão vira um peso, entre aspas, para qualquer um, só que tem uns que vão ser, tem uns que não tem autonomia nem de ir no banco, de escovar os dentes, de cortar o cabelo, não tem, esses infelizmente é um quadro bem grave que daí precisa de alguém mesmo, precisa de terceiros para estar fazendo. Com um apoio da rede, da família, a gente acredita que sim, mas tem aqueles casos dos pacientes que não tem essa estrutura, que não teve o apoio da família.”</i></p>

De acordo com o explicitado na questão 5 (Os indivíduos com transtornos mentais conseguem ter algum papel ativo na sociedade?) a categoria predominante é a que concorda com o questionamento feito. No entanto, é necessário refletir sobre a concepção que os profissionais têm acerca desse processo uma vez que a correlação frequente é aquela associada à capacidade laborativa e produtiva do sujeito. Parte do DSC construído também demonstra essa reflexão:

*“E, depende do que é considerado ativo, não é? Força de trabalho é só um mecanismo. Mas, em alguma medida, assim que seja, pelo menos no cuidado da casa, com a família. Mesmo que não seja fora de casa, mas eles conseguem. Eu tenho paciente aqui mesmo que eu fico impressionada, quando eu soube qual é o diagnóstico dele, o que ele faz.”*

Sobre isso, ressalta-se o papel que a psiquiatria tem na sociedade capitalista, uma vez que legitima os critérios para considerar o que é normal e o que é patológico e que esteve em diversos períodos históricos a serviço da segregação das minorias e das pessoas que estavam à margem social. Não por acaso que a cada edição do DSM surgem novas categorias de doenças e sintomas, que exigem da população uso medicamentoso para vencer o cansaço e a exaustão em nome da eficiência e da produtividade (Zgiet, 2021).

Levando isso em consideração, se faz evidente o espaço que o trabalho assalariado ocupa tanto na constituição das políticas públicas no modo de produção capitalista como na própria concepção de loucura. De acordo com Zgiet (2021) a ética capitalista interfere nas políticas de saúde de duas formas: ao reger as ciências da saúde, determinando os conhecimentos da área e sua propagação e ao determinar o acesso aos serviços. Ferguson (2017) também assevera sobre as implicações do modelo neoliberal na saúde mental, haja vista, o crescente desamparo social e formas de viver cada vez mais individualistas. O autor reitera que a saúde mental também carrega outros determinantes, contudo, reafirma que é inegável as implicações dos aspectos estruturais nas subjetividades. Dessa forma, a saúde mental está intrinsecamente relacionada com as condições materiais objetivas e se tais condições são insuficientes acabará por produzir uma sociedade adoecida.

Logo, pode-se inferir que se o modo de produção afeta em certa medida a saúde mental da população, também irá ditar o modo de se apropriar desses problemas. A própria história mostra que a abordagem acerca da loucura quase sempre ocorreu pelo viés da moral e da disciplina pelo trabalho (Zgiet, 2021).

Vale destacar também que a renda aparece como fator de inclusão porque a nossa sociedade é baseada no consumo e a renda possibilita uma vida digna, independente e acesso às oportunidades proporcionadas pelo contexto. Conforme afirmado por Bertram (2008), os usuários de serviços de saúde mental consideram o atendimento de suas necessidades básicas como um critério para a inclusão social.

Nesse sentido, a pobreza representa a incapacidade de participar do mercado consumidor, sendo "a primeira forma de exclusão e ruptura do laço econômico que liga fielmente, ou normativamente, os atores sociais ao modelo de sociedade" (Xiberras, 1996, p. 28). Além disso, a renda é um fator que amplia as oportunidades de participação do indivíduo que, ao possuir renda, ganha acesso a opções de lazer e outras atividades, resultando em diversas possibilidades de inclusão social (Sales; Barros, 2013).

As autoras apontam a renda como um caminho para a inclusão social, não apenas por proporcionar acesso a bens materiais e atividades, mas também pela autonomia que confere, permitindo que a pessoa não dependa de terceiros para sua subsistência. De acordo com Rodrigues (2006, p. 243), está claro que a autonomia está intrinsecamente ligada à fonte de renda, permitindo que o indivíduo receba uma

"quantidade considerada suficiente para se sentir investido de poder contratual que o permita participar das trocas sociais, nas quais o sujeito seja percebido como portador de características positivas", ou seja, que lhes confirmem credibilidade (Sales; Barros, 2013).

A independência financeira é especialmente valorizada pelas pessoas da rede social dos usuários que se preocupam com o momento em que não conseguirão mais prover ajuda ao usuário. Nesse sentido, a oportunidade de buscar profissionalização é um aspecto considerado importante, permitindo que o usuário não dependa financeiramente da família ou de membros de sua rede social (Sales; Barros, 2013).

Outro ponto que merece destaque se refere à ideia de ganhos secundários por meio dos benefícios sociais destinados as pessoas com deficiência:

*"Tem alguns casos que os próprios usuários não querem sair da situação por conta dos ganhos secundários. Você trabalha, conversa, mas eles não querem sair da situação, os que teriam condições, né? Se ele quisesse, sim. Mas eles já têm um histórico de não querer sair dessa doença, de ter vantagens com essa doença, então muitos não querem realmente, não tem aquela visão. Outros se acomodam na aposentadoria mesmo. Isso é um fato. Isso é verídico."*

De acordo com Martin (1974) essa discussão frequentemente gera um sentimento de que esses usuários não merecem o mesmo tratamento daqueles que estão doentes 'de verdade'. Em sua crítica, o autor pontua que esse posicionamento contribui para a resistência e niilismo terapêutico, interferindo no tratamento e minimizando as manifestações sintomáticas apenas ao desejo desses benefícios sociais.

Para Zgiet (2021), esse discurso é comum nos serviços de saúde, legitimam o viés moralizante do tratamento e reafirmam a ideia de desvio moral do paciente. Ressalta-se que tais benefícios costumeiramente não são enxergados pelos profissionais de saúde como direito do indivíduo. Mais do que isso, essa interpretação pode representar uma manifestação simbólica das relações de poder sutilmente estabelecidas uma vez que cabe aos mesmos profissionais a concessão ou não desses benefícios.

Desse modo, as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida dos usuários, guiando-se pela produção de saúde e de vida para além dessa capacidade laborativa. Embora a ideia da inclusão pelo trabalho se insira como um dispositivo fundamental não deve ser o único na construção das políticas públicas voltadas à criação de um novo modelo assistencial em saúde mental. Acima de tudo, deve-se investir em um



processo dinâmico e constituinte de um novo campo social, de afirmação e busca de direitos.

Como já mencionado, inclusive na questão anterior acerca da autonomia desses sujeitos, os CAPS têm sido percebidos como um local de acolhimento e que potencializa as subjetividades frente ao adoecimento, entretanto, observa-se o fracasso na inserção social de forma integral, exigindo a superação para outras dimensões da vida social, fortalecendo a autonomia e o empoderamento do indivíduo rumo à cidadania na tentativa de reconhecer a multidimensionalidade do processo saúde-doença mental e considerar esse sujeito no seu contexto social.

#### Quadro 8 – Sexta questão abordada (Profissionais de saúde)

<b>Questão 6: Que sentimentos te mobilizam trabalhar com essa população?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
AS1: Depois de tantos anos na saúde mental você cria um vínculo, uma base tão forte com eles, que você se sente segura até para conversar com eles e parece que eles se sentem seguros de chegar até a mim e vim conversar, de pedir algum auxílio, orientação, que eu me sinto tipo como um apoio para eles em tudo. Então tenho um jeitinho de chegar, conversar, perguntar o que foi.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b>  2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS2: Tem muitos pacientes com uma história de vida muito triste, né. Quantas vezes a gente não sai e vê as pessoas fazendo algum comentário: 'nossa!'. Então, assim eu acho que a gente também ainda precisa publicizar isso, né. Para que as pessoas entendam quando um paciente está em crise, ou até mesmo os familiares observar, ter esse olhar, se está um pouco mais agitado, não consegue dormir, não consegue se alimentar.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 1: Eu falo que eu não consigo olhar para um paciente e reduzir ele a um diagnóstico. Pra mim um paciente com esquizofrenia é	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>mais do que isso. Se tivesse um outro modelo de sociedade né, a gente tem uma sociedade que visa muito pela produção, você tem que ser muito produtivo. Então acho que se houvesse um outro modelo, a gente teria esses pacientes muito mais ativos também, contribuindo com o desenvolvimento da sociedade. A questão do preconceito ainda é muito grande, então se o paciente chega numa empresa e diz que tem um diagnóstico da esquizofrenia, por mais que ele seja funcional, né, ele já tem uma barreira.</p>		
<p>Enf. 2: Meu olhar com eles é sempre de muito carinho e sempre recebo muito carinho de volta, atenção, de muita sensibilidade. E aqui a gente tem um lema de manejar esses pacientes da melhor maneira possível, para ir ganhando confiança, né, ganhando vínculo e a gente poder a partir daí traçar um planejamento, o tratamento para eles.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 1: Eu sou psicóloga então eu estou próxima disso desde o processo de formação. Eu enxergo como mais uma faceta humana, parte de nós, parte de quem nós somos, parte de como a gente se organiza a depender do momento, parte de uma história de vida. Para mim, é parte do processo de viver, parte do processo de ser humano.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 2: Então, eu sinto muito prazer em trabalhar nessa área porque você consegue ver de uma forma muito objetiva a melhoria não só na qualidade de vida daquela pessoa, mas da família, dos vizinhos, da região onde ela mora.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psiq. 1: Rotina, dia-a-dia. Eu acho que hoje a gente está perdendo muito esse estigma da psiquiatria como loucura, ainda existe uma fração da</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

população que ainda vê como loucura, mas é normal, 10, 15, 20% da população sofre com algum transtorno mental, é uma parcela gigantesca, então, não dá pra estigmatizar, pensar esse indivíduo fora da sociedade. A pessoa com transtorno mental está tanto na sociedade quanto quem não tem, é uma parcela muito grande.		
Enf. 3: Eu acho que o transtorno mental deixa a pessoa muito só, não é? Isola a pessoa da sociedade.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 4: Para a gente é comum. A gente quer ajudar, quer que ele seja inserido na sociedade, que ele fique bem, sem preconceito, nem medo, nem nada.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 3: É um transtorno como qualquer outro que demanda atenção, tratamento, cuidado, zelo, empatia, medo ou mesmo amor.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 4: Hoje em dia está bem mais tranquilo que estou há bastante tempo no serviço, não é? Mas assim, às vezes chega alguns casos que mexem mais com a gente, passam fome, moradia precária. A gente vai aprendendo a lidar. No começo atendia, chorava. Hoje eu já consigo lidar melhor, mas às vezes eu vou embora pensando, né? Aquele atendimento pesado.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>  1ª ideia central: Mobiliza sentimentos negativos. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psic. 2: Na verdade desde que eu entrei para a faculdade de medicina, minha intenção era trabalhar com a psiquiatria. É uma área sim, pesada. Mas a expectativa da melhora dos pacientes, que têm uma evolução positiva é gratificante.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b>  2ª ideia central: Mobiliza sentimentos negativos. <b>(D)</b>  3ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Fono: Eu acredito que eu vou aprender a lidar melhor com isso, mas eu ainda fico bem comovida com algumas situações, principalmente, em casos de abuso, de	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>  1ª ideia central: Mobiliza sentimentos negativos. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>violência tanto sexual quanto física, abandono, ainda me abalam bastante. Eu me coloco muito no lugar da família, assim, até por eu ser mãe, então, geralmente são crianças mesmo, adolescentes. Assim, é um sentimento mesmo de empatia, de se colocar no lugar daquela família, então, é um trabalho pesado.</p>		
<p>Enf. 4: Nesse primeiro momento é muito bacana. Só que o paciente sai daqui, você vê que é que é como se fosse uma porta giratória, sabe? Eles vão e é cíclico, sabe? Então a palavra é mais complicação mesmo, sabe?</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Mobiliza sentimentos negativos. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 5: Tinha um pouco de medo de lidar com a situação, mas assim eu sempre gostei de trabalhar com paciente psiquiátrico. É o que me motiva. É justamente o fato das pessoas não conseguirem compreender o lado deles. É de você se colocar no lugar como se fosse eu. Então assim, o tempo todo a gente usa, às vezes, métodos de conversar com paciente que é mais tranquilo, você tem um diálogo mais tranquilo, paciente um pouco mais agitado tem que ser mais rígido, mas de todo jeito a gente tenta atingi-lo de uma maneira, não é? Então eu gosto muito desse manuseio.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos negativos. <b>(D)</b></p> <p>2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b></p>	<p>1ª ancoragem: Os pacientes com transtornos mentais suscitam medo.</p>
<p>Enf. 6: Eu trabalho porque tem que trabalhar. Eu, particularmente, já tenho muitos anos na prefeitura e já passei em vários outros serviços. Eu estou aqui por outros motivos, a carga horária é um estímulo, entendeu?</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos negativos. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>T.O: Cada um deles mora no meu coração. Ai eu sou suspeita para falar, eu me apaixono, me entrego para o trabalho. Mas assim, eu tenho um cuidado.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>Enf.7: É uma área que eu gosto. Tenho especialidade na área. Porque eu me sinto atraída, eu gosto de trabalhar com transtornos e gosto dessa área.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 8: Eu não sei, eu comecei gostar depois que eu comecei a conhecer assim a área mesmo. Eu vim trabalhar aqui por questão de onde tinha vaga para trabalhar. Mas assim, depois conhecendo e vendo o que a gente pode fazer, a diferença que a gente faz, não é para todos, mas para poucos.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 5: Muita fascinação, muita angústia por você não conseguir articular todos os territórios com alguma questão, só que daí envolvem as questões sociais. Às vezes, a gente depende da família para articular algumas coisas também. Então essas coisas sociais é que me geram muita angústia e até uma certa impotência.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Mobiliza sentimentos negativos. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 6: Não sei se eu sei nomear, mas tem uma beleza nessa loucura deles, é isso que eu acho fantástico. Você ouvir uma construção delirante, você ver uma forma patológica, completamente distante da neurose. Sim, é uma coisa. Isso me move assim que eu acho isso incrível, sei lá, tem uma beleza nisso, eu acho. Eles conseguem fazer esse descolamento tão distante, mas que em outros momentos, você conseguindo fazer uma reflexão ou outra, eles conseguem dar uma acalmada, eles conseguem conversar com você, às vezes com boa naturalidade.</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psiq. 3: É um carinho, eu não posso negar isso. Eu acho que quem trabalha com essa população sem um certo amor e carinho não está fazendo certo, sabe? porque você vir aqui só para, sei lá, colocar remédio ou contido mecanicamente por uma</p>	<p>1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

situação de risco, sem olhar para aquela pessoa como uma pessoa, como alguém que precisa de ajuda, de cuidado, de carinho, não vai estar fazendo certo, não vai resolver.		
Farm.: Olha, eu trabalhava na atenção básica. A diferença da atenção básica é, realmente, uma clientela na qual você vê um efeito terapêutico muito significativo. Às vezes chega um paciente grave, persistente, realmente precisando de tratamento, sabe? É um campo muito interessante, de pesquisa muito legal, interessante mesmo.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 9: Não sei, eu acho que você vê evolução do paciente. Você consegue recuperar um pouquinho a dignidade dele, tirar ele de situação de vulnerabilidade severa e poder ofertar alguma, uma independência ou melhora, reconstrução de vínculo familiar. Eu acho que isso gera um sentimento de dever cumprido.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 10: Eu gosto. Eu me sinto bem. E aonde eu me sinto bem, o que me mobiliza é querer realmente dar essa atenção que eu sinto que falta, eu quero ouvir, eu quero poder ver ele sendo ativo na sociedade.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 3: Eu vejo que é uma questão de ser justo, de ser humano com uma pessoa. Eu acho que o paciente precisa desse sentimento de humanidade. E, eu acho que o serviço exerce esse papel não só de acolher, mas de oferecer uma forma justa.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b> 2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 4: Eu sou apaixonada porque eu gosto de ver essa evolução. E quando a gente trabalha, às vezes na urgência, emergência, como eu já trabalhei, a gente não tem esse acompanhamento, né, de poder estar vendo ali cada conquista do paciente, de você poder sentar, de	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>           você poder elaborar um projeto terapêutico, de você ver cumprindo as metas dele, evoluindo. Eu me sinto grata por ter tido essa oportunidade de trabalhar na saúde mental, porque eu gosto de trabalhar, de verdade.         </p>		
<p>           Enf. 11: Eu me ponho no lugar. Eu acho que qualquer ajuda que seja, por mínima que seja, já é uma saída, é um apoio de qualquer forma e isso já é valorizar a pessoa nesses sentimentos, sua vida mesmo.         </p>	<p>           2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b> </p>	<p>           Não apresenta ancoragens.         </p>
<p>           Psicol. 7: Então eu acho que é esse sentimento de querer cuidar mesmo, de ver uma melhora nessas pessoas. E isso para mim, é o sentimento que me motiva a estar aqui, saber que eu posso melhorar algo por menorzinho, que talvez seja na vida daquela pessoa.         </p>	<p>           2ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b> </p>	<p>           Não apresenta ancoragens.         </p>
<p>           AS 5: Amor, respeito.         </p>	<p>           1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> </p>	<p>           Não apresenta ancoragens.         </p>
<p>           AS 6: Acho que gratidão, que a gente sabe que assim boa parte da população assim tem medo quando se trata de um paciente psiquiátrico. Isso mobiliza nas pessoas um receio. Eu não sei qual palavra, mas, nesse sentido, o sentimento de gostar de ver resultado, de você perceber que você fez diferença na vida de uma pessoa.         </p>	<p>           1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b> </p>	
<p>           AS 7: E é muito dinâmico o trabalho. Tem paciente com o mesmo perfil de cid, mas que ele tem uma outra forma de crise, de surto. Nem todos são iguais, mesmo que a doença seja a mesma.         </p>	<p>           1ª ideia central: Mobiliza sentimentos racionais. <b>(C)</b> </p>	<p>           Não apresenta ancoragens.         </p>
<p>           Enf. 12: O desafio de ter que lidar com o cidadão muitas vezes excluído pela população. É um ser que está sofrendo preconceito, preconceito dele, da família mesmo. E a gente aos poucos, não é fácil reinseri-los na sociedade.         </p>	<p>           1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b> </p>	<p>           Não apresenta ancoragens.         </p>
<p>           Enf. 13: A gente tem um pouco de empatia, não é? porque a gente vê que às         </p>	<p>           1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b> </p>	<p>           Não apresenta ancoragens.         </p>

vezes essas pessoas são estigmatizadas, não é? Grande parte da sociedade simplesmente se fecha ou fala que é frescura, não é?		
Med.: Cuidado com as pessoas é o que mais me motiva, porque acho que faz parte da minha personalidade. E eu trago muito isso para os meus pacientes.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 8: A gente percebe que essa é uma população que precisa ainda de muito auxílio, até por conta da discriminação da própria sociedade. Que quanto mais incluída na nossa sociedade, melhor ela vai ficar. Então esse sentimento de ter bons resultados em relação a isso, isso me faz bem, me motiva bastante, me incentiva.	1ª ideia central: Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado. <b>(B)</b>  1ª ideia central: Mobiliza sentimentos positivos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

Conforme observado no quadro, a questão 6 (Que sentimentos te mobilizam trabalhar com essa população?) apresentou 4 categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** Mobiliza sentimentos positivos.

**Categoria B:** Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado.

**Categoria C:** Mobiliza sentimentos racionais.

**Categoria D:** Mobiliza sentimentos negativos.

A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria.

**Categoria A:** Mobiliza sentimentos positivos.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Depois de tantos anos na saúde mental você cria um vínculo, uma base tão forte com eles, que você se sente segura até para conversar com eles e parece que eles se sentem seguros de chegar até a mim e vim conversar, de pedir algum auxílio, orientação, que eu me sinto tipo como um apoio para eles em tudo. Então tenho um jeitinho de chegar, conversar, perguntar o que foi.</p> <p>Suj. 2: A expectativa da melhora dos pacientes, que têm uma evolução positiva é gratificante.</p> <p>Suj. 3: Nesse primeiro momento é muito bacana.</p>	<p><i>“Nesse primeiro momento é muito bacana. Depois de tantos anos na saúde mental você cria um vínculo, uma base tão forte com eles, que você se sente segura até para conversar com eles e parece que eles se sentem seguros de chegar até a mim e vim conversar, de pedir algum auxílio, orientação, que eu me sinto tipo como um apoio para eles em tudo. Então tenho um jeitinho de chegar, conversar, perguntar o que foi. E, meu olhar com eles é sempre de muito carinho e sempre recebo muito carinho de volta, atenção, de muita sensibilidade. E aqui a gente tem um lema de manejar esses pacientes da melhor maneira possível, para ir ganhando confiança, né, ganhando vínculo e a</i></p>



<p>Suj. 4: Cada um deles mora no meu coração. Ai eu sou suspeita para falar, eu me apaixono, me entrego para o trabalho.</p> <p>Suj. 5: É uma área que eu gosto. Tenho especialidade na área. Porque eu me sinto atraída, eu gosto de trabalhar com transtornos e gosto dessa área.</p> <p>Suj. 6: Eu não sei, eu comecei gostar depois que eu comecei a conhecer assim a área mesmo.</p> <p>Suj. 7: Muita fascinação.</p> <p>Suj. 8: Não sei se eu sei nomear, mas tem uma beleza nessa loucura deles, é isso que eu acho fantástico. Você ouvir uma construção delirante, você ver uma forma patológica, completamente distante da neurose. Sim, é uma coisa. Isso me move assim que eu acho isso incrível, sei lá, tem uma beleza nisso, eu acho. Eles conseguem fazer esse descolamento tão distante, mas que em outros momentos, você conseguindo fazer uma reflexão ou outra, eles conseguem dar uma acalmada, eles conseguem conversar com você, às vezes com boa naturalidade.</p> <p>Suj. 9: É um carinho, eu não posso negar isso. Eu acho que quem trabalha com essa população sem um certo amor e carinho não está fazendo certo, sabe?</p> <p>Suj. 10: Eu acho que isso gera um sentimento de dever cumprido.</p> <p>Suj. 11: Eu gosto. Eu me sinto bem. E aonde eu me sinto bem.</p> <p>Suj. 12: Eu sou apaixonada porque eu gosto de ver essa evolução. Eu me sinto grata por ter tido essa oportunidade de trabalhar na saúde mental, porque eu gosto de trabalhar, de verdade.</p> <p>Suj. 13: Amor, respeito.</p> <p>Suj. 14: Então esse sentimento de ter bons resultados em relação a isso, isso me faz bem, me motiva bastante, me incentiva.</p> <p>Suj. 15: Meu olhar com eles é sempre de muito carinho e sempre recebo muito carinho de volta, atenção, de muita sensibilidade. E aqui a gente tem um lema de manejar esses pacientes da melhor maneira possível, para ir ganhando confiança, né, ganhando vínculo e a gente poder a partir daí traçar um planejamento, o tratamento para eles.</p> <p>Suj. 16: Então, eu sinto muito prazer em trabalhar nessa área porque você consegue ver de uma forma muito objetiva a melhoria não só na qualidade de vida daquela pessoa, mas da família, dos vizinhos, da região onde ela mora.</p>	<p><i>gente poder a partir daí traçar um planejamento, o tratamento para eles. Então, eu sinto muito prazer em trabalhar nessa área porque você consegue ver de uma forma muito objetiva a melhoria não só na qualidade de vida daquela pessoa, mas da família, dos vizinhos, da região onde ela mora. A expectativa da melhora dos pacientes, que têm uma evolução positiva é gratificante. E, cada um deles mora no meu coração. Ai, eu sou suspeita para falar, eu me apaixono, me entrego para o trabalho. É uma área que eu gosto. Tenho especialidade na área. Porque eu me sinto atraída, eu gosto de trabalhar com transtornos e gosto dessa área. Eu não sei, eu comecei gostar depois que eu comecei a conhecer assim a área mesmo. E, tenho muita fascinação. Não sei se eu sei nomear, mas tem uma beleza nessa loucura deles, é isso que eu acho fantástico. Você ouvir uma construção delirante, você ver uma forma patológica, completamente distante da neurose. Sim, é uma coisa. Isso me move assim que eu acho isso incrível, sei lá, tem uma beleza nisso, eu acho. Eles conseguem fazer esse descolamento tão distante, mas que em outros momentos, você conseguindo fazer uma reflexão ou outra, eles conseguem dar uma acalmada, eles conseguem conversar com você, às vezes com boa naturalidade. Então, tem um carinho, eu não posso negar isso. Eu acho que quem trabalha com essa população sem um certo amor e carinho não está fazendo certo, sabe? E eu acho que isso gera um sentimento de dever cumprido. Eu gosto de ver essa evolução. Eu me sinto grata por ter tido essa oportunidade de trabalhar na saúde mental, porque eu gosto de trabalhar, de verdade. Eu me sinto bem. Éaonde eu me sinto bem. Então, esse amor, respeito, esse sentimento de ter bons resultados em relação a isso, isso me faz bem, me motiva bastante, me incentiva.”</i></p>
--	--

**Categoria B:** Mobiliza sentimentos de empatia, cuidado.

EXPRESSIONES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Você cria um vínculo, uma base tão forte com eles, que você se sente segura até para conversar com eles e parece que eles se sentem seguros de chegar até a mim e vim conversar, de pedir algum auxílio, orientação, que eu me sinto tipo como um apoio para eles em tudo.</p> <p>Suj. 2: Tem muitos pacientes com uma história de vida muito triste, né. Quantas vezes a gente não sai e vê as pessoas fazendo algum comentário: 'nossa!'. Então, assim eu acho que a gente também ainda precisa publicizar isso, né. Para que as pessoas entendam quando um paciente está em crise, ou até mesmo os familiares observar, ter esse olhar, se está um pouco mais agitado, não consegue dormir, não consegue se alimentar.</p> <p>Suj. 3: Eu falo que eu não consigo olhar para um paciente e reduzir ele a um diagnóstico. Pra mim um paciente com esquizofrenia é mais do que isso. Se tivesse um outro modelo de sociedade né, a gente tem uma sociedade que visa muito pela produção, você tem que ser muito produtivo. Então acho que se houvesse um outro modelo, a gente teria esses pacientes muito mais ativos também, contribuindo com o desenvolvimento da sociedade. A questão do preconceito ainda é muito grande, então se o paciente chega numa empresa e diz que tem um diagnóstico da esquizofrenia, por mais que ele seja funcional, né, ele já tem uma barreira.</p> <p>Suj. 4: Para a gente é comum. A gente quer ajudar, quer que ele seja inserido na sociedade, que ele fique bem, sem preconceito, nem medo, nem nada.</p> <p>Suj. 5: Hoje em dia está bem mais tranquilo que estou há bastante tempo no serviço, não é? Mas assim, às vezes chega alguns casos que mexem mais com a gente, passam fome, moradia precária. A gente vai aprendendo a lidar.</p> <p>Suj. 6: Eu me coloco muito no lugar da família, assim, até por eu ser mãe, então, geralmente são crianças mesmo, adolescentes. Assim, é um sentimento mesmo de empatia, de se colocar no lugar daquela família, então, é um trabalho pesado.</p> <p>Suj. 7: É de você se colocar no lugar como se fosse eu. Então assim, o tempo todo a gente usa, às vezes, métodos de conversar com paciente que é mais tranquilo, você tem um diálogo mais tranquilo, paciente um pouco mais agitado tem que ser mais rígido, mas de todo jeito a gente tenta atingi-lo de uma maneira, não é? Então eu gosto muito desse manuseio.</p> <p>Suj. 8: Eu tenho um cuidado.</p>	<p><i>“Tem muitos pacientes com uma história de vida muito triste, né. Quantas vezes a gente não sai e vê as pessoas fazendo algum comentário: ‘nossa!’. Então, assim eu acho que a gente também ainda precisa publicizar isso, né. Para que as pessoas entendam quando um paciente está em crise, ou até mesmo os familiares observar, ter esse olhar, se está um pouco mais agitado, não consegue dormir, não consegue se alimentar. Eu falo que eu não consigo olhar para um paciente e reduzir ele a um diagnóstico. Pra mim um paciente com esquizofrenia é mais do que isso. Se tivesse um outro modelo de sociedade né, a gente tem uma sociedade que visa muito pela produção, você tem que ser muito produtivo. Então acho que se houvesse um outro modelo, a gente teria esses pacientes muito mais ativos também, contribuindo com o desenvolvimento da sociedade. A questão do preconceito ainda é muito grande, então se o paciente chega numa empresa e diz que tem um diagnóstico da esquizofrenia, por mais que ele seja funcional, né, ele já tem uma barreira. E, para a gente é comum. A gente quer ajudar, quer que ele seja inserido na sociedade, que ele fique bem, sem preconceito, nem medo, nem nada. E, você cria um vínculo, uma base tão forte com eles, que você se sente segura até para conversar com eles e parece que eles se sentem seguros de chegar até a mim e vim conversar, de pedir algum auxílio, orientação, que eu me sinto tipo como um apoio para eles em tudo. Hoje em dia está bem mais tranquilo que estou há bastante tempo no serviço, não é? Mas assim, às vezes chega alguns casos que mexem mais com a gente, passam fome, moradia precária. A gente vai aprendendo a lidar. E eu me coloco muito no lugar da família, assim, até por eu ser mãe, então, geralmente são crianças mesmo, adolescentes. Assim, é um sentimento mesmo de empatia, de se colocar no lugar daquela família, então, é um trabalho pesado. É de você se colocar no lugar como se fosse eu. Então assim, o tempo todo a gente usa, às vezes, métodos de conversar com paciente que é mais tranquilo, você tem um diálogo mais tranquilo, paciente um pouco mais agitado tem que ser mais rígido, mas de todo jeito a gente tenta atingi-lo de uma maneira, não é? Então eu gosto muito desse manuseio. E eu tenho um cuidado, porque você vir aqui só para, sei lá, colocar remédio ou contido mecanicamente por uma situação de risco, sem olhar para aquela pessoa como uma pessoa, como alguém que precisa de ajuda, de cuidado, de carinho, não vai estar fazendo certo, não vai resolver. E, você</i></p>

<p>Suj. 9: Porque você vir aqui só para, sei lá, colocar remédio ou contido mecanicamente por uma situação de risco, sem olhar para aquela pessoa como uma pessoa, como alguém que precisa de ajuda, de cuidado, de carinho, não vai estar fazendo certo, não vai resolver.</p> <p>Suj. 10: Você consegue recuperar um pouquinho a dignidade dele, tirar ele de situação de vulnerabilidade severa e poder ofertar alguma, uma independência ou melhora, reconstrução de vínculo familiar.</p> <p>Suj. 11: O que me mobiliza é querer realmente dar essa atenção que eu sinto que falta, eu quero ouvir, eu quero poder ver ele sendo ativo na sociedade.</p> <p>Suj. 12: Eu acho que o paciente precisa desse sentimento de humanidade.</p> <p>Suj. 13: E, quando a gente trabalha, às vezes na urgência, emergência, como eu já trabalhei, a gente não tem esse acompanhamento, né, de poder estar vendo ali cada conquista do paciente, de você poder sentar, de você poder elaborar um projeto terapêutico, de você ver cumprindo as metas dele, evoluindo.</p> <p>Suj. 14: Eu me ponho no lugar. Eu acho que qualquer ajuda que seja, por mínima que seja, já é uma saída, é um apoio de qualquer forma e isso já é valorizar a pessoa nesses sentimentos, sua vida mesmo.</p> <p>Suj. 15: Então eu acho que é esse sentimento de querer cuidar mesmo, de ver uma melhora nessas pessoas. E isso para mim, é o sentimento que me motiva a estar aqui, saber que eu posso melhorar algo por menorzinho, que talvez seja na vida daquela pessoa.</p> <p>Suj. 16: O desafio de ter que lidar com o cidadão muitas vezes excluído pela população. É um ser que está sofrendo preconceito, preconceito dele, da família mesmo. E a gente aos poucos, não é fácil reinseri-los na sociedade.</p> <p>Suj. 17: A gente tem um pouco de empatia, não é? porque a gente vê que às vezes essas pessoas são estigmatizadas, não é? Grande parte da sociedade simplesmente se fecha ou fala que é frescura, não é?</p> <p>Suj. 18: Cuidado com as pessoas é o que mais me motiva, porque acho que faz parte da minha personalidade. E eu trago muito isso para os meus pacientes.</p> <p>Suj. 19: A gente percebe que essa é uma população que precisa ainda de muito auxílio, até por conta da discriminação da própria sociedade. Que quanto mais incluída na nossa sociedade, melhor ela vai ficar.</p>	<p><i>consegue recuperar um pouquinho a dignidade dele, tirar ele de situação de vulnerabilidade severa e poder ofertar alguma, uma independência ou melhora, reconstrução de vínculo familiar. Eu acho que o paciente precisa desse sentimento de humanidade. O que me mobiliza é querer realmente dar essa atenção que eu sinto que falta, eu quero ouvir, eu quero poder ver ele sendo ativo na sociedade. E, quando a gente trabalha, às vezes na urgência, emergência, como eu já trabalhei, a gente não tem esse acompanhamento, né, de poder estar vendo ali cada conquista do paciente, de você poder sentar, de você poder elaborar um projeto terapêutico, de você ver cumprindo as metas dele, evoluindo. Eu me ponho no lugar. Eu acho que qualquer ajuda que seja, por mínima que seja, já é uma saída, é um apoio de qualquer forma e isso já é valorizar a pessoa nesses sentimentos, sua vida mesmo. O desafio de ter que lidar com o cidadão muitas vezes excluído pela população. É um ser que está sofrendo preconceito, preconceito dele, da família mesmo. E a gente aos poucos, não é fácil reinseri-los na sociedade. A gente tem um pouco de empatia, não é? porque a gente vê que às vezes essas pessoas são estigmatizadas, não é? Grande parte da sociedade simplesmente se fecha ou fala que é frescura, não é? Então eu acho que é esse sentimento de querer cuidar mesmo, de ver uma melhora nessas pessoas. E isso para mim, é o sentimento que me motiva a estar aqui, saber que eu posso melhorar algo por menorzinho, que talvez seja na vida daquela pessoa. E esse cuidado com as pessoas é o que mais me motiva, porque acho que faz parte da minha personalidade. E eu trago muito isso para os meus pacientes. A gente percebe que essa é uma população que precisa ainda de muito auxílio, até por conta da discriminação da própria sociedade. Que quanto mais incluída na nossa sociedade, melhor ela vai ficar.”</i></p>
--	---

**Categoria C:** Mobiliza sentimentos racionais.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eu sou psicóloga então eu estou próxima disso desde o processo de formação. Eu enxergo como mais uma faceta humana, parte de nós, parte de quem nós somos, parte de como a gente se organiza a depender do momento, parte de uma história de vida. Para mim, é parte do processo de viver, parte do processo de ser humano.</p> <p>Suj. 2: Rotina, dia-a-dia. Eu acho que hoje a gente está perdendo muito esse estigma da psiquiatria como loucura, ainda existe uma fração da população que ainda vê como loucura, mas é normal, 10, 15, 20% da população sofre com algum transtorno mental, é uma parcela gigantesca, então, não dá pra estigmatizar, pensar esse indivíduo fora da sociedade. A pessoa com transtorno mental está tanto na sociedade quanto quem não tem, é uma parcela muito grande.</p> <p>Suj. 3: É um transtorno como qualquer outro que demanda atenção, tratamento, cuidado, zelo, empatia, medo ou mesmo amor.</p> <p>Suj. 4: Na verdade desde que eu entrei para a faculdade de medicina, minha intenção era trabalhar com a psiquiatria.</p> <p>Suj. 5: Eu vim trabalhar aqui por questão de onde tinha vaga para trabalhar. Mas assim, depois conhecendo e vendo o que a gente pode fazer, a diferença que a gente faz, não é para todos, mas para poucos.</p> <p>Suj. 6: Olha, eu trabalhava na atenção básica. A diferença da atenção básica é, realmente, uma clientela na qual você vê um efeito terapêutico muito significativo. Às vezes chega um paciente grave, persistente, realmente precisando de tratamento, sabe? É um campo muito interessante, de pesquisa muito legal, interessante mesmo.</p> <p>Suj. 7: Eu vejo que é uma questão de ser justo, de ser humano com uma pessoa. E, eu acho que o serviço exerce esse papel não só de acolher, mas de oferecer uma forma justa.</p> <p>Suj. 8: E é muito dinâmico o trabalho. Tem paciente com o mesmo perfil de cid, mas que ele tem uma outra forma de crise, de surto. Nem todos são iguais, mesmo que a doença seja a mesma.</p> <p>Suj. 9: Eu acho que o transtorno mental deixa a pessoa muito só, não é? Isola a pessoa da sociedade.</p>	<p><i>“Eu sou psicóloga então eu estou próxima disso desde o processo de formação. Eu enxergo como mais uma faceta humana, parte de nós, parte de quem nós somos, parte de como a gente se organiza a depender do momento, parte de uma história de vida. Para mim, é parte do processo de viver, parte do processo de ser humano. Então, é rotina, dia-a-dia. Eu acho que hoje a gente está perdendo muito esse estigma da psiquiatria como loucura, ainda existe uma fração da população que ainda vê como loucura, mas é normal, 10, 15, 20% da população sofre com algum transtorno mental, é uma parcela gigantesca, então, não dá pra estigmatizar, pensar esse indivíduo fora da sociedade. A pessoa com transtorno mental está tanto na sociedade quanto quem não tem, é uma parcela muito grande. É um transtorno como qualquer outro que demanda atenção, tratamento, cuidado, zelo, empatia, medo ou mesmo amor. Eu vejo que é uma questão de ser justo, de ser humano com uma pessoa. E, eu acho que o serviço exerce esse papel não só de acolher, mas de oferecer uma forma justa. Porque eu acho que o transtorno mental deixa a pessoa muito só, não é? Isola a pessoa da sociedade. Então, é muito dinâmico o trabalho. Tem paciente com o mesmo perfil de cid, mas que ele tem uma outra forma de crise, de surto. Nem todos são iguais, mesmo que a doença seja a mesma. Olha, eu trabalhava na atenção básica. A diferença da atenção básica é, realmente, uma clientela na qual você vê um efeito terapêutico muito significativo. Às vezes chega um paciente grave, persistente, realmente precisando de tratamento, sabe? É um campo muito interessante, de pesquisa muito legal, interessante mesmo. Eu mesma vim trabalhar aqui por questão de onde tinha vaga para trabalhar. Mas assim, depois conhecendo e vendo o que a gente pode fazer, a diferença que a gente faz, não é para todos, mas para poucos e desde que eu entrei para a faculdade de medicina, minha intenção era trabalhar com a psiquiatria.”</i></p> <p>:</p>

### **Categoria D: Mobiliza sentimentos negativos.**

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: No começo atendia, chorava. Hoje eu já consigo lidar melhor, mas às vezes eu vou</p>	<p><i>“Tinha um pouco de medo de lidar com a situação. Eu trabalho porque tem que trabalhar. Eu, particularmente, já tenho muitos</i></p>

embora pensando, né? Aquele atendimento pesado.

Suj. 2: É uma área sim, pesada.

Suj. 3: Eu acredito que eu vou aprender a lidar melhor com isso, mas eu ainda fico bem comovida com algumas situações, principalmente, em casos de abuso, de violência tanto sexual quanto física, abandono, ainda me abalam bastante.

Suj. 4: Só que o paciente sai daqui, você vê que é que é como se fosse uma porta giratória, sabe? Eles vão e é cíclico, sabe? Então a palavra é mais complicação mesmo, sabe?

Suj. 5: Tinha um pouco de medo de lidar com a situação.

Suj. 6: Eu trabalho porque tem que trabalhar. Eu, particularmente, já tenho muitos anos na prefeitura e já passei em vários outros serviços. Eu estou aqui por outros motivos, a carga horária é um estímulo, entendeu?

Suj. 7: Muita fascinação, muita angústia por você não conseguir articular todos os territórios com alguma questão, só que daí envolvem as questões sociais. Às vezes, a gente depende da família para articular algumas coisas também. Então essas coisas sociais é que me geram muita angústia e até uma certa impotência.

*anos na prefeitura e já passei em vários outros serviços. Eu estou aqui por outros motivos, a carga horária é um estímulo, entendeu? Poque é uma área sim, pesada. No começo atendia, chorava. Hoje eu já consigo lidar melhor, mas às vezes eu vou embora pensando, né? Aquele atendimento pesado. Eu acredito que eu vou aprender a lidar melhor com isso, mas eu ainda fico bem comovida com algumas situações, principalmente, em casos de abuso, de violência tanto sexual quanto física, abandono, ainda me abalam bastante. E, muita angústia por você não conseguir articular todos os territórios com alguma questão, só que daí envolvem as questões sociais. Às vezes, a gente depende da família para articular algumas coisas também. Então essas coisas sociais é que me geram muita angústia e até uma certa impotência. Só que o paciente sai daqui, você vê que é que é como se fosse uma porta giratória, sabe? Eles vão e é cíclico, sabe? Então a palavra é mais complicação mesmo, sabe?"*

De acordo com o explicitado na questão 6 (Que sentimentos te mobilizam trabalhar com essa população?) a categoria predominante são aquelas referentes aos sentimentos de empatia/cuidado e sentimentos positivos, seguidas da categoria de sentimentos racionais, que relativizam o tema a partir de suas vivências e, por fim, a categoria de sentimentos negativos. Ressalta-se que a última categoria mobiliza sentimentos negativos no sentido de ser um atendimento pesado, que gera angústia, tristeza. Apenas um entrevistado relatou indiferença à área.

Considera-se que por muito tempo a psiquiatria exerceu uma função de controle e disciplina na abordagem dos transtornos mentais, legitimando a exclusão e marginalização desses sujeitos a partir de condutas que subjugavam o outro, retirando sua autonomia e anulando sua identidade. O cerne era o tratamento e os transtornos e não o indivíduo que o carregava. Com a mudança no modo de cuidado a partir da Reforma Psiquiátrica os princípios norteadores passaram a ser a inclusão e o convívio em sociedade em articulação com outras políticas com a finalidade de garantir o

exercício da cidadania. No entanto, essas iniciativas, em certa medida, também redefinem a atuação dos profissionais envolvidos e as crenças e preconceitos envolvidos nesses espaços (Machado, *et al.*, 2011).

Nesse sentido o estigma pode ser definido como uma atitude de distanciamento proveniente do medo, uma vez que o receio, a carência de informação, o preconceito e discriminação são condutas geralmente atravessadas por crenças negativas que geram temor e rejeição frente ao desconhecido, especialmente, quando se trata de pessoas com transtornos mentais (Prado; Bressan, 2016).

Vale lembrar que o estigma representa um dos aspectos mais nocivos da área, contribuindo para exclusão social e pela inibição da procura por tratamento. Deste modo, a investigação acerca dessa questão visa abordar os sentimentos que permeiam a práxis profissional nos serviços e quais sentimentos predominam, uma vez que há impacto das emoções sobre o meio em que se está e, conseqüentemente, sobre a conduta em relação ao outro. Esse aspecto pode representar tanto uma potência positiva quanto negativa na produção de cuidado. Isso porque a atuação em saúde deve ser pautada pela prevenção e promoção de saúde e pelo alívio do sofrimento humano, ou seja, a qualidade do vínculo estabelecido é fundamental para o processo terapêutico (Prado; Bressan, 2016).

Para além da intervenção medicamentosa, o compromisso da equipe deve ser com a qualidade do acolhimento e de como isso vai reverberar na dinâmica das atividades desenvolvidas. O cuidado proporcionado deve, acima de tudo, amparar as diferenças, enxergando o sujeito em sofrimento em sua totalidade e não como um sintoma a ser suprimido. Desta forma, entende-se que os sentimentos positivos e de cuidado/empatia mobilizados nos serviços seja um fator importante para uma práxis baseada em uma ética de cuidado.

#### Quadro 9 – Sétima questão abordada (Profissionais de saúde)

<b>Questão 7: Quais as dificuldades encontradas trabalhando nesse serviço com essa população?</b>		
<b>Expressões – chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
AS1: Hoje vejo que a maior dificuldade é a família. Então eu vejo que a família tem um esgotamento físico e mental. Então a família acaba por desistir porque ela realmente não aguenta mais. Chega uma hora que eles dizem, eu	1ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>não aguento mais. Existe essa barreira muito grande com a família mesmo.</p>		
<p>AS2: Então, assim, a gente tem um grupo de família aqui que é feito com os residentes e a gente ainda encontra bastante dificuldade com os familiares. Eles ainda têm o entendimento de que o serviço tem que fazer tudo e que seria melhor a internação, ficar no hospital. A gente ainda tem esse estigma da internação e toda a vivência que a gente tem e tudo o que acontecia nos hospitais não é saudável, eles não conseguiam ter essa liberdade, essa autonomia, poder produzir. E, isso tem que ser feito lá na comunidade também, né. Na igreja, nos espaços aonde eles frequentam, nas associações de bairro, acho que todo mundo tem que falar saúde mental.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 1: Os processos de trabalho, de saber implementar. A gente aprende um monte de teoria, mas a prática, a desempenhar papel de liderança, como aprender a trabalhar em equipe. A gente não aprendeu, mas a gente executa. A gente não teve uma formação para trabalhar com grupo, como que se cria um grupo, que se traz uma pessoa, que se vincula essa pessoa com o grupo.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade são os processos de trabalho. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 2: A gente tem dificuldades principalmente de recursos, recursos humanos, hoje até que nem tanto porque a gente ainda conta com a colaboração dos residentes, nos ajudam bastante, mas a gente tem bastante dificuldade na questão de recursos financeiros, por exemplo, os colegas quando precisam realizam bazar. Se eu quero fazer alguma atividade de artesanato, tudo isso envolve a questão financeira e a gente acaba fazendo cotinha</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos e recursos financeiros. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>do nosso próprio dinheiro pra gente poder trabalhar com os pacientes. Então essa questão financeira para gente é algo que acaba implicando bastante muitas situações.</p>		
<p>Psicol. 1: Limites de recursos, limites de recursos humanos também, para gente atender, limite da rede. Nossa rede cresceu muito nos últimos 10 anos, mas ainda tem muita coisa para ser atendida. Então isso é um pouco angustiante, ter que lidar com esses limites o tempo todo. Todos os dias a gente está lidando com esses desafios. E sem falar que a gente trabalha com a população muito vulnerável, né, então assim a gente nunca cuida só da saúde, mas tá sempre linkado com o processo de vulnerabilidade social, cultural, educacional, familiar, vivência de violência. Então o nosso atendimento direcionado para a saúde mental está sempre atravessado por outras questões. Então a gente tá o tempo todo acompanhando questões sociais, amarradas nessas questões do transtorno, questões familiares, na escola, questões de deficiências culturais, de aprendizagem. Então, essa é a parte de grande desafio porque a gente tem que ficar conversando o tempo todo com outras políticas e a gente já lida o tempo todo com as deficiências das questões de saúde e tem que lidar com as deficiências das políticas de assistência social e outras políticas também.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos e recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é a articulação com a rede. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 2: As situações de crise né e aí às vezes isso traz situações de risco né, físico, alguma coisa assim. Em relação ao serviço, a questão de investimento, por vezes a gente tem dificuldade com materiais, com insumos, tecnologias, formação. Acho</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é o risco que envolve o trabalho. <b>(E)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos e recursos financeiros. <b>(C)</b></p>	<p>1ª ancoragem: Os transtornos mentais apresentam risco.</p>



que seriam as principais dificuldades.	3ª ideia: A maior dificuldade é a formação insuficiente. <b>(E)</b>	
Psiq. 1: Acho que a maior dificuldade é o próprio estigma, por parte dos próprios pacientes, por parte dos familiares, por parte da sociedade. Porque as vezes o próprio paciente acha que é frescura, uma fase, que vai passar e acho que essa é a maior dificuldade porque eles vão, começam o tratamento, vinculam e logo abandona.	1ª ideia: A maior dificuldade é o estigma associado ao transtorno mental. <b>(F)</b>	2ª ancoragem: Os transtornos mentais são estigmatizados.
Enf. 3: Serviços que atendam com integralidade tudo o que o indivíduo precisa.	1ª ideia: A maior dificuldade é garantir o atendimento integral. <b>(G)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 4: Acho que as famílias. E o preconceito da sociedade não é? ' Aquela ideia das pessoas e a família que assim também tem preconceito e às vezes minimiza o sofrimento do familiar.	1ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b> 2ª ideia: A maior dificuldade é o estigma associado ao transtorno mental. <b>(F)</b>	2ª ancoragem: Os transtornos mentais são estigmatizados.
Psicol. 3: A primeira dificuldade é o acesso, eu vou dizer, muitos dos pacientes graves ficam em situações de periferia e, devido à situação econômica atual não encontram meios para eles poderem vir ao serviço. É difícil você conseguir atingir os pacientes mais afastados.	1ª ideia: A maior dificuldade é o acesso ao serviço. <b>(H)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 4: É muita demanda, tem hora que a gente não consegue dar conta de todos. E, assim não tem muito lugar para a gente encaminhar. Às vezes vou liberar, mas demora para ser chamado em outro lugar e essa família não vai dar conta de estar ali dando suporte todo dia e a gente acaba abraçando, porque é humano, né? Também de ter materiais adequados para trabalhar. O serviço de uma forma geral está sucateado. Muitas vezes tem que trazer, comprar um jogo diferente.	1ª ideia: A maior dificuldade é a alta demanda. <b>(I)</b> 2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psiq. 2: Estrutura. Hoje, a dificuldade que a gente tem é de estrutura. A gente ainda	1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos	Não apresenta ancoragens.

<p>não tem ar-condicionado, nem ventilador que seja. Nos dias quentes é insuportável, para atender o paciente tem que atender de porta aberta para dar uma amenizada no calor e mesmo assim. Tem a questão dos computadores, que a gente teve que se virar para gente ter essas antenas para poder ter acesso à internet. Porque se dependesse do serviço não teria. Até hoje não resolveram isso, então muita coisa sai do bolso da equipe para poder estruturar, porque acaba ficando por isso mesmo. A farmácia libera a medicação, mas é muito limitada, muito pouca opção que a gente tem.</p>	<p>humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é a quantidade insuficiente de insumos. <b>(J)</b></p>	
<p>Fono: Às vezes a gente não tem carro, o meio de transporte. Já aconteceu de ter que ir com veículo próprio, então é uma dificuldade, né? Porque assim a gente tem ali o gasto, você coloca o seu carro, são locais longe, essa é uma dificuldade. E a dificuldade da família aderir também, igual eu falei, eu me coloco no lugar delas. Existe a dificuldade financeira de vir ao CAPS, principalmente, nesse novo prédio as famílias queixam muito da acessibilidade, os pontos de ônibus são longes, né?</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b></p> <p>3ª ideia: A maior dificuldade é o acesso ao serviço. <b>(H)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 4: A dificuldade do acompanhamento familiar porque o intuito é você devolver o paciente em sociedade. Essa dificuldade, assim, eu acho que se tivesse a família mais próxima, mas quando trazem para cá também a família não está dando conta mais, sabe? Então assim são sentimentos de vários segmentos e de vários níveis.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 5: Então assim, acho que a maior dificuldade nossa é o paciente aderir ao tratamento de fato e dar continuidade. Em relação ao serviço eu acho que talvez falta de profissional mesmo, não é?</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a adesão ao tratamento. <b>(K)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>Enf. 6: Acho que é a falta de autonomia que a gente tem mesmo para poder disciplinar, para poder manter um fluxo. Eles não aderem ao tratamento de fato. E as dificuldades do serviço, falta de recurso e essa questão, tipo assim, de receber muitos pacientes que não são exclusivamente nosso.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a falta de autonomia. <b>(L)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é a adesão ao tratamento. <b>(K)</b></p> <p>3ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>4ª ideia: A maior dificuldade é a alta demanda. <b>(I)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>T.O: Tudo isso, material, recursos. É uma questão de infraestrutura, de tudo. Porque assim, não sei se você sabe pelo Ministério da saúde tem uma verba para cada uso, todo o tratamento dele. Nós somos cobrados, cada paciente dá um valor x. Mas a gente não vê esse repasse. Como ele deveria ser. Essa é a grande verdade. Então assim, não há valorização do profissional. Eles cobram muito da gente aqui e a equipe está sempre desfalcada.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: Não há valorização profissional. <b>(M)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf.7: Em relação ao serviço é o número escasso de profissionais. Em relação à parte física também, às vezes não tem sala. E às vezes, o prédio também não comporta aquele tipo de público. Fazer modificações, não é? A dificuldade com os usuários seriam aqueles que não querem mesmo aderir ao tratamento.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é a adesão ao tratamento. <b>(K)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 8: Falta de um fluxo de trabalho, todo mundo falar a mesma língua, fazer a mesma coisa. Além desse fluxograma, essa falta de apoio mesmo, a rede de apoio interligado, sabe? com a Secretaria de assistência social, principalmente, porque a gente trabalha com muitos pacientes que não seriam demandas do CAPS AD. E aí acaba a gente tendo que resolver sozinho, questões que não seriam desse setor resolver e a gente acaba tendo que fazer.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade são os processos de trabalho. <b>(B)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>3ª ideia: A maior dificuldade é a articulação com a rede. <b>(D)</b></p> <p>4ª ideia: A maior dificuldade é o estigma associado ao transtorno mental. <b>(F)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>Além disso, tem muita gente, você não tem onde referenciar ele para fazer alguma coisa. Você não tem muitos recursos pra fazer um projeto terapêutico para ele, você vai falar para ele fazer o quê? No geral, tem um grande preconceito da sociedade toda, tem um grande preconceito com esse público, né?</p>		
<p>Psicol. 5: Do serviço é complicado em questão até de ter um material básico para trabalho, para as oficinas terapêuticas, visitas domiciliares. E até um certo um tipo de respaldo na questão técnica. Você também esbarra na questão política, na troca de gestão, na troca de profissional. Perde a continuidade, troca um médico hoje, amanhã não tá mais. Acho que também interfere a sobrecarga de trabalho. E eu acho que também tem um pouco dessa falta de cursos na saúde mental.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade são as questões políticas que interferem no trabalho. <b>(N)</b></p> <p>3ª ideia: A maior dificuldade é a sobrecarga dos profissionais. <b>(O)</b></p> <p>4ª ideia: A maior dificuldade é a formação insuficiente. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 6: Uma dificuldade muito grande aqui é a pobreza. Esse nível extremo de pobreza que às vezes é difícil o paciente chegar aqui. A gente conseguir manter ele em uma oficina, em alguma coisa que exige que ele venha toda semana, ou mesmo esses pacientes que ficam para convivência, que vem quase todos os dias. A nossa infraestrutura é bastante precária. Acho que a dificuldade é paciência, paciência dos trabalhadores. Assim, isso é difícil porque tem que ter muita paciência para o serviço.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é o acesso ao serviço. <b>(H)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>3ª ideia: A maior dificuldade é a formação insuficiente. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psic. 3: A dificuldade que eu encontro é de conseguir fazer exatamente o que o paciente precisa, sabe, desenvolver exatamente o que ele precisa. É claro que a gente consegue fazer muito, mas às vezes a gente não consegue individualizar o paciente.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é garantir o atendimento integral. <b>(G)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>Farm.: Falta recursos financeiros, falta recursos humanos, falta capacitação, porque o CAPS geralmente é aquele espaço para o servidor problema, deu trabalho, então você vai para o CAPS, não é? Tirando assim, o psicólogo, que está na área de atuação, mas os demais profissionais de saúde é a área castigo.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é a formação insuficiente. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 9: Eu acho que a primeira dificuldade que a gente pensa é organizacional, ambiente material, equipe de RH. Então hoje, o Ministério preconiza um quantitativo mínimo de profissional e é esse mínimo que a gente trabalha. Então, trabalhar com o mínimo é muito complicado, porque a gente não tem para repor.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 10: Olha a dificuldade às vezes que eu sinto é de não saber. Eu digo o não saber lidar com o manejo, de não poder oferecer ajuda que a pessoa está precisando naquele momento, seja por embasamento, seja pelos estudos, ou seja por não conseguir mesmo. Em relação ao serviço eu sinto que é mais essa sobrecarga da saúde mental mesmo, porque a gente precisa ter essa de visão de articulação da atenção básica e saúde mental, porque acaba vindo tudo para a gente.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a formação insuficiente. <b>(E)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é a articulação com a rede. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 3: A unidade é responsável por um território bastante abrangente e ela fica em um local que é de difícil acesso para alguns. E eu acho que também precisaria de mais suporte da secretaria, a gente precisa de carro e tem só uma vez na semana. Se você tivesse um veículo próprio na unidade, você conseguiria fazer mais esse serviço de campo, não é? E trabalhar essa necessidade com a atenção básica até se formar um vínculo ali.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é o acesso ao serviço. <b>(H)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>3ª ideia: A maior dificuldade é a articulação com a rede. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>AS 4: É questão de equipe, é como eu disse, o preconceito às vezes está no nos próprios profissionais. A gente não está ileso disso. E questão de recursos financeiros. É falta de material, carro é uma vez na vida e outra na morte tinha. Então tudo isso limita o nosso trabalho. A questão de recursos acaba que de certa forma limita a nossas atividades. Então a gente tem dificuldade de pessoal, dificuldade de trabalhar na própria comunidade também.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é o estigma associado ao transtorno mental. <b>(F)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 11: Aos usuários digamos que uma primeira dificuldade são aqueles que, na maioria, são trazidos pela família que eles não reconhecem como doença, como também pode ser o inverso. Outro é em relação a, digamos assim, o próprio sistema, a gente depende de para que a equipe funcione, a equipe multidisciplinar. A gente precisa de recursos. E muitas vezes a gente não tem esses suportes, não é? Não se trata só de carro, não é? São vários insumos, não é? E aí a gente fica pensando, eu tenho uma área de 250 mil pacientes para cuidar, para saber e a gente não tem tempo, não tem espaço, então, eu acho que uma equipe maior atenderia bem melhor, claro, mas como o preconizado, né?</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a adesão ao tratamento. <b>(K)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 7: Eu vejo mais a questão de resistência da família, a família não trazer e colocar que o tratamento não é necessário para eles ou que melhorou, pode parar. Tem a questão financeira também, até para eles estarem vindo fazer terapias, para fazerem algo que seja fora do território, por muitas vezes terem uma dependência do familiar. Para se locomover, muitas vezes ele não pode fazer um curso, uma coisa, porque ele não anda sozinho, então depende do familiar</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

trazer e aí esse familiar trabalha.		
AS 5: Eu acho que é mais a família. E que às vezes não vem carro, não é? Eu acho que isso falta bastante.	1ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b>  2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
AS 6: É justamente esse preconceito da sociedade. Às vezes tem profissional na área em que você fala, meu Deus, o que essa pessoa está fazendo aqui? Quando a gente fala de redução de danos, por exemplo, tem profissional que não entende a importância, sabe? Então a dificuldade é essa, são as barreiras que a sociedade impõe e dentro do próprio serviço, com os próprios colegas, sabe?	1ª ideia: A maior dificuldade é o estigma associado ao transtorno mental. <b>(F)</b>	2ª ancoragem: Os transtornos mentais são estigmatizados.
AS 7: Burocracia no contexto, geralmente a burocracia. A demanda também é muito grande e os profissionais são poucos ainda para atuar nessa área.	1ª ideia: A maior dificuldade são os processos de trabalho. <b>(B)</b>  2ª ideia: A maior dificuldade é a alta demanda. <b>(I)</b>  3ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 12: Sem dúvida nenhuma a adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento e da família ao tratamento do paciente, sem dúvida nenhuma, essa é a maior. Na minha concepção, é a maior dificuldade que temos.	1ª ideia: A maior dificuldade é a adesão ao tratamento. <b>(K)</b>  2ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 13: Dificuldade de manejo. Durante o tratamento o paciente evade e é unidade de porta aberta, não tem como a gente evitar esse tipo de coisa. E aí fica aquela coisa, quem vai ser responsabilizado no CAPS? Deveria ter guarda municipal tanto de manhã, à tarde e noite, não é?	1ª ideia: A maior dificuldade é a formação insuficiente. <b>(E)</b>	Não apresenta ancoragens.
Med.: De infraestrutura eu vejo que a gente tem uma possibilidade terapêutica muito restrita porque a gente	1ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>não tem muita opção medicamentosa. Eu vejo isso como uma grande dificuldade e também o acesso a terapia. Tem alguns projetos, algumas ONGs, acho que na igreja perpétuo Socorro, mas não conheço mais nenhum.</p>	<p>2ª ideia: A maior dificuldade é a articulação com a rede. <b>(D)</b></p>	
<p>Psicol. 8: Em relação ao atendimento com o paciente muitas vezes é a dificuldade com a família, da família não entender a doença, da família negligenciar esse paciente. Quanto a questão da infraestrutura eu acho que a gente ainda tem pouco, a gente ainda não conseguiu formar vínculos com a rede toda. Como serviço de saúde, a gente vem desenvolvendo um bom trabalho, mas a gente precisava ter um melhor trabalho com a questão social. Nosso território é grande, então isso inviabiliza muitas vezes essa questão da gente traçar objetivos, fazer um projeto terapêutico para o paciente na própria comunidade. Então assim a gente ainda tem essa dificuldade com o serviço na comunidade, no território.</p>	<p>1ª ideia: A maior dificuldade é a família. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia: A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos; recursos financeiros. <b>(C)</b></p> <p>3ª ideia: A maior dificuldade é a articulação com a rede. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

Conforme observado no quadro, a questão 7 (Quais as dificuldades encontradas trabalhando nesse serviço com essa população?) apresentou 15 categorias de análise, no entanto, por uma questão metodológica serão abordadas apenas as categorias mais recorrentes, sendo elas:

**Categoria A:** A maior dificuldade é a família.

**Categoria C:** A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos e recursos financeiros.

**Categoria D:** A maior dificuldade é a articulação com a rede.

**Categoria E:** A maior dificuldade é a formação insuficiente.

**Categoria F:** A maior dificuldade é o estigma associado ao transtorno mental.

**Categoria K:** A maior dificuldade é a adesão ao tratamento.



A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria.

**Categoria A:** A maior dificuldade é a família.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Hoje vejo que a maior dificuldade é a família. Então eu vejo que a família tem um esgotamento físico e mental. Então a família acaba por desistir porque ela realmente não aguenta mais. Chega uma hora que eles dizem, eu não aguento mais. Existe essa barreira muito grande com a família mesmo.</p> <p>Suj. 2: Então, assim, a gente tem um grupo de família aqui que é feito com os residentes e a gente ainda encontra bastante dificuldade com os familiares. Eles ainda têm o entendimento de que o serviço tem que fazer tudo e que seria melhor a internação, ficar no hospital. A gente ainda tem esse estigma da internação e toda a vivência que a gente tem e tudo o que acontecia nos hospitais não é saudável, eles não conseguiam ter essa liberdade, essa autonomia, poder produzir. E, isso tem que ser feito lá na comunidade também, né. Na igreja, nos espaços aonde eles frequentam, nas associações de bairro, acho que todo mundo tem que falar saúde mental.</p> <p>Suj. 3: Acho que as famílias. Aquela ideia das pessoas e a família que assim também tem preconceito e às vezes minimiza o sofrimento do familiar.</p> <p>Suj. 4: É a dificuldade da família aderir também.</p> <p>Suj. 5: A dificuldade do acompanhamento familiar porque o intuito é você devolver o paciente em sociedade. Essa dificuldade, assim, eu acho que se tivesse a família mais próxima, mas quando trazem para cá também a família não está dando conta mais, sabe? Então assim são sentimentos de vários segmentos e de vários níveis.</p> <p>Suj.6: Eu vejo mais a questão de resistência da família, a família não trazer e colocar que o tratamento não é necessário para eles ou que melhorou, pode parar. Tem a questão financeira também, até para eles estarem vindo fazer terapias, para fazerem algo que seja fora do território, por muitas vezes terem uma dependência do familiar. Para se locomover, muitas vezes ele não pode fazer um curso, uma coisa, porque ele não anda sozinho, então depende do familiar trazer e aí esse familiar trabalha.</p> <p>Suj. 7: Eu acho que é mais a família.</p> <p>Suj. 8: Adesão ao tratamento e da família ao tratamento do paciente, sem dúvida nenhuma, essa é a maior. Na minha concepção, é a maior dificuldade que temos.</p>	<p><i>“Hoje vejo que a maior dificuldade é a família. Então eu vejo que a família tem um esgotamento físico e mental. Então a família acaba por desistir porque ela realmente não aguenta mais. Chega uma hora que eles dizem, eu não aguento mais. Existe essa barreira muito grande com a família mesmo. Então, assim, a gente tem um grupo de família aqui que é feito com os residentes e a gente ainda encontra bastante dificuldade com os familiares. Eles ainda têm o entendimento de que o serviço tem que fazer tudo e que seria melhor a internação, ficar no hospital. A gente ainda tem esse estigma da internação e toda a vivência que a gente tem e tudo o que acontecia nos hospitais não é saudável, eles não conseguiam ter essa liberdade, essa autonomia, poder produzir. E, isso tem que ser feito lá na comunidade também, né. Na igreja, nos espaços aonde eles frequentam, nas associações de bairro, acho que todo mundo tem que falar saúde mental. Aquela ideia das pessoas e a família que assim também tem preconceito e às vezes minimiza o sofrimento do familiar. E a dificuldade da família aderir também. A dificuldade do acompanhamento familiar porque o intuito é você devolver o paciente em sociedade. Essa dificuldade, assim, eu acho que se tivesse a família mais próxima, mas quando trazem para cá também a família não está dando conta mais, sabe? Então assim são sentimentos de vários segmentos e de vários níveis. Além disso, eu vejo a questão de resistência da família, a família não trazer e colocar que o tratamento não é necessário para eles ou que melhorou, pode parar. Tem a questão financeira também, até para eles estarem vindo fazer terapias, para fazerem algo que seja fora do território, por muitas vezes terem uma dependência do familiar. Para se locomover, muitas vezes ele não pode fazer um curso, uma coisa, porque ele não anda sozinho, então depende do familiar trazer e aí esse familiar trabalha. Então, tem isso, a adesão ao tratamento e da família ao tratamento do paciente, sem dúvida nenhuma, essa é a maior dificuldade. Na minha concepção, é a maior dificuldade que temos: a dificuldade com a família, da família</i></p>

Suj. 9: Em relação ao atendimento com o paciente muitas vezes é a dificuldade com a família, da família não entender a doença, da família negligenciar esse paciente.

*não entender a doença, da família negligenciar esse paciente.”*

**Categoria C:** A maior dificuldade é estrutural: falta recursos humanos e recursos financeiros.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: A gente tem dificuldades principalmente de recursos, recursos humanos, hoje até que nem tanto porque a gente ainda conta com a colaboração dos residentes, nos ajudam bastante, mas a gente tem bastante dificuldade na questão de recursos financeiros, por exemplo, os colegas quando precisam realizam bazar. Se eu quero fazer alguma atividade de artesanato, tudo isso envolve a questão financeira e a gente acaba fazendo cotinha do nosso próprio dinheiro pra gente poder trabalhar com os pacientes. Então essa questão financeira para gente é algo que acaba implicando bastante muitas situações.</p> <p>Suj. 2: Limites de recursos, limites de recursos humanos também, para gente atender.</p> <p>Suj. 3: Em relação ao serviço, a questão de investimento, por vezes a gente tem dificuldade com materiais, com insumos, tecnologias.</p> <p>Suj. 4: Também de ter materiais adequados para trabalhar. O serviço de uma forma geral está sucateado. Muitas vezes tem que trazer, comprar um jogo diferente.</p> <p>Suj. 5: Estrutura. Hoje, a dificuldade que a gente tem é de estrutura. A gente ainda não tem ar-condicionado, nem ventilador que seja. Nos dias quentes é insuportável, para atender o paciente tem que atender de porta aberta para dar uma amenizada no calor e mesmo assim. Tem a questão dos computadores, que a gente teve que se virar para gente ter essas antenas para poder ter acesso à internet. Porque se dependesse do serviço não teria. Até hoje não resolveram isso, então muita coisa sai do bolso da equipe para poder estruturar, porque acaba ficando por isso mesmo. A farmácia libera a medicação, mas é muito limitada, muito pouca opção que a gente tem.</p>	<p><i>“Em relação ao serviço, a questão de investimento, por vezes, a gente tem dificuldade com materiais, com insumos, tecnologias. Tudo isso, material, recursos. É uma questão de infraestrutura, de tudo. Porque assim, não sei se você sabe pelo Ministério da saúde tem uma verba para cada uso, todo o tratamento dele. Nós somos cobrados, cada paciente dá um valor x. Mas a gente não vê esse repasse. Como ele deveria ser. Essa é a grande verdade. Então, tem limites de recursos, limites de recursos humanos também, para gente atender. Em relação ao serviço eu acho que talvez falta de profissional mesmo, não é? E as dificuldades do serviço, falta de recursos. A gente tem dificuldades principalmente de recursos, recursos humanos, hoje até que nem tanto porque a gente ainda conta com a colaboração dos residentes, nos ajudam bastante, mas a gente tem bastante dificuldade na questão de recursos financeiros, por exemplo, os colegas quando precisam realizam bazar. Se eu quero fazer alguma atividade de artesanato, tudo isso envolve a questão financeira e a gente acaba fazendo cotinha do nosso próprio dinheiro pra gente poder trabalhar com os pacientes. Então essa questão financeira para gente é algo que acaba implicando bastante muitas situações. Você não tem muitos recursos pra fazer um projeto terapêutico para ele, você vai falar para ele fazer o quê? Então, do serviço é complicado em questão até de ter um material básico para trabalho, para as oficinas terapêuticas, visitas domiciliares. de ter materiais adequados para trabalhar. O serviço de uma forma geral está sucateado. Muitas vezes tem que trazer, comprar um jogo diferente. E às vezes não vem carro, não é? Eu acho que isso falta bastante. Pra você ver, às vezes a gente não tem carro, o meio de</i></p>

Suj. 6: Às vezes a gente não tem carro, o meio de transporte. Já aconteceu de ter que ir com veículo próprio, então é uma dificuldade, né? Porque assim a gente tem ali o gasto, você coloca o seu carro, são locais longe, essa é uma dificuldade.

Suj. 7: Em relação ao serviço eu acho que talvez falta de profissional mesmo, não é?

Suj. 8: E as dificuldades do serviço, falta de recursos.

Suj. 9: Tudo isso, material, recursos. É uma questão de infraestrutura, de tudo. Porque assim, não sei se você sabe pelo Ministério da saúde tem uma verba para cada uso, todo o tratamento dele. Nós somos cobrados, cada paciente dá um valor x. Mas a gente não vê esse repasse. Como ele deveria ser. Essa é a grande verdade.

Suj. 10: Em relação ao serviço é o número escasso de profissionais. Em relação à parte física também, às vezes não tem sala. E às vezes, o prédio também não comporta aquele tipo de público. Fazer modificações, não é?

Suj. 11: Você não tem muitos recursos pra fazer um projeto terapêutico para ele, você vai falar para ele fazer o quê?

Suj. 12: A nossa infraestrutura é bastante precária.

Suj. 13: Falta recursos financeiros, falta recursos humanos, falta capacitação.

Suj. 14: Eu acho que a primeira dificuldade que a gente pensa é organizacional, ambiente material, equipe de RH. Então hoje, o Ministério preconiza um quantitativo mínimo de profissional e é esse mínimo que a gente trabalha. Então, trabalhar com o mínimo é muito complicado, porque a gente não tem para repor.

Suj. 15: A gente precisa de carro e tem só uma vez na semana. Se você tivesse um veículo próprio na unidade, você conseguiria fazer mais esse serviço de campo, não é?

Suj. 16: É questão de recursos financeiros. É falta de material, carro é uma vez na vida e outra na morte tinha. Então tudo isso limita o nosso trabalho. A questão de recursos acaba que de certa forma limita a nossas atividades. Então a gente tem dificuldade de pessoal, dificuldade de trabalhar na própria comunidade também.

Suj. 17: A gente precisa de recursos. E muitas vezes a gente não tem esses suportes, não é? Não se trata só de carro, não é? São vários insumos, não é? E aí a gente fica pensando, eu tenho uma área de 250 mil pacientes para cuidar, para saber e a gente não tem tempo, não tem espaço, então, eu acho que uma equipe maior atenderia bem melhor, claro, mas como o preconizado, né?

*transporte. Já aconteceu de ter que ir com veículo próprio, então é uma dificuldade, né? Porque assim a gente tem ali o gasto, você coloca o seu carro, são locais longe, essa é uma dificuldade. E a gente precisa de carro e tem só uma vez na semana. Se você tivesse um veículo próprio na unidade, você conseguiria fazer mais esse serviço de campo, não é? A gente precisa de recursos. E muitas vezes a gente não tem esses suportes, não é? Não se trata só de carro, não é? São vários insumos, não é? E aí a gente fica pensando, eu tenho uma área de 250 mil pacientes para cuidar, para saber e a gente não tem tempo, não tem espaço, então, eu acho que uma equipe maior atenderia bem melhor, claro, mas como o preconizado, né? Porque a demanda também é muito grande e os profissionais são poucos ainda para atuar nessa área. É um número escasso de profissionais. Em relação à parte física também, às vezes não tem sala. E às vezes, o prédio também não comporta aquele tipo de público. Tem que fazer modificações, não é? A nossa infraestrutura é bastante precária. Então, também tem essa questão de estrutura. Hoje, a dificuldade que a gente tem é de estrutura. A gente ainda não tem ar-condicionado, nem ventilador que seja. Nos dias quentes é insuportável, para atender o paciente tem que atender de porta aberta para dar uma amenizada no calor e mesmo assim. Tem a questão dos computadores, que a gente teve que se virar para gente ter essas antenas para poder ter acesso à internet. Porque se dependesse do serviço não teria. Até hoje não resolveram isso, então muita coisa sai do bolso da equipe para poder estruturar, porque acaba ficando por isso mesmo. A farmácia libera a medicação, mas é muito limitada, muito pouca opção que a gente tem. Além de infraestrutura, eu vejo que a gente tem uma possibilidade terapêutica muito restrita porque a gente não tem muita opção medicamentosa. Ou seja, falta recursos financeiros, falta recursos humanos, falta capacitação. Eu acho que a primeira dificuldade que a gente pensa é organizacional, ambiente material, equipe de RH. Então hoje, o Ministério preconiza um quantitativo mínimo de profissional e é esse mínimo que a gente trabalha. Então, trabalhar com o mínimo é muito complicado, porque a gente não tem para repor. E a questão de recursos financeiros. É falta de material, carro é uma vez na vida e outra na morte. Então tudo isso limita o nosso trabalho. A questão de recursos acaba que de certa forma limita a nossas atividades. Então a gente tem dificuldade de pessoal, dificuldade de trabalhar na própria comunidade também.”*

<p>Suj. 18: E que às vezes não vem carro, não é? Eu acho que isso falta bastante.</p> <p>Suj. 19: A demanda também é muito grande e os profissionais são poucos ainda para atuar nessa área.</p> <p>Suj. 20: De infraestrutura eu vejo que a gente tem uma possibilidade terapêutica muito restrita porque a gente não tem muita opção medicamentosa.</p> <p>Suj. 21: Quanto a questão da infraestrutura eu acho que a gente ainda tem pouco.</p>	
---	--

**Categoria D:** A maior dificuldade é a articulação com a rede.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Limites de recursos, limites de recursos humanos também, para gente atender, limite da rede. Nossa rede cresceu muito nos últimos 10 anos, mas ainda tem muita coisa para ser atendida. Então isso é um pouco angustiante, ter que lidar com esses limites o tempo todo. Todos os dias a gente está lidando com esses desafios. E sem falar que a gente trabalha com a população muito vulnerável, né, então assim a gente nunca cuida só da saúde, mas tá sempre linkado com o processo de vulnerabilidade social, cultural, educacional, familiar, vivência de violência. Então o nosso atendimento direcionado para a saúde mental está sempre atravessado por outras questões. Então a gente tá o tempo todo acompanhando questões sociais, amarradas nessas questões do transtorno, questões familiares, na escola, questões de deficiências culturais, de aprendizagem. Então, essa é a parte de grande desafio porque a gente tem que ficar conversando o tempo todo com outras políticas e a gente já lida o tempo todo com as deficiências das questões de saúde e tem que lidar com as deficiências das políticas de assistência social e outras políticas também.</p> <p>Suj. 2: Falta de apoio mesmo, a rede de apoio interligado, sabe? com a Secretaria de Assistência Social, principalmente, porque a gente trabalha com muitos pacientes que não seriam demandas do CAPS AD. E aí acaba a gente tendo que resolver sozinho, questões que não seriam desse setor resolver e a gente acaba tendo que fazer. Além disso, tem muita gente, você não tem onde referenciar ele para fazer alguma coisa.</p> <p>Suj. 3: Em relação ao serviço eu sinto que é mais essa sobrecarga da saúde mental mesmo, porque a gente precisa ter essa de visão de articulação da atenção básica e saúde mental, porque acaba vindo tudo para a gente.</p> <p>Suj. 4: E trabalhar essa necessidade com a atenção básica até se formar um vínculo ali.</p>	<p><i>“Falta de apoio mesmo, a rede de apoio interligado, sabe? com a Secretaria de Assistência Social, principalmente, porque a gente trabalha com muitos pacientes que não seriam demandas do CAPS AD. E aí acaba a gente tendo que resolver sozinho, questões que não seriam desse setor resolver e a gente acaba tendo que fazer. Além disso, tem muita gente, você não tem onde referenciar ele para fazer alguma coisa. Ou seja, a gente ainda não conseguiu formar vínculos com a rede toda. Como serviço de saúde, a gente vem desenvolvendo um bom trabalho, mas a gente precisava ter um melhor trabalho com a questão social. Nosso território é grande, então isso inviabiliza muitas vezes essa questão da gente traçar objetivos, fazer um projeto terapêutico para o paciente na própria comunidade. Então assim a gente ainda tem essa dificuldade com o serviço na comunidade, no território. E tem que trabalhar essa necessidade com a atenção básica até se formar um vínculo ali. Eu vejo isso como uma grande dificuldade e também o acesso a terapia. Tem alguns projetos, algumas ONGs, acho que na igreja perpétuo Socorro, mas não conheço mais nenhum. Então, tem esse limite da rede. Nossa rede cresceu muito nos últimos 10 anos, mas ainda tem muita coisa para ser atendida. Então isso é um pouco angustiante, ter que lidar com esses limites o tempo todo. Todos os dias a gente está lidando com esses desafios. E sem falar que a gente trabalha com a população muito vulnerável, né, então assim a gente nunca cuida só da saúde, mas tá sempre linkado com o processo de vulnerabilidade social, cultural, educacional, familiar, vivência de violência. Então o nosso atendimento direcionado para a saúde mental está sempre atravessado por outras questões. Então a gente tá o tempo todo acompanhando</i></p>

<p>Suj. 5: Eu vejo isso como uma grande dificuldade e também o acesso a terapia. Tem alguns projetos, algumas ONGs, acho que na igreja perpétuo Socorro, mas não conheço mais nenhum.</p> <p>Suj. 6: A gente ainda não conseguiu formar vínculos com a rede toda. Como serviço de saúde, a gente vem desenvolvendo um bom trabalho, mas a gente precisava ter um melhor trabalho com a questão social. Nosso território é grande, então isso inviabiliza muitas vezes essa questão da gente traçar objetivos, fazer um projeto terapêutico para o paciente na própria comunidade. Então assim a gente ainda tem essa dificuldade com o serviço na comunidade, no território.</p>	<p><i>questões sociais, amarradas nessas questões do transtorno, questões familiares, na escola, questões de deficiências culturais, de aprendizagem. Então, essa é a parte de grande desafio porque a gente tem que ficar conversando o tempo todo com outras políticas e a gente já lida o tempo todo com as deficiências das questões de saúde e tem que lidar com as deficiências das políticas de assistência social e outras políticas também. Eu sinto que é mais essa sobrecarga da saúde mental mesmo, porque a gente precisa ter essa de visão de articulação da atenção básica e saúde mental, porque acaba vindo tudo para a gente.”</i></p>
--	--

**Categoria E:** A maior dificuldade é a formação insuficiente.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Em relação ao serviço, a questão de formação.</p> <p>Suj. 2: E até um certo um tipo de respaldo na questão técnica. E eu acho que também tem um pouco dessa falta de cursos na saúde mental.</p> <p>Suj. 3: Paciência, paciência dos trabalhadores. Assim, isso é difícil porque tem que ter muita paciência para o serviço.</p> <p>Suj. 4: Falta capacitação, porque o CAPS geralmente é aquele espaço para o servidor problema, deu trabalho, então você vai para o CAPS, não é? Tirando assim, o psicólogo, que está na área de atuação, mas os demais profissionais de saúde é a área castigo.</p> <p>Suj. 5: Olha a dificuldade às vezes que eu sinto é de não saber. Eu digo o não saber lidar com o manejo, de não poder oferecer ajuda que a pessoa está precisando naquele momento, seja por embasamento, seja pelos estudos, ou seja por não conseguir mesmo.</p> <p>Suj. 6: Dificuldade de manejo.</p>	<p><i>“Olha a dificuldade às vezes que eu sinto é de não saber. Eu digo o não saber lidar com o manejo, de não poder oferecer ajuda que a pessoa está precisando naquele momento, seja por embasamento, seja pelos estudos, ou seja por não conseguir mesmo. E, falta paciência, paciência dos trabalhadores. Assim, isso é difícil porque tem que ter muita paciência para o serviço. E até um certo um tipo de respaldo na questão técnica. E eu acho que também tem um pouco dessa falta de cursos na saúde mental. Então, falta capacitação, porque o CAPS geralmente é aquele espaço para o servidor problema, deu trabalho, então você vai para o CAPS, não é? Tirando assim, o psicólogo, que está na área de atuação, mas os demais profissionais de saúde é a área castigo. Então, tem essa questão de formação. Dificuldade de manejo. Durante o tratamento o paciente evade e é unidade de porta aberta, não tem como a gente evitar esse tipo de coisa. E aí fica aquela coisa, quem vai ser responsabilizado no CAPS? Deveria ter guarda municipal tanto de manhã, à tarde e noite, não é?”</i></p>

**Categoria F:** A maior dificuldade é o estigma associado ao transtorno mental.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Acho que a maior dificuldade é o próprio estigma, por parte dos próprios pacientes, por parte dos familiares, por parte da sociedade. Porque as vezes o próprio paciente acha que é frescura, uma fase, que vai passar e acho que essa é a maior dificuldade porque eles</p>	<p><i>“Acho que a maior dificuldade é o próprio estigma, por parte dos próprios pacientes, por parte dos familiares, por parte da sociedade. Porque as vezes o próprio paciente acha que é frescura, uma fase, que vai passar e acho que essa é a maior dificuldade porque eles</i></p>

<p>vão, começam o tratamento, vinculam e logo abandona.</p> <p>Suj. 2: Acho que as famílias. E o preconceito da sociedade, não é? Aquela ideia das pessoas e a família que assim também tem preconceito e às vezes minimiza o sofrimento do familiar.</p> <p>Suj. 3: No geral, tem um grande preconceito da sociedade toda, tem um grande preconceito com esse público, né?</p> <p>Suj. 4: É questão de equipe, é como eu disse, o preconceito às vezes está no nos próprios profissionais. A gente não está ileso disso.</p> <p>Suj. 5: É justamente esse preconceito da sociedade. Às vezes tem profissional na área em que você fala, meu Deus, o que essa pessoa está fazendo aqui? Quando a gente fala de redução de danos, por exemplo, tem profissional que não entende a importância, sabe? Então a dificuldade é essa, são as barreiras que a sociedade impõe e dentro do próprio serviço, com os próprios colegas, sabe?</p>	<p>vão, começam o tratamento, vinculam e logo abandona. Então as famílias e o preconceito da sociedade, não é? Aquela ideia das pessoas e a família que assim também tem preconceito e às vezes minimiza o sofrimento do familiar. No geral, tem um grande preconceito da sociedade toda, tem um grande preconceito com esse público, né? É justamente esse preconceito da sociedade. Às vezes tem profissional na área em que você fala, meu Deus, o que essa pessoa está fazendo aqui? Quando a gente fala de redução de danos, por exemplo, tem profissional que não entende a importância, sabe? Então a dificuldade é essa, são as barreiras que a sociedade impõe e dentro do próprio serviço, com os próprios colegas, sabe? É questão de equipe, é como eu disse, o preconceito às vezes está no nos próprios profissionais. A gente não está ileso disso.”</p>
--	---

**Categoria K:** A maior dificuldade é a adesão ao tratamento.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Então assim, acho que a maior dificuldade nossa é o paciente aderir ao tratamento de fato e dar continuidade.</p> <p>Suj. 2: Eles não aderem ao tratamento de fato.</p> <p>Suj. 3: A dificuldade com os usuários seriam aqueles que não querem mesmo aderir ao tratamento.</p> <p>Suj. 4: Aos usuários digamos que uma primeira dificuldade são aqueles que, na maioria, são trazidos pela família que eles não reconhecem como doença, como também pode ser o inverso.</p> <p>Suj. 5: Sem dúvida nenhuma a adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento e da família ao tratamento do paciente, sem dúvida nenhuma, essa é a maior. Na minha concepção, é a maior dificuldade que temos.</p>	<p>“Aos usuários digamos que uma primeira dificuldade são aqueles que, na maioria, são trazidos pela família que eles não reconhecem como doença, como também pode ser o inverso. Então assim, acho que a maior dificuldade nossa é o paciente aderir ao tratamento de fato e dar continuidade. Eles não aderem ao tratamento de fato. Então, sem dúvida nenhuma a adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento e da família ao tratamento do paciente, sem dúvida nenhuma, essa é a maior. Na minha concepção, é a maior dificuldade que temos.”</p>

A análise da questão 7 (Quais as dificuldades encontradas trabalhando nesse serviço com essa população?) permitiu a formulação de 15 categorias, nas quais 6 foram analisadas por terem sido mais recorrentes. Dentre essas categorias foram mencionadas percepções concernentes a:

a- Dificuldade de adesão da família ao tratamento do paciente;

- b- Dificuldades estruturais relativas às condições de trabalho: recursos financeiros e recursos humanos;
- c- Dificuldades de articulação com a rede;
- d- Formação insuficiente;
- e- O estigma associado aos transtornos mentais;
- f- Adesão do paciente ao tratamento;

Ressalta-se que outras questões também apareceram, tais como: o risco do trabalho, principalmente, quando o paciente está em crise, as dificuldades de acesso aos serviços, às questões políticas que interferem na continuidade do trabalho, a falta de insumos, a sobrecarga dos profissionais devido à alta demanda, a desvalorização dos mesmos e as dificuldades em garantir o atendimento integral aos usuários em decorrência de todas as adversidades apresentadas.

A categoria de dificuldades estruturais foi a que mais se sobressaiu aparecendo de forma frequente na fala dos profissionais entrevistados. Não obstante, reitera-se que tal fator contribui de forma direta ou indireta para outros pontos levantados como o sentimento de sobrecarga e desvalorização, falta de insumos, dificuldades em desenvolver o atendimento de forma integral, corroborando o sucateamento dos serviços substitutivos. Nesse quesito a queixa dos profissionais é ampla e vai desde a questão estrutural, de instalações inadequadas para o serviço, falta de respaldo da gestão para o acesso a veículos para realização das visitas domiciliares e busca ativa, falta de materiais, o que prejudica o desenvolvimento dos grupos e oficinas terapêuticas e que são minimizados por recursos dos próprios profissionais, falta de recursos humanos para atender a demanda, uma vez que as unidades têm funcionado com o quadro mínimo, entre outros. A construção do DSC desvela as intercorrências citadas:

*“Em relação ao serviço, a questão de investimento, por vezes, a gente tem dificuldade com materiais, com insumos, tecnologias. Tudo isso, material, recursos. É uma questão de infraestrutura, de tudo. Porque assim, não sei se você sabe pelo Ministério da saúde tem uma verba para cada uso, todo o tratamento dele. Nós somos cobrados, cada paciente dá um valor x. Mas a gente não vê esse repasse. Como ele deveria ser. Essa é a grande verdade. Então, tem limites de recursos, limites de recursos humanos também, para gente atender. Em relação ao serviço eu acho que talvez falta de profissional mesmo, não é? E as dificuldades do serviço, falta de recursos. A gente tem dificuldades principalmente de recursos, recursos humanos, hoje até que nem tanto porque a gente ainda conta com a colaboração dos residentes, nos ajudam bastante, mas a gente tem bastante dificuldade na questão de recursos financeiros, por exemplo, os colegas quando precisam realizam bazar. Se eu quero fazer alguma*

*atividade de artesanato, tudo isso envolve a questão financeira e a gente acaba fazendo cotinha do nosso próprio dinheiro pra gente poder trabalhar com os pacientes. Então essa questão financeira para gente é algo que acaba implicando bastante muitas situações. Você não tem muitos recursos pra fazer um projeto terapêutico para ele, você vai falar para ele fazer o quê? Então, do serviço é complicado em questão até de ter um material básico para trabalho, para as oficinas terapêuticas, visitas domiciliares. de ter materiais adequados para trabalhar. O serviço de uma forma geral está sucateado. Muitas vezes tem que trazer, comprar um jogo diferente. E às vezes não vem carro, não é? Eu acho que isso falta bastante. Pra você ver, às vezes a gente não tem carro, o meio de transporte. Já aconteceu de ter que ir com veículo próprio, então é uma dificuldade, né? Porque assim a gente tem ali o gasto, você coloca o seu carro, são locais longe, essa é uma dificuldade. E a gente precisa de carro e tem só uma vez na semana. Se você tivesse um veículo próprio na unidade, você conseguiria fazer mais esse serviço de campo, não é? A gente precisa de recursos. E muitas vezes a gente não tem esses suportes, não é? Não se trata só de carro, não é? São vários insumos, não é? E aí a gente fica pensando, eu tenho uma área de 250 mil pacientes para cuidar, para saber e a gente não tem tempo, não tem espaço, então, eu acho que uma equipe maior atenderia bem melhor, claro, mas como o preconizado, né? Porque a demanda também é muito grande e os profissionais são poucos ainda para atuar nessa área. É um número escasso de profissionais. Em relação à parte física também, às vezes não tem sala. E às vezes, o prédio também não comporta aquele tipo de público. Tem que fazer modificações, não é? A nossa infraestrutura é bastante precária. Então, também tem essa questão de estrutura. Hoje, a dificuldade que a gente tem é de estrutura. A gente ainda não tem ar-condicionado, nem ventilador que seja. Nos dias quentes é insuportável, para atender o paciente tem que atender de porta aberta para dar uma amenizada no calor e mesmo assim. Tem a questão dos computadores, que a gente teve que se virar para gente ter essas antenas para poder ter acesso à internet. Porque se dependesse do serviço não teria. Até hoje não resolveram isso, então muita coisa sai do bolso da equipe para poder estruturar, porque acaba ficando por isso mesmo. A farmácia libera a medicação, mas é muito limitada, muito pouca opção que a gente tem. Além de infraestrutura, eu vejo que a gente tem uma possibilidade terapêutica muito restrita porque a gente não tem muita opção medicamentosa. Ou seja, falta recursos financeiros, falta recursos humanos, falta capacitação.”*

O trecho também evidencia como o desmonte da área vem transformando os serviços substitutivos e de base comunitária em um campo subfinanciado, ao escancarar o abandono dos serviços abertos e suas carências e insuficiências importantes. Além disso, comprova o direcionamento dos recursos da área para o financiamento dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas. Desse modo, é indispensável a vontade política para fazer frente as mudanças necessárias para melhoria dos serviços ofertados (Onocko-Campos, 2019). Além da precarização das condições do serviço, também é apontado os processos de trabalho, como a falta de autonomia, excesso de burocracia e o relacionamento distante com os níveis de gestão, que exige resolutividade da ponta sem conhecer com clareza os fluxos de trabalho.

Reitera-se que a execução do trabalho em condições mínimas também provoca o esgotamento e a desmotivação dos profissionais, que não se sentem reconhecidos e precisam fazer jornadas extras para garantia de um salário razoável, o que contribui para formação de um vínculo de trabalho frágil e reverbera nos resultados das práticas de cuidado. A rotatividade dos profissionais dentro do serviço também foi mencionada como um obstáculo para a continuidade do tratamento, pois resulta na quebra do elo



entre os usuários e os profissionais. No âmbito dos serviços de saúde mental, essa rotatividade reflete, em parte, a presença de preconceitos por parte de alguns profissionais, o investimento insuficiente das políticas públicas em saúde mental, as condições de trabalho precárias e um processo de formação insuficiente.

Além disso, foi apontado as dificuldades de manejo com os pacientes da saúde mental e a falta de preparo técnico para lidar com as questões da área, confirmando a necessidade de capacitação e qualificação profissional. Os participantes se disseram sobrecarregados pelos afazeres que assumem rotineiramente e que demandam uma atuação que extrapola a do cargo ocupado. Destaca-se que a fala de um dos participantes insere a atuação nesses espaços como 'castigo aos servidores problema' que por vezes permanecem apenas por conta da carga horária diferenciada e do atrativo dos plantões como parte complementar da renda:

*“Então, falta capacitação, porque o CAPS geralmente é aquele espaço para o servidor problema, deu trabalho, então você vai para o CAPS, não é? Tirando assim, o psicólogo, que está na área de atuação, mas os demais profissionais de saúde é a área castigo.”*

A fala descrita também expressa outra categoria recorrente que é o estigma e o preconceito associados aos pacientes com transtornos mentais e que por vezes aparece até mesmo nos profissionais que atuam nessas unidades. Um dos entrevistados acrescenta que:

*“É justamente esse preconceito da sociedade. Às vezes tem profissional na área em que você fala, meu Deus, o que essa pessoa está fazendo aqui? Quando a gente fala de redução de danos, por exemplo, tem profissional que não entende a importância, sabe? Então a dificuldade é essa, são as barreiras que a sociedade impõe e dentro do próprio serviço, com os próprios colegas, sabe?”*

Ao mesmo tempo também há um movimento no sentido de preservar o funcionamento dos serviços ao tentar alcançar a demanda atendida, suprimindo eles mesmos os afastamentos, as ausências e a vacância de alguns cargos. A sobrecarga apontada é frequente em toda a rede de serviços de saúde, que atualmente, em grande parte, funciona com o quadro mínimo exigido. Ou seja, a exigência por uma atuação qualificada traz enorme cansaço e estresse ao profissional, que, além de ter que sustentar suas próprias frustrações, também deve estar acessível ao sofrimento do usuário, haja vista que o acolhimento inadequado também traz implicações para adesão do usuário ao tratamento.

*“E, falta paciência, paciência dos trabalhadores. Assim, isso é difícil porque tem que ter muita paciência para o serviço.”*

Repensar a forma de estruturação do serviço e contemplar espaços de troca e capacitação é, também, proporcionar um atendimento de qualidade ao usuário e a

manutenção de uma práxis satisfatória, que desenvolva autonomia e manejo para lidar com as diversas situações cotidianas do serviço. Mais do que isso, espera-se que os investimentos nessa política, a melhoria dos serviços e a valorização desses profissionais fomentem uma atuação e um acolhimento qualificados, livres de pré-conceitos e contribua, inclusive, para maior adesão dos usuários aos serviços.

De acordo com Feriotti (2016, p. 28) “trata-se de desinstituir e desconstruir os diversos mecanismos de exclusão social como estigmas, preconceitos, egocentrismos, sociocentrismos, e conquistar uma abertura para a real vivência com a diversidade”. Ou seja, o reconhecimento às diferenças e a legitimação de espaços democráticos. Até porque parte da queixa dos entrevistados refere-se à falta de articulação com outros dispositivos da rede que provocam encaminhamentos equivocados e delegam aos serviços especializados toda a responsabilidade por aquele sujeito, se esquecendo que para além dos transtornos psíquicos também há um sujeito com outras demandas. Nesse sentido, vemos o preconceito se fazer presente no desacolhimento e nos encaminhamentos irresponsáveis, na medida em que são determinados pelo estigma de um diagnóstico. Um movimento sutil que institui que o espaço desses usuários é apenas o CAPS.

Destaca-se que as dificuldades de respaldo e comunicação com a Atenção Básica também se repete e aparece sob diferentes justificativas, demarcando tanto a incipiência de estratégias de saúde mental na porta de entrada da rede como a incipiência da atuação dos profissionais envolvidos (LIMA, 2018). Sobre isso, Coutinho *et al.* (2015, p. 521) afirmam “que o processo de acolhimento ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, podendo ser esta a justificativa para as dificuldades apresentadas por profissionais e usuários”.

É necessário ter em mente que não há a possibilidade de tolerar retrocessos e vivências mortificantes e nefastas disfarçadas de tratamento. Em nome de tantos usuários subjugados pela lógica manicomial deve-se buscar fortalecer a produção de cuidado em rede, coletiva, democrática, que transforme, liberte e faça do sujeito o protagonista de sua história. O debate acerca da dinâmica de trabalho nos serviços de saúde mental se faz necessário e potente na medida em que vislumbra a práxis que se almeja e o que se pretende reformar no cenário atual. Que esse movimento de construção coletiva e de resistência persevere apesar dos entraves enfrentados em tempos de retrocesso.

**Quadro 10 – Oitava questão abordada (Profissionais de saúde)**

<b>Questão 8: Quais são as possibilidades e desafios para a melhoria dos serviços ofertados?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
<p>AS1: Pra mim ainda tem que evoluir muito, principalmente, o tratamento. O CAPS aqui por ser referência eu vejo que é excelente, ser um serviço de porta aberta, trabalhar a socialização do paciente, mas precisa trabalhar a família como eu falei. As pessoas carregam a ideia de que é louco e que não vai ter mais cura. E o que eu vejo que precisa melhorar muito são as campanhas, né. Não dá pra colocar só o setembro amarelo. Saúde mental tem que falar o ano inteiro. Inclusive com os servidores também. Então a saúde mental tem que ser trabalhada, exposta, tanto na sociedade como nas empresas privadas. Tem que ampliar o trabalho de conscientização, trazer a sociedade pra perto, mostrar que a saúde mental não é só esquizofrenia, bipolaridade, que engloba tudo.</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Fortalecer o vínculo com a família. <b>(B)</b></p> <p>3ª ideia central: Ampliar o combate ao estigma associado à saúde mental. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS2: Eu acho que o desafio maior que a gente tem é realmente se efetivar como uma política pública, com orçamento. Esse orçamento não trabalha ações afirmativas, a valorização do servidor que está trabalhando nessa política. Um orçamento melhor que não seja só pra pagar a estrutura, água, luz, internet. Um orçamento que a gente tenha pra vir material para trabalhar com eles. Eu acredito que a gente precisa ter também outras estruturas que atendam eles lá no seu território, né. Eu acho que o Centro de Referência da Assistência Social seriam um caminho, mas para isso a gente precisa ter um orçamento efetivo.</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b></p>	<p>2ª ancoragem: produção de cuidado como cuidado ampliado.</p>
<p>Enf. 1: A gente vem de uma gestão, desde a anterior que</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação</p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>é contrária à reforma. Então tem os retrocessos. Campo Grande está tentando ir na contramão, tanto que está tentando aprovar o Plano Municipal em Saúde Mental. Tem a questão dos recursos, que vem diminuindo. Por exemplo, a gente tem 10 milhões que foram destinados a hospitais psiquiátricos privados, em torno de 500 milhões para comunidades terapêuticas e 70% desses recursos para pôr nas comunidades terapêuticas Cristãs. E pra gente falta recursos, materiais pra desenvolver os grupos, as oficinas, algo que possa gerar uma renda pro paciente. Uma outra dificuldade é a formação psiquiátrica que ainda é muito voltada pra esse modelo biomédico e se desconsidera a questão social, a questão cultural, a questão histórica, né. Aí você pega a antropologia, a sociologia que vem com toda uma bagagem, mas não chega na formação. E aí a pessoa não entende porque uma pessoa com dificuldades econômicas está adoecida.</p>	<p>aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Investir na formação dos profissionais da área. <b>(E)</b></p>	
<p>Enf. 2: Acho que dá pra melhorar muita coisa, da política em saúde mental em prol deles. Já melhorou muito, a questão da residência terapêutica. A conscientização da sociedade, da família, que não quer se envolver, ter o manejo. Porque às vezes é muito mais fácil jogar a responsabilidade só para o serviço, para a política, para gestão. E aí eles não querem e isso para gente acaba dificultando porque a gente acaba ficando com uma lista imensa de pacientes sem um apoio, sem vínculo nenhum da família e a gente tem que encaixar em uma residência terapêutica.</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Ampliar o combate ao estigma associado à saúde mental. <b>(C)</b></p> <p>3ª ideia central: Fortalecer o vínculo com a família. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 1: Então, expectativas, esperanças a</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação</p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>gente tem, né. Apesar que a gente tá no cenário político no momento bem desfavorável para nossa política, mas assim todo mundo que está inserido dentro desse ramo ninguém esmoreceu, né. Tá todo mundo sustentando essa direção de trabalho. A gente aqui nesse CAPS, está com o programa de residência, então assim é o programa que mantém essa chama sempre ativa, né, do estudo, da pesquisa, de vamos tentar melhorar. Acho que ainda vai muito tempo assim até que a gente consiga de fato se firmar e ainda não sei se a gente se firma não. Eu acho que ela vai ser sempre em certa medida ameaçada. Então a gente precisa sustentar. Não só abrir os serviços, mas depois que abrir, tem o trabalho de sustentar, não dá para relaxar.</p>	<p>aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p>	
<p>Psicol. 2: Em relação as possibilidades são sempre quando a gente consegue inserir o maior número de serviços dentro da rede de atenção psicossocial, quando a gente consegue essa integração mesmo com a atenção básica, com a assistência social, isso acaba que potencializa bastante o atendimento ao usuário. Eu vejo que os colegas buscam constantemente estar em formação, em comunicação com outras áreas, buscam se atualizar e isso naturalmente vai trazer um resultado melhor para os pacientes.</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b></p> <p>2ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b></p>	<p>2ª ancoragem: Produção de cuidado como cuidado ampliado.</p>
<p>Psiq. 1: Então eu acho que é as pessoas se conscientizarem. É uma educação. Hoje todo mundo entende a importância das doenças cardiovasculares, eu falo com a pessoa que tem pressão alta e ela morre de medo de ter um infarto. Então tem que partir do próprio doente mental, deles entenderem a gravidade, é</p>	<p>1ª ideia central: Adesão do paciente ao tratamento. <b>(G)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

uma doença como qualquer outra.		
Enf. 3: Ter mais investimento, capacitar melhor a equipe, sabe? Estimular a equipe com alguma produtividade. Porque está desestimulado por excesso de serviço, falta de resolutividade das coisas, falta de informação também.	1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 3: Que mais pessoas tenham acesso ao serviço e consiga atender a todos, porque assim, apesar de ter, tem muita procura e é só este CAPS para atender todos e assim o CAPS é para transtornos mentais graves. Mas 70% da procura, principalmente que vem encaminhado, tem muito encaminhamento errado. As escolas não estão sabendo lidar também com o aumento da demanda. Nem todos os casos são graves. Então, assim o CAPS está tendo muitos pacientes que poderiam estar sendo assistidos em outro lugar, poderia ter uma rede de apoio maior na saúde mental, principalmente na atenção básica.	1ª ideia central: Ampliar o acesso aos serviços. <b>(H)</b>  2ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b>	2ª ancoragem: Produção de cuidado como cuidado ampliado.
Psicol. 3: Além dessa questão do território, precisa de mais apoio. Além da prefeitura, precisa de mais parcerias com outros órgãos. Eles criam um CAPS e esperam que o paciente possa fazer tudo o que ele precisa no CAPS, mas não é assim que funciona. Um paciente psiquiátrico precisa estar inserido nos meios, então, ao invés de criar mais CAPS, mais centros, tratar a saúde mental dentro das unidades básicas. Esse é ponto, enfrenta muita resistência, ninguém quer o paciente psicótico, paciente com conduta agressiva, uma criança com tdah grave, um TOD numa UBS mobiliza muito. Criar mais CAPS ajuda? Ajuda. Resolve? Não.	1ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b>	2ª ancoragem: produção de cuidado como cuidado ampliado.
Psicol. 4: Eu acho assim, teria que ter mais um CAPS	1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação	Não apresenta ancoragens.

<p>infantil, não é? E aí, assim também tentar estruturar fora daqui lugares que possam estar atendendo crianças e não necessariamente só os CAPS. Aumentar o suporte, os investimentos, melhorar a estrutura.</p>	<p>aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b></p>	
<p>Psic. 2: Acho que recursos humanos ainda é bem limitado. A gente trabalha hoje com a equipe multiprofissional, terapia de grupo, oficinas, mas não tem condição da demanda de pacientes para a quantidade de psicólogos, não tem condição de fazer um atendimento individual, muito paciente para pouca equipe.</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Fono: Eu acho que mais investimentos. E aumentar o número de profissionais. Buscar de alguma maneira, é claro que não depende só do nosso serviço específico aqui do CAPS. Seriam várias redes envolvidas, não é? Mas alguma maneira de facilitar para essa família poder aderir também ao tratamento de forma mais frequente mesmo.</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Fortalecer o vínculo com a família. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 4: Eu acho que os recursos humanos. Deveria ter um pouquinho mais de qualidade. Eu acho que a gente deveria ter um pouquinho mais de instruções, a gente não tem palestras, divulgação do trabalho, o que é pra gente fazer, um segmento para ser feito, sabe? É só que eu acho que deveria ter um RH mesmo, deveria ser um pouco mais enriquecido assim com coisas novas. Eu acho que a gestão deveria olhar com mais cuidado em relação aos funcionários, porque às vezes vem muita demanda para se resolver.</p>	<p>1ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b></p> <p>2ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 5: Eu acho que os desafios são justamente você conseguir captar esses pacientes e introduzir um tratamento em que eles dão continuidade, que é uma coisa que a gente ainda precisa melhorar muito. É um</p>	<p>1ª ideia central: Adesão do paciente ao tratamento. <b>(G)</b></p> <p>2ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

desafio muito grande, você acolher esse paciente, orientar, dar a medicação e fazer com que ele faça uso. Que ele compreenda que ele necessita daquilo. A possibilidade de oferecer mais profissionais e uma estrutura melhor.		
Enf. 6: Eu acho que a gestão ouvir mais quem está aqui na ponta, ver mais o nosso dia a dia. Como é fácil, estar lá em cima e mandar, tem que fazer isso.	1ª ideia central: Melhorar a comunicação com a gestão. <b>(I)</b>	Não apresenta ancoragens.
T.O: Mudar a sociedade como um todo. A curto prazo, nem sei como te dizer, porque assim é uma luta mesmo. Tem que melhorar nossas políticas públicas, na verdade.	1ª ideia central: Ampliar o combate ao estigma associado à saúde mental. <b>(C)</b>  2ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf.7: Talvez um apoio maior também da parte hospitalar, não é? Da parte do hospital, não digo retornar os manicômios, mas assim, nós recebemos muitas demandas judiciais, às vezes internações compulsórias, em que o paciente precisa de um lugar fechado. Não passar toda a vida do paciente, mas um período ali, ele necessita de um lugar fechado para ter uma melhor assistência diante dessa dependência dele e o do risco de fuga também.	1ª ideia central: Ampliar às internações em ambientes fechados. <b>(J)</b>	1ª ancoragem: Os pacientes com transtornos mentais precisam ser institucionalizados.
Enf. 8: Falta muito treinamento da equipe, treinamento de tudo, oferta. Eu vim de unidade básica, então lá toda semana você treinamento de alguma coisa. Desde que eu cheguei aqui, nunca recebi, sabe? Para a gente ofertar um serviço melhor. Possibilidades têm milhões assim de melhoria, mas, fica muito restrita à parte mesmo da prefeitura, coordenação, não nós aqui, do funcionário da ponta, que a gente faz tudo o que a gente pode, um pouquinho mais além, muitas coisas	1ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b>  2ª ideia central: Melhorar a comunicação com a gestão. <b>(I)</b>	Não apresenta ancoragens.



usando até do nosso dinheiro para poder melhorar e aí falta muita coisa mais dessa outra parte, sabe?		
Psicol. 5: A gente tem que ter carro, ter uma política de saúde mental com mais alguns direitos, deveres na questão da saúde mental. Melhorar a política e a gestão. Valorizar os servidores, ter um reconhecimento de salário, ter um atendimento em rede.	1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b>  2ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b>	2ª ancoragem: Produção de cuidado como cuidado ampliado.
Psicol. 6: Eu acho que as possibilidades dos serviços são nesse sentido do território, de mais contato com o território, mais contato com a atenção básica. Não deixa de ser um desafio. Da mesma forma, é esse contato com os outros níveis da saúde. Tem um limbo que me preocupa um pouco, que é o paciente que ele não tem um transtorno, mas é um paciente que tem um sofrimento psíquico, é um paciente com uma ansiedade leve, uma depressão leve e esse paciente fica num limbo que a gente não consegue atingir porque não é a proposta.	1ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b>	2ª ancoragem: Produção de cuidado como cuidado ampliado.
Psic. 3: Então eu acho que talvez ampliar equipe é o principal. Ter duas equipes, uma do período da manhã e uma do período da tarde, isso a gente consegue ampliar em quantas horas de atendimento para o paciente, entende? Não ficar trocando tanto, sabe? A gente conseguir fazer um vínculo com esse médico, que é um médico que sempre acaba saindo, promover alguma melhoria de atendimento para que esse médico fique.	1ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
Farm.: As possibilidades são você ter mais recursos financeiros, uma infraestrutura melhor, você ter um olhar diferenciado da gestão para saúde mental.	1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
Enf. 9: Talvez um RH mais adequado, um ambiente de trabalho um pouco melhor.	1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação	2ª ancoragem: Produção de cuidado como cuidado ampliado.

<p>Melhorar as dificuldades em relação à atenção básica. Esse matriciamento, o entendimento deles, de quem é paciente deles, como eles podem ajudar. Eu acho que isso, melhorar esse trabalho na atenção primária. Talvez trabalhar nas universidades o processo de formação dos profissionais e aí entra todos os profissionais que trabalham na atenção básica.</p>	<p>aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b></p> <p>3ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b></p>	
<p>Enf. 10: Educação permanente. A educação dos servidores e mais informação para a população. E, os servidores com a população, ter paciência com a população também, porque querendo ou não, a reforma psiquiátrica é muito nova, né?</p>	<p>1ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 3: Possibilidade de melhorar a gente depende muito de coisas mais estruturais da Secretaria. Esse apoio da Secretaria. Precisa haver interesse em ampliar o serviço e melhorar uma estrutura do prédio, capacitar a equipe e aumentar o número de equipe, não é?</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p> <p>2ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 4: Acho que para melhorar os serviços, a gente precisava rever ele. Somente essa questão de recursos seria importante, né? Oferta de mais oficinas, talvez contratação de oficinheiros para poder desenvolver atividades diferenciadas. Com esses pacientes até na questão de talvez, de uma possível inserção no mercado de trabalho. Investir nisso.</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 11: Mas sendo o CAPS, assim, se fosse melhorado no sentido de números de profissionais, aumentassem, pra ter um bom suporte, seria um grande ganho para todos nós, tanto para os pacientes, quanto para a equipe, e aí a gente vê o melhor com mais rapidez, não é?</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Psicol. 7: Eu acho que a gente deveria ter uma ampliação na rede que</p>	<p>1ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

<p>oferecesse mais serviços, mais atividades e aí não só a questão de outros profissionais para compor essa multi, né? Mas eu penso que mais projetos sociais sejam de cursos de atividade física, cenários possíveis para estar inserindo. Então eu acho que uma ampliação de projetos sociais seria muito bom para essa população, para eles estarem mais atuantes na vida mesmo, mais atuantes no território deles, conhecendo possibilidades para que se tornarem mais independentes, não ficarem só no CAPS, restritos as atividades que tenham no CAPS .</p>		
<p>AS 5: Eu acho que é de disponibilizar mais transportes, que se tivessem mais transportes, dava para fazer as visitas.</p>	<p>1ª ideia central: Ampliar o acesso aos serviços. <b>(H)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 6: Eu acho que colocar profissionais realmente mais capacitados na área de saúde mental para entender realmente qual é a diferença, o que ele pode fazer na vida daquela pessoa. Então acho que essa renovação de profissionais ajudaria muito.</p>	<p>1ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>AS 7: Eu creio que seria mais agilidade, né? Para não ter tanta fila de espera, porque o sistema já começa na burocracia, quando depende da casa da saúde. Até a montagem do processo, até ele ter acesso a essa medicação, ele já passou um bom tempo sem tomar a medicação por questões até financeiras mesmo, não é?</p>	<p>1ª ideia central: Ampliar o acesso aos serviços. <b>(H)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>Enf. 12: Tratar a família dos pacientes tratados e o entorno do paciente. Nossos ganhos seriam muito mais objetivos e muito mais significativos. Eu não vejo uma interação familiar junto com o paciente. Então muitas vezes a gente trata o paciente, mas não trata a família que às vezes sofre de forma igual ou até mais por</p>	<p>1ª ideia central: Fortalecer o vínculo com a família. <b>(B)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

aguentar por, digamos, suportar o paciente não tratável.		
Enf. 13: Bom, primeiro direcionar os pacientes. Direcionar para cada CAPS específico. A gente fica meio apreensivo, não é? Principalmente dependendo das pessoas que estão aqui no serviço na hora, não é?	1ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
Med.: A médio, longo prazo, investir em profissionais mais capacitados, tipo ter especialistas mesmo, psiquiatras no CAPS, não só clínico. E também ampliar, criar, talvez algum serviço voltado para a parte da psicologia, associado ao CAPS, porque a gente tem psicólogos no caps, mas tem um número muito restrito de profissionais, né?	1ª ideia central: Capacitar os profissionais da área. <b>(E)</b> 2ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
Psicol. 8: As possibilidades eu acho que quanto mais a gente ampliar esse cuidado, compartilhar esse cuidado, melhor vai ser para a gente, para o sistema de saúde em geral, porque a gente vai poder abordar esse paciente em diversas interfaces, família, educação, trabalho. Eu acho que a gente manter acesa a mesma chama da desinstitucionalização da luta Antimanicomial, não é? Tudo isso ainda está muito enraizado, essa questão hospitalocêntrica, que o paciente tem que ser medicado. Esse é o nosso desafio, de tratar o paciente muito mais no manejo do que na medicalização. Ir justamente para a equipe multi, que são assistentes sociais, psicólogos, né? Para a gente poder mostrar que a gente pode sim tratar um paciente grave, sem tanta medicação, mais com o manejo e com todas as atividades que a gente propor, os grupos, não é?	1ª ideia central: Efetivar e ampliar o trabalho em rede. <b>(D)</b> 2ª ideia central: Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. <b>(A)</b>	2ª ancoragem: Produção de cuidado como cuidado ampliado.

Conforme observado no quadro, a questão 8 (Quais são as possibilidades e desafios para a melhoria dos serviços ofertados?) apresentou 10 categorias de

análise, no entanto, por uma questão metodológica serão abordadas apenas as categorias preponderantes. sendo elas:

**Categoria A:** Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos.

**Categoria B:** Fortalecer o vínculo com a família.

**Categoria D:** Efetivar e ampliar o trabalho em rede.

**Categoria E:** Capacitar os profissionais da área.

A seguir será apresentada a análise e a construção do DSC para cada categoria.

**Categoria A:** Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos.

EXPRESSÕES – CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Pra mim ainda tem que evoluir muito, principalmente, o tratamento. O CAPS aqui por ser referência eu vejo que é excelente, ser um serviço de porta aberta, trabalhar a socialização do paciente. Então a saúde mental tem que ser trabalhada, exposta, tanto na sociedade como nas empresas privadas. Tem que ampliar o trabalho de conscientização, trazer a sociedade pra perto, mostrar que a saúde mental não é só esquizofrenia, bipolaridade, que engloba tudo.</p> <p>Suj. 2: Eu acho que o desafio maior que a gente tem é realmente se efetivar como uma política pública, com orçamento. Esse orçamento não trabalha ações afirmativas, a valorização do servidor que está trabalhando nessa política. Um orçamento melhor que não seja só pra pagar a estrutura, água, luz, internet. Um orçamento que a gente tenha pra vir material para trabalhar com eles.</p> <p>Suj. 3: A gente vem de uma gestão, desde a anterior que é contrária à reforma. Então tem os retrocessos. Campo Grande está tentando ir na contramão, tanto que está tentando aprovar o Plano Municipal em Saúde Mental. Tem a questão dos recursos, que vem diminuindo. Por exemplo, a gente tem 10 milhões que foram destinados a hospitais psiquiátricos privados, em torno de 500 milhões para comunidades terapêuticas e 70% desses recursos para pôr nas comunidades terapêuticas Cristãs. E pra gente falta recursos, materiais pra desenvolver os grupos, as oficinas, algo que possa gerar uma renda pro paciente.</p> <p>Suj. 4: Acho que dá pra melhorar muita coisa, da política em saúde mental em prol deles. Já melhorou muito, a questão da residência terapêutica.</p>	<p><i>“A curto prazo, nem sei como te dizer, porque assim é uma luta mesmo. Tem que melhorar nossas políticas públicas, na verdade. Pra mim ainda tem que evoluir muito, principalmente, o tratamento. O CAPS aqui por ser referência eu vejo que é excelente, ser um serviço de porta aberta, que trabalha a socialização do paciente. Então a saúde mental tem que ser trabalhada, exposta, tanto na sociedade como nas empresas privadas. Tem que ampliar o trabalho de conscientização, trazer a sociedade pra perto, mostrar que a saúde mental não é só esquizofrenia, bipolaridade, que engloba tudo. Eu acho que o desafio maior que a gente tem é realmente se efetivar como uma política pública, com orçamento. Esse orçamento não trabalha ações afirmativas, a valorização do servidor que está trabalhando nessa política. Um orçamento melhor que não seja só pra pagar a estrutura, água, luz, internet. Um orçamento que a gente tenha pra vir material para trabalhar com eles. A gente vem de uma gestão, desde a anterior que é contrária à reforma. Então tem os retrocessos. Campo Grande está tentando ir na contramão, tanto que está tentando aprovar o Plano Municipal em Saúde Mental. Tem a questão dos recursos, que vem diminuindo. Por exemplo, a gente tem 10 milhões que foram destinados a hospitais psiquiátricos privados, em torno de 500 milhões para comunidades terapêuticas e 70% desses recursos para pôr nas comunidades terapêuticas Cristãs. E pra gente falta recursos, materiais pra desenvolver os grupos, as oficinas, algo que possa gerar uma renda pro paciente. Acho que dá pra melhorar muita coisa, da política em saúde mental em prol deles. Já melhorou muito a questão da residência terapêutica. Então, expectativas, esperanças a gente tem, né.</i></p>

Suj. 5: Então, expectativas, esperanças a gente tem, né. Apesar que a gente tá no cenário político no momento bem desfavorável para nossa política, mas assim todo mundo que está inserido dentro desse ramo ninguém esmoreceu, né. Tá todo mundo sustentando essa direção de trabalho. A gente aqui nesse CAPS, está com o programa de residência, então assim é o programa que mantém essa chama sempre ativa, né, do estudo, da pesquisa, de vamos tentar melhorar. Acho que ainda vai muito tempo assim até que a gente consiga de fato se firmar e ainda não sei se a gente se firma não. Eu acho que ela vai ser sempre em certa medida ameaçada. Então a gente precisa sustentar. Não só abrir os serviços, mas depois que abrir, tem o trabalho de sustentar, não dá para relaxar.

Suj.6: Ter mais investimento, capacitar melhor a equipe, sabe? Estimular a equipe com alguma produtividade. Porque está desestimulado por excesso de serviço, falta de resolutividade das coisas, falta de informação também.

Suj. 7: Aumentar o suporte, os investimentos, melhorar a estrutura.

Suj. 8: Acho que recursos humanos ainda é bem limitado. A gente trabalha hoje com a equipe multiprofissional, terapia de grupo, oficinas, mas não tem condição da demanda de pacientes para a quantidade de psicólogos, não tem condição de fazer um atendimento individual, muito paciente para pouca equipe.

Suj. 9: Eu acho que mais investimentos. E aumentar o número de profissionais.

Suj. 10: Eu acho que a gestão deveria olhar com mais cuidado em relação aos funcionários, porque às vezes vem muita demanda para se resolver.

Suj. 11: A possibilidade de oferecer mais profissionais e uma estrutura melhor.

Suj. 12: A curto prazo, nem sei como te dizer, porque assim é uma luta mesmo. Tem que melhorar nossas políticas públicas, na verdade.

Suj. 13: A gente tem que ter carro, ter uma política de saúde mental com mais alguns direitos, deveres na questão da saúde mental. Melhorar a política e a gestão. Valorizar os servidores.

Suj. 14: As possibilidades são você ter mais recursos financeiros, uma infraestrutura melhor, você ter um olhar diferenciado da gestão para saúde mental.

Suj. 15: Talvez um RH mais adequado, um ambiente de trabalho um pouco melhor.

Suj. 16: Possibilidade de melhorar a gente depende muito de coisas mais estruturais da Secretaria. Esse apoio da Secretaria. Precisa

*Apesar que a gente tá no cenário político no momento bem desfavorável para nossa política, mas assim todo mundo que está inserido dentro desse ramo ninguém esmoreceu, né. Tá todo mundo sustentando essa direção de trabalho. A gente aqui nesse CAPS, está com o programa de residência, então assim é o programa que mantém essa chama sempre ativa, né, do estudo, da pesquisa, de vamos tentar melhorar. Acho que ainda vai muito tempo assim até que a gente consiga de fato se firmar e ainda não sei se a gente se firma não. Eu acho que ela vai ser sempre em certa medida ameaçada. Então a gente precisa sustentar. Não só abrir os serviços, mas depois que abrir, tem o trabalho de sustentar, não dá para relaxar. Ter mais investimento, capacitar melhor a equipe, sabe? Estimular a equipe com alguma produtividade. Porque está desestimulado por excesso de serviço, falta de resolutividade das coisas, falta de informação também. Aumentar o suporte, os investimentos, melhorar a estrutura. Acho que recursos humanos ainda é bem limitado. A gente trabalha hoje com a equipe multiprofissional, terapia de grupo, oficinas, mas não tem condição da demanda de pacientes para a quantidade de psicólogos, não tem condição de fazer um atendimento individual, muito paciente para pouca equipe. Então, eu acho que mais investimentos. E aumentar o número de profissionais também. A possibilidade de oferecer mais profissionais e uma estrutura melhor. Eu acho que a gestão deveria olhar com mais cuidado em relação aos funcionários, porque às vezes vem muita demanda para se resolver. A gente tem que ter carro, ter uma política de saúde mental com mais alguns direitos, deveres na questão da saúde mental. Melhorar a política e a gestão. Valorizar os servidores. As possibilidades são você ter mais recursos financeiros, uma infraestrutura melhor, você ter um olhar diferenciado da gestão para saúde mental. Talvez um RH mais adequado, um ambiente de trabalho um pouco melhor. Possibilidade de melhorar a gente depende muito de coisas mais estruturais da Secretaria. Esse apoio da Secretaria. Precisa haver interesse em ampliar o serviço e melhorar uma estrutura do prédio. Então, eu acho que para melhorar os serviços, a gente precisava rever ele. Somente essa questão de recursos seria importante, né? Oferta de mais oficinas, talvez contratação de oficinairos para poder desenvolver atividades diferenciadas. Com esses pacientes até na questão de talvez, de uma possível inserção no mercado de trabalho. Investir nisso. Mas sendo o CAPS, assim, se fosse melhorado no sentido de números de profissionais,*

<p>haver interesse em ampliar o serviço e melhorar uma estrutura do prédio.</p> <p>Suj. 17: Acho que para melhorar os serviços, a gente precisava rever ele. Somente essa questão de recursos seria importante, né? Oferta de mais oficinas, talvez contratação de oficinairos para poder desenvolver atividades diferenciadas. Com esses pacientes até na questão de talvez, de uma possível inserção no mercado de trabalho. Investir nisso.</p> <p>Suj. 18: Mas sendo o CAPS, assim, se fosse melhorado no sentido de números de profissionais, aumentassem, pra ter um bom suporte, seria um grande ganho para todos nós, tanto para os pacientes, quanto para a equipe, e aí a gente vê o melhor com mais rapidez, não é?</p> <p>Suj. 19: Eu acho que a gente manter acesa a mesma chama da desinstitucionalização da luta Antimanicomial, não é? Tudo isso ainda está muito enraizado, essa questão hospitalocêntrica, que o paciente tem que ser medicado. Esse é o nosso desafio, de tratar o paciente muito mais no manejo do que na medicalização. Ir justamente para a equipe multi, que são assistentes sociais, psicólogos, né? Para a gente poder mostrar que a gente pode sim tratar um paciente grave, sem tanta medicação, mais com o manejo e com todas as atividades que a gente propor, os grupos, não é?</p>	<p><i>aumentassem, pra ter um bom suporte, seria um grande ganho para todos nós, tanto para os pacientes, quanto para a equipe, e aí a gente vê o melhor com mais rapidez, não é? E, principalmente, manter acesa a mesma chama da desinstitucionalização da luta Antimanicomial, não é? Tudo isso ainda está muito enraizado, essa questão hospitalocêntrica, que o paciente tem que ser medicado. Esse é o nosso desafio, de tratar o paciente muito mais no manejo do que na medicalização. Ir justamente para a equipe multi, que são assistentes sociais, psicólogos, né? Para a gente poder mostrar que a gente pode sim tratar um paciente grave, sem tanta medicação, mais com o manejo e com todas as atividades que a gente propor, os grupos, não é?"</i></p>
---	--

### **Categoria B: Fortalecer o vínculo com a família.**

<b>EXPRESSÕES – CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Precisa trabalhar a família como eu falei. As pessoas carregam a ideia de que é louco e que não vai ter mais cura.</p> <p>Suj. 2: A conscientização da sociedade, da família, que não quer se envolver, ter o manejo. Porque às vezes é muito mais fácil jogar a responsabilidade só para o serviço, para a política, para gestão. E aí eles não querem e isso para gente acaba dificultando porque a gente acaba ficando com uma lista imensa de pacientes sem um apoio, sem vínculo nenhum da família e a gente tem que encaixar em uma residência terapêutica.</p> <p>Suj. 3: Mas alguma maneira de facilitar para essa família poder aderir também ao tratamento de forma mais frequente mesmo.</p> <p>Suj. 4: Tratar a família dos pacientes tratados e o entorno do paciente. Nossos ganhos seriam muito mais objetivos e muito mais significativos. Eu não vejo uma interação familiar junto com o paciente. Então muitas vezes a gente trata o paciente, mas não trata a família que às vezes sofre de forma igual ou</p>	<p><i>“A conscientização da sociedade, da família, que não quer se envolver, ter o manejo. Porque às vezes é muito mais fácil jogar a responsabilidade só para o serviço, para a política, para gestão. E aí eles não querem e isso para gente acaba dificultando porque a gente acaba ficando com uma lista imensa de pacientes sem um apoio, sem vínculo nenhum da família e a gente tem que encaixar em uma residência terapêutica. Precisa trabalhar a família como eu falei. As pessoas carregam a ideia de que é louco e que não vai ter mais cura. Então, achar alguma maneira de facilitar para essa família poder aderir também ao tratamento de forma mais frequente mesmo. E, também tratar a família dos pacientes tratados e o entorno do paciente. Nossos ganhos seriam muito mais objetivos e muito mais significativos. Eu não vejo uma interação familiar junto com o paciente. Então muitas vezes a gente trata o paciente, mas não trata a família que às vezes sofre de forma igual ou até mais por aguentar por, digamos, suportar o paciente não tratável.”</i></p>

até mais por aguentar por, digamos, suportar o paciente não tratável.

### **Categoria D: Efetivar e ampliar o trabalho em rede.**

<b>EXPRESSÕES – CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Eu acredito que a gente precisa ter também outras estruturas que atendam eles lá no seu território, né. Eu acho que o Centro de Referência da Assistência Social seriam um caminho, mas para isso a gente precisa ter um orçamento efetivo.</p> <p>Suj. 2: Em relação as possibilidades são sempre quando a gente consegue inserir o maior número de serviços dentro da rede de atenção psicossocial, quando a gente consegue essa integração mesmo com a atenção básica, com a assistência social, isso acaba que potencializa bastante o atendimento ao usuário.</p> <p>Suj. 3: Além dessa questão do território, precisa de mais apoio. Além da prefeitura, precisa de mais parcerias com outros órgãos. Eles criam um CAPS e esperam que o paciente possa fazer tudo o que ele precisa no CAPS, mas não é assim que funciona. Um paciente psiquiátrico precisa estar inserido nos meios, então, ao invés de criar mais CAPS, mais centros, tratar a saúde mental dentro das unidades básicas. Esse é ponto, enfrenta muita resistência, ninguém quer o paciente psicótico, paciente com conduta agressiva, uma criança com tdah grave, um TOD numa UBS mobiliza muito. Criar mais CAPS ajuda? Ajuda. Resolve? Não.</p> <p>Suj. 4: E aí, assim também tentar estruturar fora daqui lugares que possam estar atendendo crianças e não necessariamente só os CAPS.</p> <p>Suj. 5: Ter um atendimento em rede.</p> <p>Suj. 6: Eu acho que as possibilidades dos serviços são nesse sentido do território, de mais contato com o território, mais contato com a atenção básica. Não deixa de ser um desafio. Da mesma forma, é esse contato com os outros níveis da saúde. Tem um limbo que me preocupa um pouco, que é o paciente que ele não tem um transtorno, mas é um paciente que tem um sofrimento psíquico, é um paciente com uma ansiedade leve, uma depressão leve e esse paciente fica num limbo que a gente não consegue atingir porque não é a proposta.</p> <p>Suj. 7: Então eu acho que talvez ampliar equipe é o principal. Ter duas equipes, uma do período da manhã e uma do período da tarde, isso a gente consegue ampliar em quantas horas de atendimento para o paciente, entende? Não ficar trocando tanto, sabe? A</p>	<p><i>“Em relação as possibilidades são sempre quando a gente consegue inserir o maior número de serviços dentro da rede de atenção psicossocial, quando a gente consegue essa integração mesmo com a atenção básica, com a assistência social. E, ampliar a equipe. Ter duas equipes, uma do período da manhã e uma do período da tarde, isso a gente consegue ampliar em quantas horas de atendimento para o paciente, entende? Não ficar trocando tanto, sabe? A gente conseguir fazer um vínculo com esse médico, que é um médico que sempre acaba saindo, promover alguma melhoria de atendimento para que esse médico fique. Eu acho que as possibilidades dos serviços são nesse sentido do território também, de mais contato com o território, mais contato com a atenção básica. Não deixa de ser um desafio. Da mesma forma, é esse contato com os outros níveis da saúde. Tem um limbo que me preocupa um pouco, que é o paciente que ele não tem um transtorno, mas é um paciente que tem um sofrimento psíquico, é um paciente com uma ansiedade leve, uma depressão leve e esse paciente fica num limbo que a gente não consegue atingir porque não é a proposta. E aí, assim, também tentar estruturar fora daqui lugares que possam estar atendendo crianças e não necessariamente só os CAPS. Ter um atendimento em rede. Então precisa melhorar as dificuldades em relação à atenção básica. Esse matriciamento, o entendimento deles, de quem é paciente deles, como eles podem ajudar. Eu acho que isso, melhorar esse trabalho na atenção primária. E eu acho que a gente deveria ter uma ampliação na rede que oferecesse mais serviços, mais atividades e aí não só a questão de outros profissionais para compor essa multi, né? Mas eu penso que mais projetos sociais sejam de cursos de atividade física, cenários possíveis para estar inserindo. Então eu acho que uma ampliação de projetos sociais seria muito bom para essa população, para eles estarem mais atuantes na vida mesmo, mais atuantes no território deles, conhecendo possibilidades para que se tornarem mais independentes, não ficarem só no CAPS, restritos as atividades que tenham no CAPS . As possibilidades eu acho que quanto mais a gente ampliar esse cuidado, compartilhar esse cuidado, melhor vai ser para a gente, para o sistema de saúde em geral,</i></p>



<p>gente conseguir fazer um vínculo com esse médico, que é um médico que sempre acaba saindo, promover alguma melhoria de atendimento para que esse médico fique.</p> <p>Suj. 8: Melhorar as dificuldades em relação à atenção básica. Esse matriciamento, o entendimento deles, de quem é paciente deles, como eles podem ajudar. Eu acho que isso, melhorar esse trabalho na atenção primária.</p> <p>Suj. 9: Eu acho que a gente deveria ter uma ampliação na rede que oferecesse mais serviços, mais atividades e aí não só a questão de outros profissionais para compor essa multi, né? Mas eu penso que mais projetos sociais sejam de cursos de atividade física, cenários possíveis para estar inserindo. Então eu acho que uma ampliação de projetos sociais seria muito bom para essa população, para eles estarem mais atuantes na vida mesmo, mais atuantes no território deles, conhecendo possibilidades para que se tornarem mais independentes, não ficarem só no CAPS, restritos as atividades que tenham no CAPS .</p> <p>Suj. 10: Bom, primeiro direcionar os pacientes. Direcionar para cada CAPS específico.</p> <p>Suj. 11: E também ampliar, criar, talvez algum serviço voltado para a parte da psicologia, associado ao CAPS.</p> <p>Suj. 12: As possibilidades eu acho que quanto mais a gente ampliar esse cuidado, compartilhar esse cuidado, melhor vai ser para a gente, para o sistema de saúde em geral, porque a gente vai poder abordar esse paciente em diversas interfaces, família, educação, trabalho.</p>	<p><i>porque a gente vai poder abordar esse paciente em diversas interfaces, família, educação, trabalho e que já potencializa bastante o atendimento ao usuário. Além dessa questão do território, precisa de mais apoio. Além da prefeitura, precisa de mais parcerias com outros órgãos. Eles criam um CAPS e esperam que o paciente possa fazer tudo o que ele precisa no CAPS, mas não é assim que funciona. Um paciente psiquiátrico precisa estar inserido nos meios, então, ao invés de criar mais CAPS, mais centros, tratar a saúde mental dentro das unidades básicas. Esse é ponto, enfrenta muita resistência, ninguém quer o paciente psicótico, paciente com conduta agressiva, uma criança com tdah grave, um TOD numa UBS, mobiliza muito. Criar mais CAPS ajuda? Ajuda. Resolve? Não. Eu acredito que a gente precisa ter também outras estruturas que atendam eles lá no seu território, né. Eu acho que o Centro de Referência da Assistência Social seriam um caminho, mas para isso a gente precisa ter um orçamento efetivo.”</i></p>
---	--

### **Categoria E: Capacitar os profissionais da área.**

<b>EXPRESSÕES – CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Uma outra dificuldade é a formação psiquiátrica que ainda é muito voltada pra esse modelo biomédico e se desconsidera a questão social, a questão cultural, a questão histórica, né. Aí você pega a antropologia, a sociologia que vem com toda uma bagagem, mas não chega na formação. E aí a pessoa não entende porque uma pessoa com dificuldades econômicas está adoecida.</p> <p>Suj. 2: Eu vejo que os colegas buscam constantemente estar em formação, em comunicação com outras áreas, buscam se atualizar e isso naturalmente vai trazer um resultado melhor para os pacientes.</p> <p>Suj. 3: Eu acho que a gente deveria ter um pouquinho mais de instruções, a gente não tem palestras, divulgação do trabalho, o que é</p>	<p><i>“Eu acho que a gente deveria ter um pouquinho mais de instruções, a gente não tem palestras, divulgação do trabalho, o que é pra gente fazer, um segmento para ser feito, sabe? Falta muito treinamento da equipe, treinamento de tudo, oferta. Eu vim de unidade básica, então lá toda semana você treinamento de alguma coisa. Desde que eu cheguei aqui, nunca recebi, sabe? Para a gente ofertar um serviço melhor. Então, a médio, longo prazo, investir em profissionais mais capacitados, tipo ter especialistas mesmo, psiquiatras no CAPS, não só clínico. Talvez trabalhar nas universidades o processo de formação dos profissionais e aí entra todos os profissionais que trabalham na atenção básica. Capacitar a equipe. Fazer a Educação Permanente. A educação dos servidores e</i></p>

<p>pra gente fazer, um segmento para ser feito, sabe?</p> <p>Suj. 4: Falta muito treinamento da equipe, treinamento de tudo, oferta. Eu vim de unidade básica, então lá toda semana você treinamento de alguma coisa. Desde que eu cheguei aqui, nunca recebi, sabe? Para a gente ofertar um serviço melhor.</p> <p>Suj. 5: Talvez trabalhar nas universidades o processo de formação dos profissionais e aí entra todos os profissionais que trabalham na atenção básica.</p> <p>Suj. 6: Educação permanente. A educação dos servidores e mais informação para a população. E, os servidores com a população, ter paciência com a população também, porque querendo ou não, a reforma psiquiátrica é muito nova, né? capacitar a equipe.</p> <p>Suj. 7: Eu acho que colocar profissionais realmente mais capacitados na área de saúde mental para entender realmente qual é a diferença, o que ele pode fazer na vida daquela pessoa. Então acho que essa renovação de profissionais ajudaria muito.</p> <p>Suj. 8: A médio, longo prazo, investir em profissionais mais capacitados, tipo ter especialistas mesmo, psiquiatras no CAPS, não só clínico.</p>	<p><i>mais informação para a população. E, os servidores com a população, ter paciência com a população também, porque querendo ou não, a reforma psiquiátrica é muito nova, né? Então, eu acho que colocar profissionais realmente mais capacitados na área de saúde mental para entender realmente qual é a diferença, o que ele pode fazer na vida daquela pessoa. Então acho que essa renovação de profissionais ajudaria muito. Eu vejo os colegas que buscam constantemente estar em formação, em comunicação com outras áreas, buscam se atualizar e isso naturalmente vai trazer um resultado melhor para os pacientes. Uma outra dificuldade é a formação psiquiátrica que ainda é muito voltada pra esse modelo biomédico e se desconsidera a questão social, a questão cultural, a questão histórica, né. Aí você pega a antropologia, a sociologia que vem com toda uma bagagem, mas não chega na formação. E aí a pessoa não entende porque uma pessoa com dificuldades econômicas está adoecida.”</i></p>
---	---

A análise da questão 8 (Quais são as possibilidades e desafios para a melhoria dos serviços ofertados?) possibilitou a formulação de 10 categorias, nas quais 4 foram analisadas por terem sido mais recorrentes e por também estarem associadas aos outros aspectos citados. Dentre essas categorias foram mencionadas percepções relacionadas a:

- a- Efetivar as políticas públicas em relação aos serviços substitutivos;
- b- Fortalecer o vínculo com a família;
- c- Efetivar e ampliar o trabalho em rede;
- d- Capacitar os profissionais da área;

Ressalta-se que o item que apareceu com mais frequência na fala dos profissionais foi a necessidade de efetivação das políticas públicas em relação aos serviços substitutivos. Já na questão 7 foi recorrente a queixa da falta de recursos e orçamento para o desenvolvimento do trabalho e, mais uma vez, reafirmada nessa pergunta como um impasse para melhoria dos serviços.

Como já evidenciado em tópico específico da revisão de literatura há um desmonte na saúde mental ocorrendo desde o final de 2015 que denota incongruências no modo psicossocial – serviços abertos e de base comunitária – que avançavam de forma consistente até então. Entre algumas medidas adotadas, as Novas Portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde instituem unidades que permitem a internação infanto-juvenil e incluem os hospitais psiquiátricos na RAPS, reduzindo os recursos da atenção básica e dos serviços substitutivos. Parte do DSC da categoria A deflagra essa situação:

*“A gente vem de uma gestão, desde a anterior que é contrária à reforma. Então tem os retrocessos. Campo Grande está tentando ir na contramão, tanto que está tentando aprovar o Plano Municipal em Saúde Mental. Tem a questão dos recursos, que vem diminuindo. Por exemplo, a gente tem 10 milhões que foram destinados a hospitais psiquiátricos privados, em torno de 500 milhões para comunidades terapêuticas e 70% desses recursos para pôr nas comunidades terapêuticas cristãs. E pra gente falta recursos, materiais pra desenvolver os grupos, as oficinas, algo que possa gerar uma renda pro paciente.”*

As contradições do passado, que impediram a efetivação de uma política de saúde mental, precisam ser debatidas a fim de evitar os retrocessos ou a repetição de equívocos. Nesse sentido, a promoção e a proteção da saúde mental devem ocupar o cerne da discussão na mesma proporção que já ocupa na sociedade. Não é por acaso que a escuta dos profissionais de saúde se faz imprescindível, uma vez que foi nesse mesmo contexto de insatisfação frente as condições de horror e violência nos cenários asilares que fundamentou o movimento da Reforma Psiquiátrica. A indignação dos trabalhadores de saúde mental foi a força motriz para denunciar os dispositivos de segregação da loucura. De acordo com Pitta (2011):

Política se faz com ira, amor e... dinheiro. Ira para indignar-se por alguma situação negligenciada ou aviltada; amor ético e universal para abraçar a causa que se pretende intervir e encontrar a estratégia mais sublime e adequada de intervir, e, dinheiro, para dar consequência às prescrições e desejos de enfrentamento do problema identificado. (Pitta, 2011, p. 4587).

Ou seja, são necessários recursos para efetivar os serviços da forma como foram idealizados. A falta de investimentos impede os avanços e a consolidação das estratégias. Deste modo, não é suficiente apenas a criação de leis, normativas e portarias. É preciso corroborar os projetos na forma de orçamento e vontade política para direcionar os recursos para os serviços supracitados (Yasui, 2016).

Não obstante, é notório a indissociabilidade da relação entre a produção de cuidado na RAPS e a gestão política, haja vista que a primeira é sempre atravessada

pelas decisões da segunda. Além disso, a Reforma Psiquiátrica não deve ser reduzida apenas a uma alteração institucional e na constituição dos serviços. O modo psicossocial de cuidado implica na mudança de paradigmas, de balizar a saúde pela ética do respeito à diversidade e de se constituir enquanto promoção de autonomia e liberdade. Caminhamos à sombra de tempos sombrios e conservadores. Yasui (2016, p. 23) adverte que: “Neste mundo contemporâneo parece normal conviver com estes atentados contra a dignidade e a vida humana. A vida banalizou-se.” Mais do que isso, se enraizou nas violências instituídas nos serviços: nas faltas estruturais, nas relações de trabalho adoecidas, no sucateamento e por vezes na práxis profissional.

É válido lembrar que a construção da rede foi marcada por esse movimento de avanços, retrocessos e enfrentamentos e, que sobrevive, sobretudo por conta da força coletiva dos atores envolvidos e que amparam a manutenção do modo psicossocial. Sobre isso, dois trechos do DSC se fazem necessários:

*“Então, expectativas, esperanças a gente tem, né. Apesar que a gente tá no cenário político no momento bem desfavorável para nossa política, mas assim todo mundo que está inserido dentro desse ramo ninguém esmoreceu, né. Tá todo mundo sustentando essa direção de trabalho. A gente aqui nesse CAPS, está com o programa de residência, então assim é o programa que mantém essa chama sempre ativa, né, do estudo, da pesquisa, de vamos tentar melhorar. Acho que ainda vai muito tempo assim até que a gente consiga de fato se firmar e ainda não sei se a gente se firma não. Eu acho que ela vai ser sempre em certa medida ameaçada. Então a gente precisa sustentar. Não só abrir os serviços, mas depois que abrir, tem o trabalho de sustentar, não dá para relaxar.(...) E, principalmente, manter acesa a mesma chama da desinstitucionalização da luta Antimanicomial, não é? Tudo isso ainda está muito enraizado, essa questão hospitalocêntrica, que o paciente tem que ser medicado. Esse é o nosso desafio, de tratar o paciente muito mais no manejo do que na medicalização. Ir justamente para a equipe multi, que são assistentes sociais, psicólogos, né? Para a gente poder mostrar que a gente pode sim tratar um paciente grave, sem tanta medicação, mais com o manejo e com todas as atividades que a gente propor, os grupos, não é?”*

Apesar das instituições ainda carregarem o viés do tradicionalismo, sustentados por uma sociedade conservadora e de uma formação reducionista e moralizante, é por meio da resistência que se transforma a realidade. Por meio dos impasses que se deve reorganizar as relações de trabalho e as estratégias. É a potência do trabalho coletivo que escreve e reescreve a história.

Outro aspecto levantado pelos profissionais diz respeito a necessidade de fortalecimento de vínculo com a família. Isso porque as famílias têm apresentado dificuldades no acolhimento às pessoas com transtornos mentais, provocando uma lacuna na produção de cuidado e na proposta almejada. Há um empenho dos serviços e profissionais em reverter a lógica asilar, mas, isso só é possível a partir do cuidado em rede, compartilhado. Também é sabido que o vínculo familiar apresenta

contradições, podendo ser tanto causa do sofrimento psíquico como força para melhora.

De acordo com Petry (2005), desde a Luta Antimanicomial há um esforço no sentido de ofertar ao indivíduo um suporte em rede e a necessidade do comprometimento da família para minimizar as intercorrências cotidianas. Os próprios serviços oferecem estratégias para ampliar essa aproximação através das visitas domiciliares e de confraternizações dentro e fora das unidades. Considera-se que as relações estabelecidas nos serviços entre os atores envolvidos significam um suporte afetivo importante para os indivíduos adoecidos e no processo de tratamento.

O suporte mencionado ocorre também por meio do matriciamento com as ESFs, ou seja, na aliança com a Atenção Básica que promove o cuidado no território em que o sujeito está, na tentativa de fortalecer o vínculo com a comunidade e envolver a família nesse processo. Logo, pode-se perceber, que as dificuldades e os desafios se interligam e se conectam, uma vez que a articulação entre as diferentes esferas do cuidado se dá de forma incipiente e isolada, principalmente, quando mobiliza a rede intersetorial. Nessa díade entre família e sujeito, é preciso contemplar também o cuidador e as demandas que lhe exigem acolher o familiar em sofrimento. É válido considerar que a inserção em seu meio de referência traz para o paciente contribuições significativas, desenvolvem os aspectos sociais, afetivos, entre outros aspectos psicossociais basilares para o acompanhamento.

Deste modo, os serviços podem atuar no sentido de minimizar os conflitos e fortalecer os laços, estabelecendo formas de comunicação, de aproximação e de prevenção das crises. Nesse sentido, Galeazzi *et al.* (2004) alertam para outra categoria apontada referente a necessidade de capacitação dos profissionais, ou seja, no desenvolvimento dos recursos humanos que atuam no cuidado ao usuário e às famílias. Ressalta-se que uma das formas de potencializar essas ações refere-se a ampliação da educação permanente. De acordo com Ceccim (2005), a educação permanente, é um instrumento pedagógico que ganhou força nas políticas públicas na área da saúde, como recurso de aprendizagem eficaz na medida em que aborda problemáticas cotidianas enfrentadas pelos profissionais e discute meios de resolutividade. Vale lembrar que há um Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica desde 2002, mas que ainda é inconsistente e ineficaz. Segundo Ceccim (2005) a Educação Permanente pode

representar uma estratégia de capacitação quando traz sentido de conteúdos, ferramentas e soluções para a transformação das práticas cotidianas. O autor também destaca a diferença entre formação profissional, definida pela educação formal e o desenvolvimento profissional, que se refere à educação durante a vivência do trabalho.

Por fim, a última categoria analisada e também predominante nos discursos diz respeito à efetivação e ampliação do trabalho em rede. Vale lembrar que a RAPS foi instituída em 2011 com a finalidade de articular os pontos de atenção à saúde mental em seus diferentes níveis de complexidade. Mais do que isso, a RAPS foi alicerçada com foco na desmitificação dos transtornos mentais, no atendimento humanizado e compartilhado no território, dando ênfase a inclusão e reinserção e no desenvolvimento da autonomia do sujeito. No entanto, são notórias as inconsistências na articulação dos serviços, reforçando um trabalho fragmentado, burocrático e que não se comunica. Reitera-se que a efetivação do cuidado só é possível com a assistência em todos os níveis de complexidade, na integração dos serviços e na abordagem humanizada e integral. A ampliação da rede reflete na ampliação do acesso, na qualidade dos serviços ofertados e retira do CAPS o componente centralizador do cuidado em saúde mental como evidenciado no trecho abaixo:

*“E aí, assim, também tentar estruturar fora daqui lugares que possam estar atendendo crianças e não necessariamente só os CAPS. Ter um atendimento em rede. Então precisa melhorar as dificuldades em relação à atenção básica. Esse matriciamento, o entendimento deles, de quem é paciente deles, como eles podem ajudar. Eu acho que isso, melhorar esse trabalho na atenção primária. E eu acho que a gente deveria ter uma ampliação na rede que oferecesse mais serviços, mais atividades e aí não só a questão de outros profissionais para compor essa multi, né? Mas eu penso que mais projetos sociais sejam de cursos de atividade física, cenários possíveis para estar inserindo. Então eu acho que uma ampliação de projetos sociais seria muito bom para essa população, para eles estarem mais atuantes na vida mesmo, mais atuantes no território deles, conhecendo possibilidades para que se tornarem mais independentes, não ficarem só no CAPS, restritos as atividades que tenham no CAPS. As possibilidades eu acho que quanto mais a gente ampliar esse cuidado, compartilhar esse cuidado, melhor vai ser para a gente, para o sistema de saúde em geral, porque a gente vai poder abordar esse paciente em diversas interfaces, família, educação, trabalho e que já potencializa bastante o atendimento ao usuário.”*

Portanto, denota-se que as categorias construídas tanto na questão 7 quanto na questão 8 se confundem e se conectam demonstrando que os obstáculos para as melhorias dos serviços são compartilhados pela grande maioria dos profissionais entrevistados e escancara necessidades urgentes, principalmente, no que concerne a integração do trabalho em rede e na resistência ao desmonte do modo psicossocial.

### 5.3 Análise dos dados dos usuários

Neste tópico serão apresentados os quadros com as questões abordadas nas entrevistas e a subsequente construção das categorias de análise e do DSC dos usuários. Reitera-se que a fala dos indivíduos entrevistados serão referenciadas por meio da sigla da palavra usuário conforme apresentado na lista de abreviações no início do trabalho.

#### Quadro 11 – Primeira questão abordada (Usuários)

<b>Questão 1: Na sua percepção, como você enxerga a sua doença? Ela lhe traz prejuízos?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: Olha, o que eu sinto é muita solidão em casa, isso é muito chato. Eu já tive várias crises de crises de depressão. E, outra vez, eu acabei chorando. Teve um ano aí que eu tive uma depressão atrás da outra, agora estou melhor.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.2: É uma bagunça que eu sinto, é depressão. Tem horas que vem aquela angústia e eu penso em me suicidar.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: Eu não estou doente, venho pela moradia. Estou aqui há 5 meses.	1ª ideia central: Não se percebe como doente. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: Eu perco tempo porque quando eu fico em crise, eu fico até 2 meses em crise e aí é uma perda de tempo, não é? porque eu fico sem noção do tempo, eu faço as coisas inconsciente, meio inconsciente, porque alguma coisa eu lembro. E eu estou tremendo, até difícil depois do médico avaliar os remédios que eu devo tomar. Eu moro sozinha, minha família ajuda com dinheiro. Eles preferem dar o dinheiro do que estar perto. Antes eu me sentia sozinha.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.5: A gente tem que vir no CAPS, precisa tomar remédio. E eu venho no CAPS fazer atividade e eu tomo remédio para nervoso, as vezes, para poder controlar a minha raiva.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

US. 6: Meu problema é que eu escuto vozes. E eu venho para o CAPS porque aqui é um lugar que eu me sinto seguro. Mas é ruim por causa disso, ter que ficar internado.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 7: A minha doença eu enxergo através dos médicos, das outras pessoas que eu tenho um problema, de ansiedade e eu tenho um problema que eu tiro a roupa. Eu boto fogo nas coisas, eu fico violenta, fico agressiva, então é por isso que eu tenho que tomar os medicamentos. A doença me traz prejuízos sim.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 8: Prejuízo só antigamente, passava muito mal, não é? Tinha problemas assim, não queria tomar a medicação. Mas depois que eu fui para a igreja, é como se tivesse nascido uma vida nova, sabe?	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b> 2ª ideia central: A doença não traz prejuízos. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 9: Eu tenho que sair com alguém, antes era tudo eu, tudo eu e agora eu tenho que sair com alguém, eu me sinto muito amarrada, presa, tipo, eu fazia minhas coisas, agora eu tenho que tá saindo com a minha neta ou com meu marido, sabe? Agora eu não posso sair sozinha, minhas pernas estão machucadas, é que me dá ataque, lá em casa mesmo no quintal e machuca tudo, né? Passei a vida tomando medicamento e eu nunca me vi sem tomar.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 10: Ela me deixa inquieta, desassossegada, temerosa mediante a percepção que eu tenho das coisas. A minha imaginação é tão fértil que me faz mal, trabalha contra mim. Ela trabalha contra mim quando estou com vozes.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 11: Essa doença me trouxe convulsão. E foi muito difícil para tratar. Foi muito difícil, aí eu fui crescendo, fui crescendo, a doença foi se agravando mais ainda.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 12: Um pouco, parei de trabalhar, estou tomando	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.



remédios, estou morando na RT agora.		
US. 13: Olha, a doença desde que você tenha uma rotina saudável você consegue viver equilibradamente com a doença. Você tem que ter uma rotina saudável. Remédio? Tem que tomar. Uma igreja é importante para o paciente, porque às vezes a igreja é perto e o posto é longe, não é? É importante ter uma igreja, a igreja funciona como uma rede de apoio, não é? Eu queria fazer faculdade e tinha uma enfermeira que me incentivava	1ª ideia central: A doença não traz prejuízos. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 14: Eu acredito que não, a doutora disse que várias pessoas conseguem conviver com o transtorno bipolar, até mesmo trabalhar.	1ª ideia central: A doença não traz prejuízos. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 15: Já trouxe, não no momento. Eu estou de boa hoje. Mas já perdi tudo, já perdi família, perdi emprego, documento, estou sem poder tirar documentos porque eu não passo no exame toxicológico.	1ª ideia central: A doença não traz prejuízos. <b>(C)</b> 2ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 16: Eu uso drogas há 42 anos, mas, vou te falar, eu nunca vendi nada meu, nunca me deu esse tipo de problema. O meu problema é espiritual e traz pra gente, você sabe mesmo, né, muita confusão.	1ª ideia central: A doença não traz prejuízos. <b>(C)</b> 2ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: Transtornos mentais associados à questões espirituais.
US.17: Sim, a minha dependência química do álcool tem me trazido muito prejuízo já há vários anos. E agora chegou no limite que eu não consigo mais ter controle com as coisas, tanto financeiramente, com a vida amorosa, com o trabalho. Então são prejuízos que no fim se tornam um prejuízo irreparável. Se você não consegue ter uma recuperação rápida, você perde trabalho, nenhuma mulher que se preze vai querer ficar com uma pessoa que bebe quase todo dia. Fora os problemas de saúde.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

US. 18: Me traz muito, me trouxe muito prejuízo para mim, para minha família, para minha filha, até do meu trabalho, por causa da dependência da droga. Eu tenho um vício em cocaína. E me levou a isso, não é? E eu não tive mais força de sair.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Qualquer vício te traz prejuízo, ainda mais eu que sou alcoólatra desde os 17 anos, depois passei para maconha. Me traz abandono, perdi minhas mulheres.	1ª ideia central: A doença traz prejuízos. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

O questionamento número 1 (Na sua percepção, como você enxerga a sua doença? Ela lhe traz prejuízos?) apresentou três categorias de análise. sendo elas:

**Categoria A:** A doença traz prejuízos.

**Categoria B:** Não se percebe como doente.

**Categoria C:** A doença não traz prejuízos.

A seguir será apresentada a construção do DSC para cada categoria e, posteriormente, a análise dos resultados encontrados.

**Categoria A:** A doença traz prejuízos.

EXPRESSÕES – CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Olha, o que eu sinto é muita solidão em casa, isso é muito chato. Eu já tive várias crises de crises de depressão. E, outra vez, eu acabei chorando. Teve um ano aí que eu tive uma depressão atrás da outra, agora estou melhor.</p> <p>Suj. 2: É uma bagunça que eu sinto, é depressão. Tem horas que vem aquela angústia e eu penso em me suicidar.</p> <p>Suj. 3: Eu perco tempo porque quando eu fico em crise, eu fico até 2 meses em crise e aí é uma perda de tempo, não é? porque eu fico sem noção do tempo, eu faço as coisas inconsciente, meio inconsciente, porque alguma coisa eu lembro. E eu estou tremendo, até difícil depois do médico avaliar os remédios que eu devo tomar. Eu moro sozinha, minha família ajuda com dinheiro. Eles preferem dar o dinheiro do que estar perto. Antes eu me sentia sozinha.</p> <p>Suj. 4: A gente tem que vir no CAPS, precisa tomar remédio. E eu venho no CAPS fazer atividade e eu tomo remédio para nervoso, as vozes, para poder controlar a minha raiva.</p> <p>Suj. 5: Meu problema é que eu escuto vozes. E eu venho para o CAPS porque aqui é um</p>	<p><i>“Ela me deixa inquieta, desassossegada, temerosa mediante a percepção que eu tenho das coisas. A minha imaginação é tão fértil que me faz mal, trabalha contra mim. Ela trabalha contra mim quando estou com vozes. E é uma bagunça o que eu sinto, é depressão também. Tem horas que vem aquela angústia e eu penso em me suicidar. Eu perco tempo porque quando eu fico em crise, eu fico até 2 meses em crise e aí é uma perda de tempo, não é? porque eu fico sem noção do tempo, eu faço as coisas inconsciente, meio inconsciente, porque alguma coisa eu lembro. E eu estou tremendo, até difícil depois do médico avaliar os remédios que eu devo tomar. Eu moro sozinha, minha família ajuda com dinheiro. Eles preferem dar o dinheiro do que estar perto. Antes eu me sentia sozinha. Olha, o que eu sinto é muita solidão em casa, isso é muito chato. Eu já tive várias crises de crises de depressão. E, outra vez, eu acabei chorando. Teve um ano aí que eu tive uma depressão atrás da outra, agora estou melhor. A gente tem que vir no CAPS, precisa tomar remédio. E eu venho no CAPS fazer atividade e eu tomo remédio para nervoso, as vozes, para poder</i></p>

lugar que eu me sinto seguro. Mas é ruim por causa disso, ter que ficar internado.

Suj. 6: A minha doença eu enxergo através dos médicos, das outras pessoas que eu tenho um problema, de ansiedade e eu tenho um problema que eu tiro a roupa. Eu boto fogo nas coisas, eu fico violenta, fico agressiva, então é por isso que eu tenho que tomar os medicamentos. A doença me traz prejuízos sim.

Suj. 7: Tinha problemas assim, não queria tomar a medicação.

Suj. 8: Eu tenho que sair com alguém, antes era tudo eu, tudo eu e agora eu tenho que sair com alguém, eu me sinto muito amarrada, presa, tipo, eu fazia minhas coisas, agora eu tenho que tá saindo com a minha neta ou com meu marido, sabe? Agora eu não posso sair sozinha, minhas pernas estão machucadas, é que me dá ataque, lá em casa mesmo no quintal e machuca tudo, né? Passei a vida tomando medicamento e eu nunca me vi sem tomar.

Suj. 9: Ela me deixa inquieta, desassossegada, temerosa mediante a percepção que eu tenho das coisas. A minha imaginação é tão fértil que me faz mal, trabalha contra mim. Ela trabalha contra mim quando estou com vozes.

Suj. 10: Essa doença me trouxe convulsão. E foi muito difícil para tratar. Foi muito difícil, aí eu fui crescendo, fui crescendo, a doença foi se agravando mais ainda.

Suj. 11: Um pouco, parei de trabalhar, estou tomando remédios, estou morando na RT agora.

Suj. 12: Mas já perdi tudo, já perdi família, perdi emprego, documento, estou sem poder tirar documentos porque que eu não passo no exame toxicológico.

Suj. 13: O meu problema é espiritual e traz pra gente, você sabe mesmo, né, muita confusão.

Suj. 14: Sim, a minha dependência química do álcool tem me trazido muito prejuízo já há vários anos. E agora chegou no limite que eu não consigo mais ter controle com as coisas, tanto financeiramente, com a vida amorosa, com o trabalho. Então são prejuízos que no fim se tornam um prejuízo irreparável. Se você não consegue ter uma recuperação rápida, você perde trabalho, nenhuma mulher que se preze vai querer ficar com uma pessoa que bebe quase todo dia. Fora os problemas de saúde.

Suj. 15: Me traz muito, me trouxe muito prejuízo para mim, para minha família, para minha filha, até do meu trabalho, por causa da dependência da droga. Eu tenho um vício em cocaína. E me levou a isso, não é? E eu não tive mais força de sair.

*controlar a minha raiva. E, meu problema é que eu escuto vozes. E eu venho para o CAPS porque aqui é um lugar que eu me sinto seguro. Mas é ruim por causa disso, ter que ficar internado. Mas, eu tinha problemas assim, não queria tomar a medicação. E a minha doença eu enxergo através dos médicos, das outras pessoas que eu tenho um problema, de ansiedade e eu tenho um problema que eu tiro a roupa. Eu boto fogo nas coisas, eu fico violenta, fico agressiva, então é por isso que eu tenho que tomar os medicamentos. A doença me traz prejuízos sim. E eu tenho que sair com alguém, antes era tudo eu, tudo eu e agora eu tenho que sair com alguém, eu me sinto muito amarrada, presa, tipo, eu fazia minhas coisas, agora eu tenho que tá saindo com a minha neta ou com meu marido, sabe? Agora eu não posso sair sozinha, minhas pernas estão machucadas, é que me dá ataque, lá em casa mesmo no quintal e machuca tudo, né? Passei a vida tomando medicamento e eu nunca me vi sem tomar. Mas já perdi tudo, já perdi família, perdi emprego, documento, estou sem poder tirar documentos porque que eu não passo no exame toxicológico. Essa doença me trouxe convulsão. E foi muito difícil para tratar. Foi muito difícil, aí eu fui crescendo, fui crescendo, a doença foi se agravando mais ainda. Parei de trabalhar, estou tomando remédios, estou morando na RT agora. O meu problema é espiritual também e traz pra gente, você sabe mesmo, né, muita confusão. A minha dependência química do álcool tem me trazido muito prejuízo já há vários anos. E agora chegou no limite que eu não consigo mais ter controle com as coisas, tanto financeiramente, com a vida amorosa, com o trabalho. Então são prejuízos que no fim se tornam um prejuízo irreparável. Se você não consegue ter uma recuperação rápida, você perde trabalho, nenhuma mulher que se preze vai querer ficar com uma pessoa que bebe quase todo dia. Fora os problemas de saúde. Então, trouxe muito prejuízo para mim, para minha família, para minha filha, até do meu trabalho, por causa da dependência da droga. Eu tenho um vício em cocaína. E me levou a isso, não é? E eu não tive mais força de sair. Qualquer vício te traz prejuízo, ainda mais eu que sou alcoolatra desde os 17 anos, depois passei para maconha. Me traz abandono, perdi minhas mulheres.”*

Suj. 16: Qualquer vício te traz prejuízo, ainda mais eu que sou alcoolatra desde os 17 anos, depois passei para maconha. Me traz abandono, perdi minhas mulheres.

### **Categoria C: A doença não traz prejuízos.**

<b>EXPRESSÕES – CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Prejuízo só antigamente, passava muito mal, não é? Mas depois que eu fui para a igreja, é como se tivesse nascido uma vida nova, sabe?</p> <p>Suj. 2: Olha, a doença desde que você tenha uma rotina saudável você consegue viver equilibradamente com a doença. Você tem que ter uma rotina saudável. Remédio? Tem que tomar. Uma igreja é importante para o paciente, porque às vezes a igreja é perto e o posto é longe, não é? É importante ter uma igreja, a igreja funciona como uma rede de apoio, não é? Eu queria fazer faculdade e tinha uma enfermeira que me incentivava</p> <p>Suj. 3: Eu acredito que não, a doutora disse que várias pessoas conseguem conviver com o transtorno bipolar, até mesmo trabalhar.</p> <p>Suj. 4: Já trouxe, não no momento. Eu estou de boa hoje.</p> <p>Suj. 5: Eu uso drogas há 42 anos, mas, vou te falar, eu nunca vendi nada meu, nunca me deu esse tipo de problema.</p>	<p><i>“Já trouxe, não no momento. Eu estou de boa hoje. Eu uso drogas há 42 anos, mas, vou te falar, eu nunca vendi nada meu, nunca me deu esse tipo de problema. Olha, a doença desde que você tenha uma rotina saudável você consegue viver equilibradamente com a doença. Você tem que ter uma rotina saudável. Remédio? Tem que tomar. Uma igreja é importante para o paciente, porque às vezes a igreja é perto e o posto é longe, não é? É importante ter uma igreja, a igreja funciona como uma rede de apoio, não é? Eu queria fazer faculdade e tinha uma enfermeira que me incentivava. Prejuízo só antigamente, passava muito mal, não é? Mas depois que eu fui para a igreja, é como se tivesse nascido uma vida nova, sabe? E a doutora disse que várias pessoas conseguem conviver com o transtorno bipolar, até mesmo trabalhar.”</i></p>

De acordo com os resultados levantados a grande parcela dos usuários entrevistados apresenta a percepção de que a doença traz prejuízos e isso se manifesta de diversas formas. Os pacientes psicóticos relatam sintomas que trazem inquietação, desassossego, ideação suicida, agressividade, entre outros fatores, como expresso nos trechos do DSC a seguir:

*“Ela me deixa inquieta, desassossegada, temerosa mediante a percepção que eu tenho das coisas. A minha imaginação é tão fértil que me faz mal, trabalha contra mim. Ela trabalha contra mim quando estou com vozes... E eu venho no CAPS fazer atividade e eu tomo remédio para nervoso, as vozes, para poder controlar a minha raiva. E, meu problema é que eu escuto vozes. E eu venho para o CAPS porque aqui é um lugar que eu me sinto seguro. Mas é ruim por causa disso, ter que ficar internado. Mas, eu tinha problemas assim, não queria tomar a medicação. E a minha doença eu enxergo através dos médicos, das outras pessoas que eu tenho um problema, de ansiedade e eu tenho um problema que eu tiro a roupa. Eu boto fogo nas coisas, eu fico violenta, fico agressiva, então é por isso que eu tenho que tomar os medicamentos.”*

Os pacientes depressivos também relatam as sucessivas crises, o sentimento de solidão e isolamento despertados, além da perda de tempo que as crises demandam:

*“E é uma bagunça o que eu sinto, é depressão também. Tem horas que vem aquela angústia e eu penso em me suicidar. Eu perco tempo porque quando eu fico em crise, eu fico até 2 meses em crise e aí é uma perda de tempo, não é? Eu moro sozinha, minha família ajuda com dinheiro. Eles preferem dar o dinheiro do que estar perto. Antes eu me sentia sozinha. Olha, o que eu sinto é muita solidão em*

*casa, isso é muito chato. Eu já tive várias crises de crises de depressão. E, outra vez, eu acabei chorando. Teve um ano aí que eu tive uma depressão atrás da outra, agora estou melhor.”*

Além dos prejuízos provocados pelos transtornos mentais também há as perdas oriundas da dependência química. Há casos em que os dois fatores estão associados, a presença de um transtorno psíquico e a dependência química que representam agravantes para o sofrimento psíquico. Nesses casos, os pacientes alertam para a perda de controle que a adicção traz, afetando todas as esferas de vida:

*“A minha dependência química do álcool tem me trazido muito prejuízo já há vários anos. E agora chegou no limite que eu não consigo mais ter controle com as coisas, tanto financeiramente, com a vida amorosa, com o trabalho. Então são prejuízos que no fim se tornam um prejuízo irreparável. Se você não consegue ter uma recuperação rápida, você perde trabalho, nenhuma mulher que se preze vai querer ficar com uma pessoa que bebe quase todo dia. Fora os problemas de saúde. Então, trouxe muito prejuízo para mim, para minha família, para minha filha, até do meu trabalho, por causa da dependência da droga. Eu tenho um vício em cocaína. E me levou a isso, não é? E eu não tive mais força de sair. Qualquer vício te traz prejuízo.”*

De forma geral, os usuários foram quase unânimes em apontar a importância dos serviços para o controle dos sintomas e para o suporte que os quadros em suas diferentes manifestações suscitam. Os usuários expressaram sentimento de segurança em relação à equipe do CAPS. Além disto, reconhecem os serviços como espaços de continência afetiva e motivação, por contemplarem conhecimentos e possibilidades do cuidado em saúde. Logo, tanto a convivência como a experiência de compartilhar com outras pessoas vivências e sentimentos semelhantes, reverberam nos usuários o acolhimento muitas vezes negado em outros espaços e a oportunidade de ressignificação de suas experiências de vida, o contato com a alteridade e a troca proporcionada a partir das adversidades do pós-adoecimento.

Levando em consideração essas informações, torna-se também imperativo o fortalecimento da rede de apoio tanto por meio da família como da comunidade, ampliando a conscientização e esclarecimentos dos cuidados em saúde mental a fim de compartilhar as responsabilidades por esse cuidado. Vale lembrar que o CAPS é um serviço aberto e de base comunitária, ou seja, voltado para uma lógica social e territorial, o que sugere ir além do espaço geográfico e abarcar as especificidades de cada um. Portanto, depreende-se que o cuidado integral só poderá ser pensando a partir do fortalecimento entre todas as pessoas envolvidas na atenção ao indivíduo com transtorno mental.

Esta atuação no território considera o envolvimento da realidade trazida pelo usuário, construindo um cuidado que contemple os impasses cotidianos desse sujeito. Ou seja, a abordagem é pautada no acolhimento, no vínculo e na corresponsabilização do cuidado. Esses fatores são primordiais para que se desenvolvam vínculos afetivos, de confiança, respeito e compartilhamento de saberes entre os atores envolvidos. É um trabalho conjunto que envolve o comprometimento da família com o tratamento e acompanha o usuário até sua unidade de referência. Pode-se dizer que a eficácia dessa abordagem tem relação com a percepção que o usuário tem do serviço e do tratamento recebido naquele contexto. Desde seu acolhimento, sua inclusão nas atividades e as relações intersubjetivas estabelecidas (Araújo; Tanaka, 2012).

Tanto essa dinâmica como o fortalecimento de vínculo entre os atores envolvidos refletem na adesão do usuário aos serviços e contribuem para o desenvolvimento da autonomia desses sujeitos. Essa ideia pode ser expressa no DSC na categoria daqueles que percebem que seu quadro não traz prejuízos a partir do acompanhamento regular do transtorno:

*“Olha, a doença desde que você tenha uma rotina saudável você consegue viver equilibradamente com a doença. Você tem que ter uma rotina saudável. Remédio? Tem que tomar. Uma igreja é importante para o paciente, porque às vezes a igreja é perto e o posto é longe, não é? É importante ter uma igreja, a igreja funciona como uma rede de apoio, não é? Eu queria fazer faculdade e tinha uma enfermeira que me incentivava. Prejuízo só antigamente, passava muito mal, não é? Mas depois que eu fui para a igreja, é como se tivesse nascido uma vida nova, sabe? E a doutora disse que várias pessoas conseguem conviver com o transtorno bipolar, até mesmo trabalhar.”*

Outro ponto que merece destaque refere-se ao sujeito da categoria B que relata não estar doente, mas frequentar o serviço por conta da necessidade de moradia uma vez que não apresenta suporte familiar ou social. Essa realidade foi evidenciada no relato de alguns profissionais que afirmaram que por vezes os serviços servem como ‘depósito’ de pessoas, especialmente, quando a família não quer se comprometer ou quando o paciente apresenta vínculos rompidos e a permanência nas unidades se torna prolongada. Nesses casos, os usuários permanecem aguardando vaga para o SRT (Serviço Residencial Terapêutico). O SRTs são casas localizadas no espaço urbano estabelecidas para contemplar as demandas de moradia dos sujeitos com transtornos mentais graves, institucionalizados ou não (Brasil, 2004).

**Quadro 12 – Segunda questão abordada (Usuários)**

<b>Questão 2: Como você avalia os serviços e os atendimentos?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: Os serviços daqui são muito bons, viu? Os profissionais são altamente competentes, são muito bons.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.2: De modo geral eu não posso falar nada aqui, me atendem muito bem.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: O serviço é bom.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: Eu gosto de todo mundo. Cada um tem a sua profissão e todos desenvolvem bem, começando pelo médico. Pra mim está bom porque eu me ocupo naquela atividade e elas desenvolvem muito bem e eu gosto do jeito que elas tratam todo mundo, não tem preferência de ninguém.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.5: Eu estou gostando daqui. Eu posso fazer minhas atividades. Eu pego o lápis de cor, vou pintar. Eu só sei pintar, eu não sei fazer outras coisas.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 6: Eu gosto muito daqui, do tratamento. Tratam a gente muito bem.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 7: Aqui é maravilhoso, os atendimentos, não tenho que reclamar não.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 8: Nossa nota 10, a equipe é super dedicada no que faz, não é? Não tenho do que reclamar do pessoal, o pessoal é simpático, trabalham com vontade, assim em ajudar as pessoas, não é?	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 9: Muito bem, amei, gostei muito.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 10: Eu acho ótimo. Eu sou muito bem atendida em todos os sentidos.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 11: De uma forma geral é um bom atendimento, eu gosto. Tem atividade, bastante coisa para fazer, entendeu? Bastante coisa, pintura, escrever, desenhar.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

US. 12: Depende, era pra estar lotado aqui, tem um monte de pessoas precisando vir aqui e não vem por causa da pandemia.	1ª ideia central: a pandemia diminuiu o acesso aos serviços. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 13: São muito bons. Eu gosto do atendimento.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 14: Aqui no CAPS está sendo muito bom. Toda equipe está me tratando muito bem.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 15: No caso pra mim é ótimo. Eles me ajudam em tudo, até porque estou desempregado, eu não tenho dinheiro. Eu não tenho rendimento nenhum, meu rendimento é só esses 100 reais por mês do governo.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 16: É ótimo.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.17: Eu estou muito feliz com o tratamento que eu estou recebendo aqui no CAPS. Para mim aqui é nota 10, pessoal me trata bem, eu procuro ser uma pessoa educada com todo mundo, da mesma forma que eles também são comigo. Eles estão prontos para te entender a todo minuto que você necessitar.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 18: É muito bom, as pessoas são muito delicadas, estimulam a gente a restaurar nossa vida lá fora.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Aqui é 10, bem legal, não tenho reclamação daqui, só que eu estou com saudade da minha casa.	1ª ideia central: os serviços são bons. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

A questão número 2 (Como você avalia os serviços e os atendimentos?) apresentou duas categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** Os serviços são bons.

**Categoria B:** A pandemia diminuiu o acesso aos serviços.

A seguir será apresentada a construção do DSC para categoria A. Ressalta-se que a categoria B não será incluída na construção do DSC por só incluir um sujeito.

**Categoria A:** Os serviços são bons.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Os serviços daqui são muito bons, viu? Os profissionais são altamente competentes, são muito bons.	<i>“É ótimo. Aqui no CAPS está sendo muito bom. Toda equipe está me tratando muito bem. No caso pra mim é ótimo. Eles me ajudam em</i>



<p>Suj. 2: De modo geral eu não posso falar nada aqui, me atendem muito bem.</p> <p>Suj. 3: O serviço é bom.</p> <p>Suj. 4: Eu gosto de todo mundo. Cada um tem a sua profissão e todos desenvolvem bem, começando pelo médico. Pra mim está bom porque eu me ocupo naquela atividade e elas desenvolvem muito bem e eu gosto do jeito que elas tratam todo mundo, não tem preferência de ninguém.</p> <p>Suj. 5: Eu estou gostando daqui. Eu posso fazer minhas atividades. Eu pego o lápis de cor, vou pintar. Eu só sei pintar, eu não sei fazer outras coisas.</p> <p>Suj. 6: Eu gosto muito daqui, do tratamento. Tratam a gente muito bem.</p> <p>Suj. 7: Aqui é maravilhoso, os atendimentos, não tenho que reclamar não.</p> <p>Suj. 8: Nossa nota 10, a equipe é super dedicada no que faz, não é? Não tenho do que reclamar do pessoal, o pessoal é simpático, trabalham com vontade, assim em ajudar as pessoas, não é?</p> <p>Suj. 9: Muito bem, amei, gostei muito.</p> <p>Suj. 10: Eu acho ótimo. Eu sou muito bem atendida em todos os sentidos.</p> <p>Suj. 11: De uma forma geral é um bom atendimento, eu gosto. Tem atividade, bastante coisa para fazer, entendeu? Bastante coisa, pintura, escrever, desenhar.</p> <p>Suj. 12: São muito bons. Eu gosto do atendimento.</p> <p>Suj. 13: Aqui no CAPS está sendo muito bom. Toda equipe está me tratando muito bem.</p> <p>Suj. 14: No caso pra mim é ótimo. Eles me ajudam em tudo, até porque estou desempregado, eu não tenho dinheiro. Eu não tenho rendimento nenhum, meu rendimento é só esses 100 reais por mês do governo.</p> <p>Suj. 15: É ótimo.</p> <p>Suj. 16: Eu estou muito feliz com o tratamento que eu estou recebendo aqui no CAPS. Para mim aqui é nota 10, pessoal me trata bem, eu procuro ser uma pessoa educada com todo mundo, da mesma forma que eles também são comigo. Eles estão prontos para te entender a todo minuto que você necessitar.</p> <p>Suj. 17: É muito bom, as pessoas são muito delicadas, estimulam a gente a restaurar nossa vida lá fora.</p> <p>Suj. 18: Aqui é 10, bem legal, não tenho reclamação daqui, só que eu estou com saudade da minha casa.</p>	<p><i>tudo, até porque estou desempregado, eu não tenho dinheiro. Eu não tenho rendimento nenhum, meu rendimento é só esses 100 reais por mês do governo. E eu estou muito feliz com o tratamento que eu estou recebendo aqui no CAPS. Para mim aqui é nota 10, pessoal me trata bem, eu procuro ser uma pessoa educada com todo mundo, da mesma forma que eles também são comigo. Eles estão prontos para te atender a todo minuto que você necessitar. É muito bom, as pessoas são muito delicadas, estimulam a gente a restaurar nossa vida lá fora. Então, o serviço é bom. Os serviços daqui são muito bons, viu? Os profissionais são altamente competentes, são muito bons. Eu gosto de todo mundo. Cada um tem a sua profissão e todos desenvolvem bem, começando pelo médico. Pra mim está bom porque eu me ocupo naquela atividade e elas desenvolvem muito bem e eu gosto do jeito que elas tratam todo mundo, não tem preferência de ninguém. E eu estou gostando daqui. Eu posso fazer minhas atividades. Eu pego o lápis de cor, vou pintar. Eu só sei pintar, eu não sei fazer outras coisas. Eu acho ótimo. Eu sou muito bem atendida em todos os sentidos. De uma forma geral é um bom atendimento, eu gosto. Tem atividade, bastante coisa para fazer, entendeu? Bastante coisa, pintura, escrever, desenhar. De modo geral eu não posso falar nada aqui, me atendem muito bem, eu amei, gostei muito. Aqui é maravilhoso, os atendimentos, não tenho que reclamar não. A equipe é super dedicada no que faz. Não tenho do que reclamar do pessoal, o pessoal é simpático, trabalham com vontade, assim em ajudar as pessoas. Eu gosto muito daqui, do tratamento. Tratam a gente muito bem. São muito bons. Eu gosto do atendimento. Não tenho reclamação daqui, só que eu estou com saudade da minha casa.”</i></p>
---	---

De modo geral, com exceção de um usuário que pontuou que era para os serviços estarem lotados, mas que a pandemia diminuiu o acesso sem especificar uma opinião positiva ou negativa, todos os outros foram unânimes em relatar

satisfação com o tratamento, acolhimento, suporte recebido pela equipe e atividades desenvolvidas.

Reitera-se que na saúde mental, a escuta, o acolhimento e o vínculo representam ferramentas fundamentais para as intervenções. Como já mencionado na questão 1, são aspectos imprescindíveis para o cuidado no território uma vez que ampliam a adesão ao tratamento, estabelecendo um laço terapêutico que permite a escuta das necessidades de saúde do usuário a partir de uma conduta acolhedora e empática. Nesse sentido, a palavra acolher pode ser definida como a forma de receber ou ser recebido, abrigo, hospitalidade, saber ouvir, dar crédito, admitir, aceitar. Ou seja, a qualidade do acolhimento reflete e promove a formação de vínculo, por meio da escuta solidária e do comprometimento com o percurso do usuário no serviço (Maynard *et al.*, 2014).

Dessa forma, a partir dos resultados encontrados pode-se considerar que apesar de todos os entraves enfrentados cotidianamente pelos serviços, a percepção dos usuários é positiva e denota comprometimento dos profissionais e do trabalho desenvolvido. Pela ótica desses indivíduos impera o acolhimento, o cuidado e um espaço seguro:

*“Aqui é maravilhoso, os atendimentos, não tenho que reclamar não. A equipe é super dedicada no que faz. Não tenho do que reclamar do pessoal, o pessoal é simpático, trabalham com vontade, assim em ajudar as pessoas. Eu gosto muito daqui, do tratamento. Tratam a gente muito bem. São muito bons. Eu gosto do atendimento.”*

### Quadro 13 – Terceira questão abordada (Usuários)

<b>Questão 3: Como os serviços te ajudam?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: Só a presença dos profissionais aqui e dos colegas já me ajudou muito, porque eu sou um ser social. Eu detesto ficar sozinho.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.2: Eles passam remédio. Eu passo pelo médico e ele passa remédio e eu bebo e vou melhorando.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: Ajudando na minha saúde, eu tomo os remédios aqui.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: A desenvolver a mente. Ajuda a assimilar de maneira clara como se tivesse colocando o abecedário, de maneira normal, porque quando a gente começa, quando sai da crise, a cabeça da gente está confusa.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.

US.5: Me ajuda a ficar mais calma. Eu venho aqui e eu fico aliviada. Acalma meu nervoso.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b> 2ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 6: Tomando a medicação certinha. Tem toda uma equipe que ajuda, se está com dor de cabeça, vai lá e dão gotinha. Se tiver ruim, dão injeção.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 7: Quando eu preciso falar com alguém, as pessoas me ouvem, me escutam. Ontem eu queria ir embora, eles conversaram comigo, me acalmaram.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 8: O apoio que eles dão.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 9: A Dra. é uma graça, é uma simpatia, é uma pessoa assim que tem paciência, conversa muito bem.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 10: Nossa, me ajudam muito. Eu sou bem querida no meio, eu sou bem acolhida, eu faço terapia ocupacional, eu faço psicólogo, o psicólogo me ajuda, conversa comigo. Eu tenho horário com eles.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 11: Me ajuda assim, conversando, me ensinando a desenhar, pintar. Conversando no grupo de doidice, tagarelice.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b> 2ª ideia central: os serviços ajudam com as oficinas. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 12: Ajudam a me controlar, a vencer a voz, 'elas ficam me dizendo, porque você não se mata? Agora, eu falo: se mata você', o remédio me ajuda.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 13: O serviço me ajuda com a terapia, com o trabalho, a preencher a mente.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b> 2ª ideia central: os serviços ajudam com as oficinas. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 14: De toda forma porque a gente mexe com tinta, jóias, jogos de xadrez. As meninas da faculdade também vêm aqui, aí acabam me distraíndo, conversando, elas fizeram a trança no meu cabelo.	1ª ideia central: os serviços ajudam com as oficinas. <b>(C)</b> 2ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

US. 15: Eu venho aqui, fico o dia todo na palestra, tem alimentação, consultas, já me dá um suporte muito bom.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b> 2ª ideia central: os serviços ajudam com as oficinas. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 16: Poder falar para obter uma compreensão.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.17: Tem ajudado bastante. Eu tenho me sentido feliz aqui. Estou me sentindo bem, estou me sentindo acolhido, estou me sentindo cuidado. Então eu procuro retribuir também o mesmo carinho que recebi.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 18: Me ajudam a tomar a medicação, tem um psicólogo que conversa com a gente, pergunta o que a gente está sentindo, o que a gente está passando naquele momento. Às vezes a gente está numa aflição, ansioso ou com vontade de usar a droga e melhora.	1ª ideia central: os serviços ajudam com o tratamento. <b>(B)</b> 2ª ideia central: os serviços ajudam com o acolhimento. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Ajuda para quem está precisando. Eu, desde quando cheguei aqui, eu queria ir embora. Então, estou preocupado com os negócios de ir embora e não aproveitei tanto.	1ª ideia central: os serviços não ajudaram. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.

A questão 3 (Como os serviços te ajudam?) possibilitou a construção de quatro categorias, sendo elas:

**Categoria A:** Os serviços ajudam com o acolhimento.

**Categoria B:** Os serviços ajudam com o tratamento.

**Categoria C:** Os serviços ajudam com as oficinas.

**Categoria D:** Os serviços não ajudaram.

A seguir será apresentada a construção do DSC para cada uma delas. Ressalta-se que a categoria D não será incluída na construção do DSC por só incluir um sujeito.

**Categoria A:** Os serviços ajudam com o acolhimento.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Só a presença dos profissionais aqui e dos colegas já me ajudou muito, porque eu sou um ser social. Eu detesto ficar sozinho. Suj. 2: Me ajuda a ficar mais calma. Acalma meu nervoso.	<i>“Nossa, me ajudam muito. Eu sou bem querida no meio, eu sou bem acolhida, eu faço terapia ocupacional, eu faço psicólogo, o psicólogo me ajuda, conversa comigo. A Dra. é uma graça, é uma simpatia, é uma pessoa assim que tem paciência, conversa muito bem. Eu</i>

<p>Suj. 3: Quando eu preciso falar com alguém, as pessoas me ouvem, me escutam. Ontem eu queria ir embora, eles conversaram comigo, me acalmaram.</p> <p>Suj. 4: O apoio que eles dão.</p> <p>Suj. 5: A Dra. é uma graça, é uma simpatia, é uma pessoa assim que tem paciência, conversa muito bem.</p> <p>Suj. 6: Nossa, me ajudam muito. Eu sou bem querida no meio, eu sou bem acolhida, eu faço terapia ocupacional, eu faço psicólogo, o psicólogo me ajuda, conversa comigo. Eu tenho horário com eles.</p> <p>Suj. 7: Me ajuda assim, conversando, me ensinando a desenhar, pintar. Conversando no grupo de doidice, tagarelice.</p> <p>Suj. 8: As meninas da faculdade também vêm aqui, aí acabam me distraíndo, conversando, elas fizeram a trança no meu cabelo.</p> <p>Suj. 9: Poder falar para obter uma compreensão.</p> <p>Suj. 10: Tem ajudado bastante. Eu tenho me sentido feliz aqui. Estou me sentindo bem, estou me sentindo acolhido, estou me sentindo cuidado. Então eu procuro retribuir também o mesmo carinho que recebi.</p> <p>Suj. 11: Tem um psicólogo que conversa com a gente, pergunta o que a gente está sentindo, o que a gente está passando naquele momento. Às vezes a gente está numa aflição, ansioso ou com vontade de usar a droga e melhora.</p>	<p><i>tenho horário com eles. Só a presença dos profissionais aqui e dos colegas já me ajudou muito, porque eu sou um ser social. Eu detesto ficar sozinho. E me ajuda a ficar mais calma. Acalma meu nervoso. Quando eu preciso falar com alguém, as pessoas me ouvem, me escutam. Ontem eu queria ir embora, eles conversaram comigo, me acalmaram. Só o apoio que eles dão. Me ajuda assim, conversando, me ensinando a desenhar, pintar. Conversando no grupo de doidice, tagarelice. As meninas da faculdade também vêm aqui, aí acabam me distraíndo, conversando, elas fizeram a trança no meu cabelo. Tem ajudado bastante. Eu tenho me sentido feliz aqui. Estou me sentindo bem, estou me sentindo acolhido, estou me sentindo cuidado. Então eu procuro retribuir também o mesmo carinho que recebi. Tem um psicólogo que conversa com a gente, pergunta o que a gente está sentindo, o que a gente está passando naquele momento. Às vezes a gente está numa aflição, ansioso ou com vontade de usar a droga e melhora. Só de poder falar para obter uma compreensão.”</i></p>
---	--

### **Categoria B: Os serviços ajudam com o tratamento.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Eles passam remédio. Eu passo pelo médico e ele passa remédio e eu bebo e vou melhorando.</p> <p>Suj. 2: Ajudando na minha saúde, eu tomo os remédios aqui.</p> <p>Suj. 3: A desenvolver a mente. Ajuda a assimilar de maneira clara como se tivesse colocando o abecedário, de maneira normal, porque quando a gente começa, quando sai da crise, a cabeça da gente está confusa.</p> <p>Suj. 4: Eu venho aqui e eu fico aliviada.</p> <p>Suj. 5: Tomando a medicação certinha. Tem toda uma equipe que ajuda, se está com dor de cabeça, vai lá e dão gotinha. Se tiver ruim, dão injeção.</p> <p>Suj. 6: Ajudam a me controlar, a vencer a voz, ‘elas ficam me dizendo, porque você não se mata? Agora, eu falo: se mata você’, o remédio me ajuda.</p> <p>Suj. 7: O serviço me ajuda com a terapia.</p> <p>Suj. 8: As consultas, já me dá um suporte muito bom.</p> <p>Suj. 9: Me ajudam a tomar a medicação.</p>	<p><i>“O serviço me ajuda com a terapia e as consultas, já me dão um suporte muito bom. Eu venho aqui e eu fico aliviada. Eles passam remédio. Eu passo pelo médico e ele passa remédio e eu bebo e vou melhorando e vai ajudando na minha saúde. E ajuda a desenvolver a mente. Ajuda a assimilar de maneira clara como se tivesse colocando o abecedário, de maneira normal, porque quando a gente começa, quando sai da crise, a cabeça da gente está confusa. E, ajuda tomando a medicação certinha. Tem toda uma equipe que ajuda, se está com dor de cabeça, vai lá e dão gotinha. Se tiver ruim, dão injeção. Me ajudam a tomar a medicação. Ajudam a me controlar, a vencer a voz, ‘elas ficam me dizendo, porque você não se mata? Agora, eu falo: se mata você’, o remédio me ajuda.”</i></p>

**Categoria C: Os serviços ajudam com as oficinas.**

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Me ensinando a desenhar, pintar. Suj. 2: Com o trabalho, a preencher a mente. Suj. 3: De toda forma porque a gente mexe com tinta, jóias, jogos de xadrez. Suj. 4: Eu venho aqui, fico o dia todo na palestra.	<i>“Com o trabalho, a preencher a mente, me ensinando a desenhar, pintar. De toda forma porque a gente mexe com tinta, jóias, jogos de xadrez. Eu venho aqui, fico o dia todo na palestra.”</i>

A partir das categorias levantadas, pode-se dizer que os usuários expressaram sentimentos positivos em relação aos atendimentos ofertados e ao acolhimento. Além disso, observa-se que as questões se complementam. A avaliação dos serviços levantada na questão dois também foi satisfatória e complementada pela questão três que inclui de forma mais específica os aspectos positivos percebidos pelos usuários. Dentre os aspectos mais preponderantes estão o acolhimento demonstrado pela equipe, o tratamento ofertado, que indica uma forma de suporte e acompanhamento dos sintomas e, por fim, a participação nas oficinas que demarca um meio de interação social, expressão de criatividade e controle da ansiedade.

Vale destacar que durante as visitas e as entrevistas as oficinas terapêuticas representaram ponto comum de satisfação e um recurso bem aceito entre os pacientes, na medida em que ampliam os aspectos supracitados, valorizam as aptidões individuais e o desenvolvimento de atividades manuais e cognitivas. A escuta ativa tanto nesses momentos de troca com outros usuários como nos grupos também representam um recurso importante na elaboração das fantasias, medos, emoções e, conseqüentemente, na ressignificação do sofrimento psíquico. Ou seja, de forma geral, tanto os serviços como a equipe contribuem para o bem-estar e acolhimento dos usuários. A seguir será demonstrado fragmentos do DSC das três categorias que evidenciam os resultados discutidos:

*“Nossa, me ajudam muito. Eu sou bem querida no meio, eu sou bem acolhida, eu faço terapia ocupacional, eu faço psicólogo, o psicólogo me ajuda, conversa comigo. A Dra. é uma graça, é uma simpatia, é uma pessoa assim que tem paciência, conversa muito bem. Eu tenho horário com eles. Só a presença dos profissionais aqui e dos colegas já me ajudou muito, porque eu sou um ser social. Eu detesto ficar sozinho. E me ajuda a ficar mais calma. Acalma meu nervoso. Quando eu preciso falar com alguém, as pessoas me ouvem, me escutam.”*

*“O serviço me ajuda com a terapia e as consultas, já me dão um suporte muito bom. Eu venho aqui e eu fico aliviada. Eles passam remédio. Eu passo pelo médico e ele passa remédio e eu bebo e vou melhorando e vai ajudando na minha saúde. E ajuda a desenvolver a mente. Ajuda a assimilar de maneira clara como se tivesse colocando o abecedário, de maneira normal, porque quando a gente começa, quando sai da crise, a cabeça da gente está confusa. E, ajuda tomando a medicação certinha.”*

*“Com o trabalho, a preencher a mente, me ensinando a desenhar, pintar. De toda forma porque a gente mexe com tinta, jóias, jogos de xadrez. Eu venho aqui, fico o dia todo na palestra.”*

**Quadro 14 – Quarta questão abordada (Usuários)**

<b>Questão 4: Descreva como é a sua rotina na unidade? Que atividades você realiza?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: Eu faço crochê, eu faço tricô de dedo e eu faço cachecol no tear de madeira e pregos.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.2: Quando eu chego aqui eu faço pintura para distrair um pouco.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: A gente faz pintura, faz caminhada.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>  2ª ideia central: Realiza atividades físicas. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: A terapia ocupacional, são diversas atividades.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.5: Assisto tv.	1ª ideia central: Realiza atividades com recursos audiovisuais. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 6: Ficar no WhatsApp, no celular.	1ª ideia central: Realiza atividades com recursos audiovisuais. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 7: É a mesma, dormir, tomar remédio. Eu faço atividade física.	1ª ideia central: Não realiza atividades de forma direta. <b>(D)</b> 2ª ideia central: Realiza atividades físicas. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 8: Tem terapia e é interessante porque tira a gente daquela situação pesada, não é? Eu gostava das caminhadas. Teve caminhada perto do shopping Campo Grande, naquele parque grande e é bom que tira um pouco a gente daquele lugar que é pesado, não é? Traz uma coisa nova. Tinha a parte de animação também, mas eu não sou muito disso.	1ª ideia central: participa dos atendimentos. <b>(E)</b>  2ª ideia central: Realiza atividades físicas. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 9: Eu só venho para as consultas, gosto do atendimento da dra., ela é bem atenciosa.	1ª ideia central: Participa dos atendimentos. <b>(E)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 10: Terapia ocupacional, eu gosto muito. Eu aprendi muita coisa, faço fuxico.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 11: Eu gosto de pintar, da oficina de pintura na quarta-feira. Tem jogos também.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 12: Eu gosto de cantar, gosto de um monte de coisa.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

Eu pinto, converso, também gosto muito da comida aqui.		
US. 13: Eu gosto de escrever, fazer os relatos do que eu estou passando. Tenho meu caderninho aqui no CAPS, tipo um diário onde eu faço os meus relatos.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 14: Acordo cedo, faço café da manhã aí depois almoço, café da tarde e janta. E aí a gente se prepara, normal, e aí nesse meio tempo, tem as oficinas, pode andar em volta.	1ª ideia central: Não realiza atividades de forma direta. <b>(D)</b> 2ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 15: Eu venho quase todos os dias, cada dia tem uma palestra, com assistência social, psicólogo, o professor de educação física dá física para nós.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Realiza atividades físicas. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 16: Eu converso, fico com o pessoal ali.	1ª ideia central: Os serviços promovem interação social. <b>(F)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.17: Eu gosto de participar das reuniões que tem, as reuniões de manhã cedo, eu gosto de participar delas porque eu acho que são criativas.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 18: Acordo, arrumo minha cama. De vez em quando vou ali com o pessoal conversar. Porque são coisas assim que eu ocupam o tempo da gente. E isso ajuda a diminuir a depressão. E vai querendo readquirir um desejo de vida e um objetivo de vida.	1ª ideia central: Não realiza atividades de forma direta. <b>(D)</b> 2ª ideia central: Os serviços promovem interação social. <b>(F)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Participo dos grupos, das oficinas de vez em quando. Fico conversando com a turma lá embaixo.	1ª ideia central: Realiza as atividades oferecidas nas oficinas. <b>(A)</b> 2ª ideia central: Os serviços promovem interação social. <b>(F)</b>	Não apresenta ancoragens.

A questão 4 (Descreva como é a sua rotina na unidade? Que atividades você realiza?) possibilitou a construção de seis categorias, sendo elas:

**Categoria A:** Realiza as atividades oferecidas nas oficinas.

**Categoria B:** Realiza atividades físicas.

**Categoria C:** Realiza atividades com recursos audiovisuais.

**Categoria D:** Não realiza atividades de forma direta.



**Categoria E:** Participa dos atendimentos.

**Categoria F:** Os serviços promovem a interação social.

A seguir será apresentada a construção do DSC das categorias A, B, E e F por contribuir de forma mais significativa com a análise e trazer mais expressividade pelo número de discursos apresentados.

**Categoria A:** Realiza as atividades oferecidas nas oficinas.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eu faço crochê, eu faço tricô de dedo e eu faço cachecol no tear de madeira e pregos.</p> <p>Suj. 2: Quando eu chego aqui eu faço pintura para distrair um pouco.</p> <p>Suj. 3: A gente faz pintura.</p> <p>Suj. 4: A terapia ocupacional, são diversas atividades.</p> <p>Suj. 5: Terapia ocupacional, eu gosto muito. Eu aprendi muita coisa, faço fuxico.</p> <p>Suj. 6: Eu gosto de cantar, gosto de um monte de coisa. Eu pinto, converso, também gosto muito da comida aqui.</p> <p>Suj. 7: Eu gosto de escrever, fazer os relatos do que eu estou passando. Tenho meu caderninho aqui no CAPS, tipo um diário onde eu faço os meus relatos.</p> <p>Suj. 8: Nesse meio tempo, tem as oficinas.</p> <p>Suj. 9: Eu venho quase todos os dias, cada dia tem uma palestra.</p> <p>Suj. 10: Eu gosto de participar das reuniões que tem, as reuniões de manhã cedo, eu gosto de participar delas porque eu acho que são criativas.</p> <p>Suj. 11: Participo dos grupos, das oficinas de vez em quando.</p>	<p><i>“Eu venho quase todos os dias, cada dia tem uma palestra. Eu gosto de participar das reuniões que tem, as reuniões de manhã cedo, eu gosto de participar delas porque eu acho que são criativas. Eu gosto de escrever, fazer os relatos do que eu estou passando. Tenho meu caderninho aqui no CAPS, tipo um diário onde eu faço os meus relatos. Nesse meio tempo, tem as oficinas. Participo dos grupos, das oficinas de vez em quando. A terapia ocupacional, são diversas atividades, eu gosto muito. Eu aprendi muita coisa, faço fuxico. Eu faço crochê, eu faço tricô de dedo e eu faço cachecol no tear de madeira e pregos. A gente faz pintura. Quando eu chego aqui eu faço pintura para distrair um pouco. E eu gosto de cantar, gosto de um monte de coisa. Eu pinto, converso, também gosto muito da comida aqui.”</i></p>

**Categoria B:** Realiza atividades físicas.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Faz caminhada.</p> <p>Suj. 2: Eu faço atividade física.</p> <p>Suj. 3: Eu gostava das caminhadas. Teve caminhada perto do shopping Campo Grande, naquele parque grande e é bom que tira um pouco a gente daquele lugar que é pesado, não é? Traz uma coisa nova.</p> <p>Suj. 4: O professor de educação física dá física para nós.</p>	<p><i>“O professor de educação física dá física para nós. Eu faço atividade física. Faço caminhada. Eu gostava das caminhadas. Teve caminhada perto do shopping Campo Grande, naquele parque grande e é bom que tira um pouco a gente daquele lugar que é pesado, não é? Traz uma coisa nova.”</i></p>

**Categoria E:** Participa dos atendimentos.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eu só venho para as consultas, gosto do atendimento da dra., ela é bem atenciosa.</p> <p>Suj. 2: Tem terapia e é interessante porque tira a gente daquela situação pesada, não é?</p>	<p><i>“Tem terapia e é interessante porque tira a gente daquela situação pesada, não é? E eu só venho para as consultas, gosto do atendimento da dra., ela é bem atenciosa.”</i></p>

**Categoria F: Os serviços promovem a interação social.**

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eu converso, fico com o pessoal ali.  Suj. 2: De vez em quando vou ali com o pessoal conversar. Porque são coisas assim que eu ocupam o tempo da gente. E isso ajuda a diminuir a depressão. E vai querendo readquirir um desejo de vida e um objetivo de vida.  Suj. 3: Fico conversando com a turma lá embaixo.</p>	<p><i>“Fico conversando com a turma lá embaixo. Então, de vez em quando vou ali com o pessoal conversar. Porque são coisas assim que ocupam o tempo da gente. E isso ajuda a diminuir a depressão. E vai querendo readquirir um desejo de vida e um objetivo de vida. Eu converso, fico com o pessoal ali.”</i></p>

Como já expressei nas questões anteriores os usuários demonstram avaliação satisfatória acerca dos serviços e dos recursos ofertados, principalmente, porque propiciam acolhimento, suporte e interação social, ou seja, é um espaço de segurança e referência para o vir a ser desses sujeitos na medida em que eles se sentem enxergados, amparados e têm o seu discurso validado tanto pela equipe como por outros usuários.

Dentre as atividades realizadas pelos usuários nos serviços foram citadas as oficinas terapêuticas, atividades físicas, atividades com recursos audiovisuais, os atendimentos e os espaços de conversa com outros pacientes. Ressalta-se que mesmo os pacientes que relataram não participar de forma direta das atividades, eles utilizam os serviços como suporte, descanso e recuperação para os momentos críticos das crises. Apesar do sucateamento dos serviços expressei nas falas dos profissionais, as atividades desenvolvidas representam recursos terapêuticos fundamentais. Os pacientes expressam muito entusiasmo nas atividades desenvolvidas na terapia ocupacional, nas diversas oficinas e nos grupos de caminhada pelos bairros. Essa associação dos serviços com ambientes externos, caminhadas no parque, visitas ao bioparque do pantanal, passeios, geralmente, são recebidas com empolgação pelos usuários e ampliam as possibilidades de inserção social em outros meios.

Além disso, as oficinas também representam uma forma de reinserção ao mercado de trabalho e/ou a possibilidade de ampliar a renda a partir dos cursos de capacitação profissional. Isso porque algumas unidades oferecem o curso de confecção de chaveiros, customização de roupas, confecção de peças em crochê, entre outros.

Destaca-se também que dois usuários citaram os recursos audiovisuais (televisão e celular) como meio de distração e que foi corroborado durante as visitas.

De forma geral, os pacientes apreciam de maneira significativa a música que quase sempre é uma constante nas unidades e a possibilidade de assistir filmes e novelas. No discurso dos profissionais foi evidenciado como essas faltas estruturais reverberam nessas questões e como seria importante poder contar com um aparelho de som adequado e uma televisão maior para as sessões de cinema.

Por fim, além desses aspectos os usuários citaram as interações sociais que os serviços promovem e que ampliam o sentimento de pertencimento e de formação de vínculos, contribuindo de forma expressiva para a trajetória dos usuários nesses espaços. A seguir serão inseridos fragmentos dos DSC das categorias citadas a fim de evidenciar as reflexões trazidas:

*“Eu gosto de escrever, fazer os relatos do que eu estou passando. Tenho meu caderninho aqui no CAPS, tipo um diário onde eu faço os meus relatos. Nesse meio tempo, tem as oficinas. Participo dos grupos, das oficinas de vez em quando. A terapia ocupacional, são diversas atividades, eu gosto muito. Eu aprendi muita coisa, faço fuxico. Eu faço crochê, eu faço tricô de dedo e eu faço cachecol no tear de madeira e pregos. A gente faz pintura. Quando eu chego aqui eu faço pintura para distrair um pouco. E eu gosto de cantar, gosto de um monte de coisa. Eu pinto, converso...”*

*“Faço caminhada. Eu gostava das caminhadas. Teve caminhada perto do shopping Campo Grande, naquele parque grande e é bom que tira um pouco a gente daquele lugar que é pesado, não é? Traz uma coisa nova.”*

*“Tem terapia e é interessante porque tira a gente daquela situação pesada, não é? E eu só venho para as consultas, gosto do atendimento da dra., ela é bem atenciosa.”*

*“Fico conversando com a turma lá embaixo. Então, de vez em quando vou ali com o pessoal conversar. Porque são coisas assim que ocupam o tempo da gente. E isso ajuda a diminuir a depressão.”*

#### Quadro 15 – Quinta questão abordada (Usuários)

<b>Questão 5: O que você gostaria que fosse diferente nestes serviços?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: Ter mais contato com a natureza e ter um lugar maior. Como eu falei, com animais domésticos pra gente ter como viver com eles.	1ª ideia central: Os serviços poderiam ter mais contato com a natureza. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.2: Eu gostaria de melhorar, não vir mais aqui, não dar trabalho para ninguém. Ficar bom.	1ª ideia central: Gostaria de não precisar dos serviços. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: Eu gostaria que o prefeito mandasse manteiga e leite em pó. Nós estamos sem leite em pó. Leite em pó e manteiga.	1ª ideia central: Os serviços precisam de mais recursos da gestão. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: Nada, porque cada dia é uma atividade diferente.	1ª ideia central: Os serviços não precisam mudar. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.5: Pra mim tá bom. Eu gosto de pintar.	1ª ideia central: Os serviços não precisam mudar. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 6: Não tem nada.	1ª ideia central: Os serviços não precisam mudar. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>US. 7: Eu gostaria que quando o paciente tem um problema e só ele que pode resolver, que eles liberassem, não é? Às vezes a gente se sente presa aqui. Às vezes sim, não é porque é ruim. Foram muitos dias e eu acho assim que não resolve ficar. Cada caso é um caso. Tem paciente que tem que ficar mais dias, tem paciente que tem que ficar menos dias. Eu mesma, não me vejo uma paciente que tem problema. Por que eu tô tomando os medicamentos.</p>	<p>1ª ideia central: Os pacientes precisam de mais autonomia para sair dos serviços. <b>(E)</b></p>	<p>1ª ancoragem: Os pacientes com transtornos mentais são institucionalizados.</p>
<p>US. 8: Não é só a sabedoria do homem que ajuda, né? Sabedoria dele, mas sim sabedoria de Deus também. Então tinha que trabalhar com os dois.</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços precisam de um viés religioso. <b>(F)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 9: Uma terapeuta para conversar mais, a Dra. para mim, ela é uma terapeuta, porque ela conversa muito comigo.</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços precisam de mais atendimentos individuais. <b>(G)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 10: Eu acho que mais médicos, mais pessoas nos atendendo, médicos, atendentes, mais remédios nos postos. Ah, mais terapia ocupacional.</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços precisam de mais atendimentos individuais. <b>(G)</b> 2ª ideia central: Os serviços precisam de mais oficinas. <b>(H)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 11: Eu gostaria que tivesse mais coisas, mais atividades.</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços precisam de mais oficinas. <b>(H)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 12: Eu gostaria que tivesse água quente no banheiro, melhorar a infraestrutura no quarto.</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços precisam de mais recursos da gestão. <b>(C)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 13: Uma coisa que eu gostaria de pedir de volta aqui no caps é o artesanato. Tinha uma técnica aqui que fazia arteterapia, era muito terapêutico.</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços precisam de mais oficinas. <b>(H)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 14: Eu gostaria de ir para minha casa. Eu acho que eu vou conseguir dormir, organizar minhas coisas melhor.</p>	<p>1ª ideia central: Gostaria de não precisar dos serviços. <b>(B)</b></p>	<p>1ª ancoragem: Os pacientes com transtornos mentais são institucionalizados.</p>
<p>US. 15: Não, acho que não, tá normal. Da minha parte tá normal.</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços não precisam mudar. <b>(D)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 16: Eu gosto porque é aberto, mas também tem muita gente que vem usar</p>	<p>1ª ideia central: Os serviços precisam restringir o que entra nas unidades. <b>(I)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

aqui dentro, traz coisa aqui, entendeu? E isso é ruim.		
US.17: Aqui por enquanto está excelente.	1ª ideia central: Os serviços não precisam mudar. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 18: Não, para mim está tudo OK.	1ª ideia central: Os serviços não precisam mudar. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Não, o serviço aqui é 10.	1ª ideia central: Os serviços não precisam mudar. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.

**Categoria C: Os serviços precisam de mais recursos da gestão.**

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Eu gostaria que o prefeito mandasse manteiga e leite em pó. Nós estamos sem leite em pó. Leite em pó e manteiga. Suj. 2: Eu gostaria que tivesse água quente no banheiro, melhorar a infraestrutura no quarto. Suj. 3: Mais remédios.	<i>“Eu gostaria que tivesse água quente no banheiro, melhorar a infraestrutura no quarto. E, mais remédios. E eu gostaria que o prefeito mandasse manteiga e leite em pó. Nós estamos sem leite em pó. Leite em pó e manteiga.”</i>

**Categoria D: Os serviços não precisam mudar.**

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Nada, porque cada dia é uma atividade diferente. Suj. 2: Não tem nada. Suj. 3: Não, acho que não, tá normal. Da minha parte tá normal. Suj. 4: Aqui por enquanto está excelente. Suj. 5: Não, para mim está tudo OK. Suj. 6: Não, o serviço aqui é 10.	<i>“Nada, porque cada dia é uma atividade diferente. Não tem nada. Da minha parte tá normal. Para mim está tudo OK. O serviço aqui é 10. Aqui por enquanto está excelente.”</i>

**Categoria G: Os serviços precisam de mais atendimentos individuais.**

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Uma terapeuta para conversar mais, a Dra. para mim, ela é uma terapeuta, porque ela conversa muito comigo. Suj. 2: Eu acho que mais médicos, mais pessoas nos atendendo, médicos, atendentes.	<i>“Eu acho que mais médicos, mais pessoas nos atendendo, médicos, atendentes. E uma terapeuta para conversar mais, a Dra. para mim, ela é uma terapeuta, porque ela conversa muito comigo.”</i>

**Categoria H: Os serviços precisam de mais oficinas.**

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
Suj. 1: Uma coisa que eu gostaria de pedir de volta aqui no caps é o artesanato. Tinha uma técnica aqui que fazia arteterapia, era muito terapêutico. Suj. 2: Eu gostaria que tivesse mais coisas, mais atividades. Suj. 3: Ah, mais terapia ocupacional.	<i>“Ah, mais terapia ocupacional. Eu gostaria que tivesse mais coisas, mais atividades. Uma coisa que eu gostaria de pedir de volta aqui no caps é o artesanato. Tinha uma técnica aqui que fazia arteterapia, era muito terapêutico.”</i>

A questão 5 (O que você gostaria que fosse diferente nestes serviços?) possibilitou a construção de nove categorias, sendo elas:

**Categoria A: Os serviços precisam ter mais contato com a natureza.**

**Categoria B:** Gostaria de não precisar dos serviços.

**Categoria C:** Os serviços precisam de mais recursos da gestão.

**Categoria D:** Os serviços não precisam mudar.

**Categoria E:** Os pacientes precisam de mais autonomia para sair dos serviços.

**Categoria F:** Os serviços precisam de um viés religioso.

**Categoria G:** Os serviços precisam de mais atendimentos individuais.

**Categoria H:** Os serviços precisam de mais oficinas.

**Categoria I:** Os serviços precisam restringir o que entra nas unidades.

Por uma questão metodológica serão apresentadas as construções do DSC das categorias C, D, G e H. As demais não foram incluídas por contemplarem número inexpressivo de sujeitos.

Sobre o questionamento realizado acerca do que eles gostariam que fosse diferente nas unidades, os participantes manifestaram diversas expectativas. Dentre elas, citaram questões estruturais, o que implica em mais investimentos da gestão; maior oferta de oficinas terapêuticas e atendimentos individuais. Em relação aos atendimentos individuais ressalta-se que eles são oferecidos por outros dispositivos da rede, no entanto, trata-se de uma demanda alta que não consegue ser contemplada de forma integral, nem permanecer no atendimento de forma continuada.

Essa dificuldade foi relatada por alguns profissionais que enxergam a necessidade de atendimentos pontuais e escutas individuais também nos CAPS. Além disso, foi levantada a questão do limbo que há para os transtornos mentais leves na medida em que a rede não consegue alcançar esses usuários uma vez que a proposta do CAPS é direcionada para os transtornos graves, severos e persistentes. Ou seja, é uma parcela que fica sem o devido cuidado de prevenção e quando chega na rede já está caminhando para o agravamento do quadro.

Os participantes também relataram a necessidade de instalações mais apropriadas e a ampliação das oficinas oferecidas. De forma geral, a terapia ocupacional representa um recurso terapêutico muito potente que consegue desenvolver os aspectos de criatividade, autonomia, controle da ansiedade e interação social. Trata-se de uma ferramenta que gera muita expectativa nos grupos.

Além dos fatores citados, houve uma parcela dos entrevistados que pontuou que nada deveria ser alterado, que o formato agrada e deveria ser mantido. Um dos usuários também citou a possibilidade de os serviços serem instalados em locais com

mais acesso a natureza e que permitisse a inserção de animais de estimação no convívio com os pacientes.

Sabe-se que o modo psicossocial demarcou uma mudança paradigmática no processo do cuidado em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica, o que significa contemplar as subjetividades de forma complexa e específica. Nessa perspectiva de cuidado as ações devem buscar a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a reinserção social. Ou seja, incentivar o resgate das relações sociais por meio do cuidado compartilhado. Mais do que isso, buscar a promoção de saúde para além dos aspectos biológicos e do diagnóstico médico centrado nos sintomas (Duarte *et al.*, 2014).

Nesse sentido, as práticas dos serviços abertos devem ser valorizadas e fortalecidas de forma a operar o cuidado a partir de um ethos emancipatório. Isso não significa negar a expressão biológica dos transtornos mentais, mas incluir na abordagem outros elementos além da medicação. Isto é, considerar a história pregressa desse sujeito, o acolhimento às suas questões. O cuidado demanda interação, integração e respeito entre as partes (Duarte *et al.*, 2014). Para além da expressão sintomática há uma pessoa que sente, sofre e tem algo a dizer sobre o que percebe de si e do mundo. Portanto, as próprias sugestões levantadas se fazem recursos na construção e efetivação da política em saúde mental.

#### Quadro 16 – Sexta questão abordada (Usuários)

<b>Questão 6: O que você gostaria que fosse mantido?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: A variedade de profissionais que tem aqui é muito bom. Muito bom, o lugar é muito bom também. Eu gosto do atendimento.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.2: Eu gosto de conversar, dos meus amigos aqui.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o aspecto inclusivo. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: Está bom assim do jeito que está.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o formato. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: Mais da terapia ocupacional porque cada dia tem uma coisa, é diferente, é isso, é bom, ocupa a cabeça.	1ª ideia central: Os serviços devem manter as oficinas variadas. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.5: Eu sinto falta das minhas amiga aqui, a Talita. Eu não sou daqui de Campo Grande, sou de Glória de Dourados.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o aspecto inclusivo. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.

US. 6: Conversar com a gente, conversar com meus amigos.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar. <b>(A)</b>  2ª ideia central: Os serviços devem manter o aspecto inclusivo. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 7: Tem bastante atividade ocupacional, oficinas, ajuda bastante, distrai a cabeça. É maravilhoso.	1ª ideia central: Os serviços devem manter as oficinas variadas. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 8: Manter essa questão da terapia, manter essa questão de passeio, manter essa questão de uma forma, das pessoas cuidando da gente.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar. <b>(A)</b>  2ª ideia central: Os serviços devem manter as oficinas variadas. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 9: Para mim está tudo bem, eu só quero arrumar uma terapeuta.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o formato. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 10: A terapia ocupacional, a psicologia e os atendimentos, do que já tem.	1ª ideia central: Os serviços devem manter as oficinas variadas. <b>(D)</b>  1ª ideia central: Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 11: As pinturas.	1ª ideia central: Os serviços devem manter as oficinas variadas. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 12: Meus amigos, a gente tem um clube do bolinha, a gente fala coisas de mulher, mas não conta não.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o aspecto inclusivo. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 13: Eu acho que está tudo certo. Eu acho que está faltando só mais artesanato.	1ª ideia central: Os serviços devem manter as oficinas variadas. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 14: Todas as oficinas que existem, eu fiz amigos também, que eu quero guardar para sempre.	1ª ideia central: Os serviços devem manter as oficinas variadas. <b>(D)</b>  2ª ideia central: Os serviços devem manter o aspecto inclusivo. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 15: O atendimento, a alimentação certinha, todo dia, para mim está ajudando.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 16: Eu gosto do atendimento. Às vezes a pessoa muda seu dia com um sorriso, um bom dia diferente, né? Gosto da maioria das pessoas que atendem aqui, só não gosto de um que está	1ª ideia central: Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.



sempre com a cara fechada, mal humorado, tem que fazer o trabalho com amor.		
US.17: Eu não vi aqui nenhum trabalho que desabone algum funcionário. Bons médicos, residentes, não vi nenhum trabalho que desabone ele. Eles têm feito um trabalho aqui de uma forma maravilhosa.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o formato. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 18: A medicação e a psicóloga, ela conversa muito com a gente.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Gostaria que fosse mantido tudo, está funcionando 100%. De todos os lugares que fiquei internado aqui foi o melhor.	1ª ideia central: Os serviços devem manter o formato. <b>(C)</b>	1ª ancoragem: O CAPS como espaço de institucionalização.

A questão 6 (O que você gostaria que fosse mantido?) possibilitou a construção de quatro categorias, sendo elas:

**Categoria A:** Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar.

**Categoria B:** Os serviços devem manter o aspecto inclusivo.

**Categoria C:** Os serviços devem manter o formato.

**Categoria D:** Os serviços devem manter as oficinas variadas.

A seguir será apresentada a construção do DSC para cada categoria e, posteriormente, a análise dos resultados encontrados.

**Categoria A:** Os serviços devem manter o atendimento multidisciplinar.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: A variedade de profissionais que tem aqui é muito bom. Muito bom, o lugar é muito bom também. Eu gosto do atendimento.</p> <p>Suj. 2: Conversar com a gente.</p> <p>Suj. 3: Manter essa questão da terapia.</p> <p>Suj. 4: A psicologia e os atendimentos, do que já tem.</p> <p>Suj. 5: O atendimento, a alimentação certinha, todo dia, para mim está ajudando.</p> <p>Suj. 6: Eu gosto do atendimento. Às vezes a pessoa muda seu dia com um sorriso, um bom dia diferente, né? Gosto da maioria das pessoas que atendem aqui, só não gosto de um que está sempre com a cara fechada, mal humorado, tem que fazer o trabalho com amor.</p> <p>Suj. 7: A medicação e a psicóloga, ela conversa muito com a gente.</p>	<p><i>“Eu gosto do atendimento. Às vezes a pessoa muda seu dia com um sorriso, um bom dia diferente, né? Gosto da maioria das pessoas que atendem aqui, só não gosto de um que está sempre com a cara fechada, mal humorado, tem que fazer o trabalho com amor. Mas, a variedade de profissionais que tem aqui é muito bom. Muito bom, o lugar é muito bom também. Eu gosto do atendimento e essa questão da terapia. Da psicologia e os atendimentos, do que já tem. O atendimento, a alimentação certinha, todo dia, para mim está ajudando. Além da medicação e a psicóloga, ela conversa muito com a gente. Eu gosto de conversarem com a gente.”</i></p>

**Categoria B: Os serviços devem manter o aspecto inclusivo.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Eu gosto de conversar, dos meus amigos aqui.</p> <p>Suj. 2: Eu sinto falta das minhas amiga aqui, a T. Eu não sou daqui de Campo Grande, sou de Glória de Dourados.</p> <p>Suj. 3: Conversar com meus amigos.</p> <p>Suj. 4: Meus amigos, a gente tem um clube do bolinha, a gente fala coisas de mulher, mas não conta não.</p> <p>Suj. 5: Eu fiz amigos também, que eu quero guardar para sempre.</p>	<p><i>“Eu gosto de conversar, dos meus amigos aqui. Eu sinto falta das minhas amiga aqui, a T. Eu não sou daqui de Campo Grande, sou de Glória de Dourados. E eu fiz amigos também, que eu quero guardar para sempre. E eu e meus amigos, a gente tem um clube do bolinha, a gente fala coisas de mulher, mas não conta não. Então, eu gosto de conversar com meus amigos.”</i></p>

**Categoria C: Os serviços devem manter o mesmo formato.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Está bom assim do jeito que está.</p> <p>Suj. 2: Para mim está tudo bem, eu só quero arrumar uma terapeuta.</p> <p>Suj. 3: Eu não vi aqui nenhum trabalho que desabone algum funcionário. Bons médicos, residentes, não vi nenhum trabalho que desabone ele. Eles têm feito um trabalho aqui de uma forma maravilhosa.</p> <p>Suj. 4: Gostaria que fosse mantido tudo, está funcionando 100%. De todos os lugares que fiquei internado aqui foi o melhor.</p>	<p><i>“Eu não vi aqui nenhum trabalho que desabone algum funcionário. Bons médicos, residentes, não vi nenhum trabalho que desabone ele. Eles têm feito um trabalho aqui de uma forma maravilhosa. Está bom assim do jeito que está. Então, eu gostaria que fosse mantido tudo, está funcionando 100%. De todos os lugares que fiquei internado aqui foi o melhor. Para mim está tudo bem, eu só quero arrumar uma terapeuta.”</i></p>

**Categoria D: Os serviços devem manter as oficinas variadas.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Mais da terapia ocupacional porque cada dia tem uma coisa, é diferente, é isso, é bom, ocupa a cabeça.</p> <p>Suj. 2: Tem bastante atividade ocupacional, oficinas, ajuda bastante, distrai a cabeça. É maravilhoso.</p> <p>Suj. 3: Manter essa questão de passeio, manter essa questão de uma forma, das pessoas cuidando da gente.</p> <p>Suj. 4: A terapia ocupacional.</p> <p>Suj. 5: As pinturas.</p> <p>Suj. 6: Eu acho que está tudo certo. Eu acho que está faltando só mais artesanato.</p> <p>Suj. 7: Todas as oficinas que existem.</p>	<p><i>“Tem bastante atividade ocupacional, oficinas, ajuda bastante, distrai a cabeça. É maravilhoso. Então, manter essa questão de passeio, manter essa questão de uma forma, das pessoas cuidando da gente. Mais da terapia ocupacional porque cada dia tem uma coisa, é diferente, é isso, é bom, ocupa a cabeça. As pinturas. A terapia ocupacional. Todas as oficinas que existem. Eu acho que está tudo certo. Eu acho que está faltando só mais artesanato.”</i></p>

A partir dos resultados encontrados nota-se que as categorias citadas pelos participantes dizem respeito, principalmente, ao formato de acolhimento dos serviços. Ou seja, os usuários expressam satisfação com o atendimento de escuta oferecido pela equipe, pela troca e formação de vínculo com outros pacientes e pela participação nas oficinas terapêuticas. Também há uma parcela que pontuou pela manutenção do formato, sem citar nenhuma alteração. Isso pressupõe que apesar das adversidades

vivenciadas cotidianamente pelos profissionais, a forma como o serviço alcança os usuários tem sido em certa medida adequada e positiva. Trechos do DSC das categorias citadas reiteram essa ideia:

*“Mas, a variedade de profissionais que tem aqui é muito bom. Muito bom, o lugar é muito bom também. Eu gosto do atendimento e essa questão da terapia. Da psicologia e os atendimentos, do que já tem. O atendimento, a alimentação certinha, todo dia, para mim está ajudando. Além da medicação e a psicóloga, ela conversa muito com a gente. Eu gosto de conversarem com a gente.”*

*“E eu fiz amigos também, que eu quero guardar para sempre. E eu e meus amigos, a gente tem um clube do bolinha, a gente fala coisas de mulher, mas não conta não. Então, eu gosto de conversar com meus amigos.”*

*“Eu não vi aqui nenhum trabalho que desabone algum funcionário. Bons médicos, residentes, não vi nenhum trabalho que desabone ele. Eles têm feito um trabalho aqui de uma forma maravilhosa. Está bom assim do jeito que está.”*

*“Tem bastante atividade ocupacional, oficinas, ajuda bastante, distrai a cabeça. É maravilhoso. Então, manter essa questão de passeio, manter essa questão de uma forma, das pessoas cuidando da gente. Mais da terapia ocupacional porque cada dia tem uma coisa, é diferente, é isso, é bom, ocupa a cabeça. As pinturas. A terapia ocupacional. Todas as oficinas que existem.”*

Destaca-se parte da fala supracitada em que é pontuado “manter essa questão de uma forma, das pessoas cuidando da gente”, de como os serviços fazem diferença no cotidiano dessas pessoas, do quanto é significativo se sentir olhado e amparado. A partir dessa perspectiva, o acolhimento envolve desde a escuta qualificada até a reorganização organizacional. Ou seja, trata-se de componente amplo, que abrange desde as questões do acesso aos serviços (aspectos geográficos); escuta qualificada (postura dos profissionais); técnica (elementos operacionais do serviço) e, por fim, o direcionamento dos serviços (aspectos institucionais) (Brasil, 2010).

Esse acolhimento mencionado pelos participantes implica em uma conduta receptiva e humanizada por parte da equipe. Isto é, na expressão de empatia pelos profissionais. Em diferentes momentos, por diferentes profissionais o acolhimento pode ser utilizado enquanto técnica. Essa conduta permite a construção de relações de confiança entre os profissionais e os usuários. Ressalta-se que se trata de uma construção, que é dinâmico e não um acontecimento já estabelecido. A qualidade desse vínculo também reflete nos resultados, na dinâmica enquanto grupo e na eficácia das atividades propostas. Além disso, também ocorre uma recondução do processo de trabalho, reorientando as práticas em saúde para além da dicotomia doença/cura. Nesse sentido, os desafios do modo psicossocial também residem na elaboração de novas referências na produção de cuidado (Pontes, 2021).

**Quadro 17 – Sétima questão abordada (Usuários)**

<b>Questão 7: Como você acha que a sociedade enxerga a sua doença?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: São pessoas que não tem conhecimento, tem medo do desconhecido. Esse que é o negócio, é bem isso, o medo do desconhecido. Me olharam com medo só porque falei do CAPS, demonstraram medo de mim.	1ª ideia central: As pessoas têm medo. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: Os transtornos mentais suscitam medo.
US.2: Eu não sei responder, mas acho que enxerga diferente.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: Eu não sei ainda não.	1ª ideia central: Não sabe dizer. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: É uma coisa que a gente tem que estar sempre escondendo da maioria. As pessoas tem preconceito, não é próprio preconceito, porque preconceito eu acho diferente do medo. Porque o preconceito é tratar as pessoas com diferença e isso eu nunca fui tratada. Então é medo, não preconceito.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>  2ª ideia central: As pessoas têm medo. <b>(A)</b>	2ª ancoragem: As pessoas têm preconceito.  1ª ancoragem: Os transtornos mentais suscitam medo.
US.5: Não sei dizer.	1ª ideia central: Não sabe dizer. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 6: Tem alguns que faz piada.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 7: Ficam com medo. Acham que vai fazer alguma coisa, não é? E não é assim. Eu nunca fiz o mal para ninguém.	2ª ideia central: As pessoas têm medo. <b>(A)</b>	1ª ancoragem: Os transtornos mentais suscitam medo.
US. 8: Olha, tem muito preconceito, né? Falou com o psiquiatra, pessoas já falam que é louco, não é? Mas as pessoas são muito ignorantes, né?	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	2ª ancoragem: As pessoas têm preconceito.
US. 9: Ah, tipo assim, acham que a gente porque fica no sanatório é doida. Eu não sou louca, eu nasci doente, mas eu não me vejo. Quando eu estou boa, até depois com os medicamentos daqui, da doutora, não me deu mais crise.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	2ª ancoragem: As pessoas têm preconceito.
US. 10: Com muito preconceito, a gente sofre muito preconceito.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	2ª ancoragem: As pessoas têm preconceito.
US. 11: Eles zoam eles, ficam colocando apelido, ficam me	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	2ª ancoragem: As pessoas têm preconceito.

difamando dentro do ônibus. Quando eu venho para cá, isso me deixa triste.		
US. 12: Eu chego no ponto do ônibus ninguém quer sentar perto, acham que estou bêbado, mas é o remédio. E às vezes os adultos, os adolescentes sentam na cadeira, não me deixam sentar. Eles não gostam de louco.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	1ª ancoragem: Os transtornos mentais suscitam medo.
US. 13: As pessoas chamam a gente de doida pelas costas. Chama a pessoa de louca pelas costas porque muitas vezes pela frente é feio chamar a pessoa de louca, de doida, de gardenal. Pela frente as pessoas são educadas, mas pelas costas, é a louca, é a doida, é a gardenal, entendeu?	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	2ª ancoragem: As pessoas têm preconceito.
US. 14: Não sei, não sei. Mas às vezes eu acho que tem um pouco de preconceito quando você fala assim, que toma tal medicação ou que vem aqui no CAPS.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	2ª ancoragem: As pessoas têm preconceito.
US. 15: Não me preocupo com a sociedade. Me preocupo comigo.	1ª ideia central: Não sabe dizer. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 16: Eu não fico ofendido não, não ligo.	1ª ideia central: Não sabe dizer. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.17: Péssima porque eu tenho uma boa profissão. Essa dependência química minha trouxe muitos prejuízos. Eu perdi serviços muito bons.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 18: Ruim, né? Porque a gente se entrega, é burrice. Já não vê mais nada. Fica dependendo do vício que você tem.	1ª ideia central: As pessoas têm preconceito. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Cada um se preocupa com a vida dele. Por mim, tanto faz, eu não estou nem aí.	1ª ideia central: Não sabe dizer. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.

A pergunta realizada de número 7 no questionário (Como você acha que a sociedade enxerga a sua doença?) apresentou três categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** As pessoas têm medo.

**Categoria B:** As pessoas têm preconceito.

**Categoria C:** Não sabe dizer.

A seguir será apresentada a construção do DSC para cada categoria e, posteriormente, a análise dos resultados encontrados.

### **Categoria A: As pessoas têm medo.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: São pessoas que não tem conhecimento, tem medo do desconhecido. Esse que é o negócio, é bem isso, o medo do desconhecido. Me olharam com medo só porque falei do CAPS, demonstraram medo de mim.</p> <p>Suj. 2: Não é próprio preconceito, porque preconceito eu acho diferente do medo. Porque o preconceito é tratar as pessoas com diferença e isso eu nunca fui tratada. Então é medo, não preconceito.</p> <p>Suj. 3: Ficam com medo. Acham que vai fazer alguma coisa, não é? E não é assim. Eu nunca fiz o mal para ninguém.</p>	<p><i>“Não é próprio preconceito, porque preconceito eu acho diferente do medo. Porque o preconceito é tratar as pessoas com diferença e isso eu nunca fui tratada. Então é medo, não preconceito. Ficam com medo. Acham que vai fazer alguma coisa, não é? E não é assim. Eu nunca fiz o mal para ninguém. São pessoas que não tem conhecimento, tem medo do desconhecido. Esse que é o negócio, é bem isso, o medo do desconhecido. Me olharam com medo só porque falei do CAPS, demonstraram medo de mim.”</i></p>

### **Categoria B: As pessoas têm preconceito.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Eu não sei responder, mas acho que enxerga diferente.</p> <p>Suj. 2: É uma coisa que a gente tem que estar sempre escondendo da maioria. As pessoas tem preconceito.</p> <p>Suj. 3: Tem alguns que faz piada.</p> <p>Suj. 4: Olha, tem muito preconceito, né? Falou com o psiquiatra, pessoas já falam que é louco, não é? Mas as pessoas são muito ignorantes, né?</p> <p>Suj. 5: Ah, tipo assim, acham que a gente porque fica no sanatório é doida. Eu não sou louca, eu nasci doente, mas eu não me vejo. Quando eu estou boa, até depois com os medicamentos daqui, da doutora, não me deu mais crise.</p> <p>Suj. 6: Com muito preconceito, a gente sofre muito preconceito.</p> <p>Suj. 7: Eles zoam eles, ficam colocando apelido, ficam me difamando dentro do ônibus. Quando eu venho para cá, isso me deixa triste.</p> <p>Suj. 8: Eu chego no ponto do ônibus ninguém quer sentar perto, acham que estou bêbado, mas é o remédio. E às vezes os adultos, os adolescentes sentam na cadeira, não me deixam sentar. Eles não gostam de louco.</p> <p>Suj. 9: As pessoas chamam a gente de doida pelas costas. Chama a pessoa de louca pelas costas porque muitas vezes pela frente é feio chamar a pessoa de louca, de doida, de gardenal. Pela frente as pessoas são</p>	<p><i>“Eu não sei responder, mas acho que enxerga diferente. Não sei. Mas às vezes eu acho que tem um pouco de preconceito quando você fala assim, que toma tal medicação ou que vem aqui no CAPS. É uma coisa que a gente tem que estar sempre escondendo da maioria. As pessoas tem preconceito. Olha, tem muito preconceito, né? Falou com o psiquiatra, pessoas já falam que é louco, não é? Mas as pessoas são muito ignorantes, né? As pessoas chamam a gente de doida pelas costas. Chama a pessoa de louca pelas costas porque muitas vezes pela frente é feio chamar a pessoa de louca, de doida, de gardenal. Pela frente as pessoas são educadas, mas pelas costas, é a louca, é a doida, é a gardenal, entendeu? Ah, tipo assim, acham que a gente porque fica no sanatório é doida. Eu não sou louca, eu nasci doente, mas eu não me vejo. Quando eu estou boa, até depois com os medicamentos daqui, da doutora, não me deu mais crise. Então, tem muito preconceito, a gente sofre muito preconceito. Tem alguns que faz piada. Eles zoam eles, ficam colocando apelido, ficam me difamando dentro do ônibus. Quando eu venho para cá, isso me deixa triste. Às vezes eu chego no ponto do ônibus ninguém quer sentar perto, acham que estou bêbado, mas é o remédio. E às vezes os adultos, os adolescentes sentam na cadeira, não me deixam sentar. Eles não gostam de louco. Então, enxergam de forma péssima</i></p>

educadas, mas pelas costas, é a louca, é a doida, é a gardenal, entendeu? Suj. 10: Não sei, não sei. Mas às vezes eu acho que tem um pouco de preconceito quando você fala assim, que toma tal medicação ou que vem aqui no CAPS. Suj. 11: Péssima porque eu tenho uma boa profissão. Essa dependência química minha trouxe muitos prejuízos. Eu perdi serviços muito bons. Suj. 12: Ruim, né? Porque a gente se entrega, é burrice. Já não vê mais nada. Fica dependendo do vício que você tem.	<i>porque eu tenho uma boa profissão. Essa dependência química minha trouxe muitos prejuízos. Eu perdi serviços muito bons. E é ruim, né? Porque a gente se entrega, é burrice. Já não vê mais nada. Fica dependendo do vício que você tem.”</i>
---	--

### **Categoria C: Não sabe dizer.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
Suj. 1: Eu não sei ainda não. Suj. 2: Não sei dizer. Suj. 3: Não me preocupo com a sociedade. Me preocupo comigo. Suj. 4: Eu não fico ofendido não, não ligo. Suj. 5: Cada um se preocupa com a vida dele. Por mim, tanto faz, eu não estou nem aí.	<i>“Eu não sei ainda não. Não sei dizer. Mas, não me preocupo com a sociedade. Me preocupo comigo. Cada um se preocupa com a vida dele. Por mim, tanto faz, eu não estou nem aí. Eu não fico ofendido não, não ligo.”</i>

Nessa questão três categorias surgiram, sendo duas corroborando o preconceito e associando o medo a essa estigmatização e a última por uma indiferença por parte dos usuários acerca dessa percepção externa.

De forma geral, os usuários percebem os serviços como um espaço de acolhimento, seguro. Em contrapartida, relatam o preconceito que lhes atravessam por frequentarem unidades de assistência à saúde mental, como descrito em parte do DSC:

*“Mas às vezes eu acho que tem um pouco de preconceito quando você fala assim, que toma tal medicação ou que vem aqui no CAPS. É uma coisa que a gente tem que estar sempre escondendo da maioria. As pessoas tem preconceito. Olha, tem muito preconceito, né? Falou com o psiquiatra, pessoas já falam que é louco, não é?”*

Parte dos usuários também descreve o preconceito a partir da exclusão do mercado de trabalho, especialmente, os indivíduos adictos, que passam a ser enxergados com desconfiança e descrédito:

*“Então, enxergam de forma péssima porque eu tenho uma boa profissão. Essa dependência química minha trouxe muitos prejuízos. Eu perdi serviços muito bons.”*

Ressalta-se que além das tentativas dos serviços de fortalecer a autonomia desses sujeitos, também há o estímulo à geração de renda e o incentivo a autonomia pelo trabalho. Ou seja, a atuação é pautada para além da resolução de crises, em

uma lógica que reconhece o indivíduo em sua integralidade e em sua conjuntura de vida.

No entanto, considera-se que apesar dos avanços conquistados nos serviços substitutivos, ainda é marcante os aspectos de marginalização, de segregação e de discriminação presentes nas relações sociais. Sobre isso, é importante sinalizar que o preconceito representa um entrave em relação à inclusão em outros espaços. Outro trecho do DSC desvela esse estigma:

*“Então, tem muito preconceito, a gente sofre muito preconceito. Tem alguns que faz piada. Eles zoam eles, ficam colocando apelido, ficam me difamando dentro do ônibus. Quando eu venho para cá, isso me deixa triste. Às vezes eu chego no ponto do ônibus ninguém quer sentar perto, acham que estou bêbado, mas é o remédio. E às vezes os adultos, os adolescentes sentam na cadeira, não me deixam sentar. Eles não gostam de louco.”*

Cotidianamente, percebe-se a presença de manifestação de atitudes preconceituosas, pois esta sociedade fomenta preconceitos e, com isso, estigmatiza, segrega e exclui. A mudança no modo de cuidado na área surge exatamente de uma necessidade, da marginalização e anulação dos que estavam sob os ‘cuidados’ do Estado. Além da necessidade de mudança na produção do cuidado em saúde, é imprescindível uma transformação social. Não se trata de responsabilizar somente os serviços pelas dificuldades encontradas, na medida em que a saúde mental é abrangente e envolve diversas instâncias da sociedade como família, escola, trabalho e lazer. Os serviços suscitam justamente a importância de se aprender a conviver com as diferenças, com as particularidades de cada um e não do que se prega como ‘ideal’. Espera-se que o modo psicossocial voltado para o desenvolvimento da autonomia, cidadania e inserção no território abra caminhos para que se enxerguem e respeitem as diferenças. Não se trata somente dos transtornos mentais, mas de todos os aspectos que de alguma forma resultem no preconceito, a exemplo da cor, raça, sexo, crenças, isto é, tudo aquilo que pode ser julgado e rotulado por possuir uma particularidade.

Dessa forma, não basta somente incluir e centralizar nos serviços abertos, se a sociedade não é conscientizada sobre a importância do acolhimento à alteridade. Infelizmente, ainda se predomina a dicotomia normal *versus* patológico culminando, inevitavelmente, em fronteiras entre aquilo que está no padrão, na média; e aquilo que não está e que não se encaixa no que é considerado comum. É essencial que se pense em uma sociedade voltada para a diversidade, para indivíduos plurais, diversos, que não se enquadram dentro dos padrões estabelecidos.



As dificuldades no processo de inclusão vêm apenas somar-se as inúmeras outras barreiras presentes na área atualmente. Portanto, corrobora a concepção de que profundas transformações devem ser realizadas a fim de propiciar melhorias na qualidade da assistência para os indivíduos com algum tipo de transtorno mental.

Além disso, na batalha contra os estigmas associados às pessoas com transtornos mentais, Sayce (2000) ressalta a importância de escolher cuidadosamente as palavras que se usa. Ela sugere cautela com o termo 'estigma', que aponta implicitamente que algo está errado com a pessoa, substituindo pela palavra 'discriminação', que implica a responsabilidade no indivíduo ou no grupo que exhibe atitudes discriminatórias. A autora defende que a 'vergonha' não deveria ser atribuída ao usuário, mas sim àqueles que agem de forma injusta para com eles.

Destaca-se que todo preconceito limita a liberdade na tomada de decisões, uma vez que distorce e estreita as alternativas disponíveis para o indivíduo. Embora os preconceitos não possam ser completamente erradicados do desenvolvimento social, é possível, em contrapartida, reduzir a rigidez e - o que é mais crucial - a efetiva discriminação oriunda dos preconceitos (Heller, 2000).

Entre os julgamentos provisórios característicos do preconceito, que não se baseiam na razão, está a noção de que o indivíduo com problemas mentais é perigoso e agressivo. Essa concepção tem sido amplamente disseminada na sociedade por meio dos canais de comunicação, tornando-se parte do senso comum. Nesse sentido, a sociedade carrega associações negativas em relação às doenças mentais, as quais gradualmente foram internalizadas pelas pessoas, moldando concepções sobre o que envolve o adoecimento mental. O modelo asilar, que por muito tempo dominou a história da psiquiatria, alimentou essa perspectiva de compreender a loucura como exclusivamente negativa, ao isolar indivíduos com transtornos mentais da sociedade e rotulá-los como socialmente inaptos. Esse tratamento contribuiu para a formação de uma representação imaginária da pessoa com transtorno mental, que é temida e marginalizada (Sales; Barros, 2013).

Apesar do progresso na redução de leitos em hospitais psiquiátricos e do aumento da inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade, a herança de anos de exclusão e preconceito em relação aos pacientes mentais ainda perdura. Uma visão negativa e desesperançosa a respeito das pessoas com transtornos mentais enraizou-se na sociedade, mesmo diante das transformações ocorridas. As

representações da loucura na cultura ocidental deixam claro que a doença mental deve ser evitada ou negada, estabelecendo um paradoxo na pessoa com transtorno mental, ou seja, não há como a loucura carregar atributos de valor ou com um futuro merecedor de ser vivido (Sayce, 2000). Aqueles diagnosticados com transtornos mentais antecipam a discriminação e essa expectativa em si pode resultar em limitações, expondo as consequências negativas das representações associadas ao diagnóstico psiquiátrico (Thornicroft, 2006).

### Quadro 18 – Oitava questão abordada (Usuários)

<b>Questão 8: Como a sua família enxerga a sua doença?</b>		
<b>Expressões - chave</b>	<b>Ideias Centrais</b>	<b>Ancoragens</b>
US.1: Eles me dão muito apoio, não percebo que eles me veem como doente. Isso é uma parte de você, mas eu sou um ser humano, eu tenho sentimentos, é isso.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.2: Quando eles percebem que não estou bem me dão um apoio, não é? Porque quando eu estou com problema eu fico deprimido, quase não converso. Aí preciso do apoio da equipe e eles me trazem.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.3: Eu não tenho família, não tenho ninguém, por isso estou aqui no CAPS.	1ª ideia central: Apresenta vínculo familiar rompido. <b>(B)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.4: Eles se mantêm distante. Eu tenho uma filha. Depois que eu tive uma crise, ela ficou no orfanato. Ela foi adotada por uma família estranha. Tem 17 anos que eu não a vejo.	1ª ideia central: Não apresenta suporte familiar. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.5: Eu não tenho mãe, não tenho pai, não tenho irmã, irmão porque a minha mãe só teve eu de filha e eu sou eu sou filha única.	1ª ideia central: Não apresenta suporte familiar. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 6: Eles já sabem quando eu começo com negócio de comprar isso e aquilo, eles já sabem que aí vem uma crise.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 7: Eles entendem, tem que ter calma comigo.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 8: A minha família, eu não tenho muito contato com ela, nem pelo celular, que eu estou sem celular. Então assim a gente não fica conversando, meu pai já é	1ª ideia central: Não apresenta suporte familiar. <b>(C)</b>  2ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.

<p>falecido e a minha mãe é sempre ali me ajudando. Nas minhas crises eu caía, ficava sem trabalho, dava um desespero, né? Eu só queria ficar na cama, não queria levantar para nada. Eu não queria me alimentar, situação assim de prostração. Minha mãe, ela que mais fala assim no atendimento com a psiquiatra, eu fico fechada às vezes, é que eu me fecho para a situação assim, de medicamentos, sabe?</p>		
<p>US. 9: Meu marido, graças a Deus, ele me cuida muito, tem muita paciência comigo, meu casal de filhos também. Eu tenho uma sorte muito grande porque minha família é muito legal, muito companheiro, meu marido. Ele é tudo para mim. Eu não tenho minha mãe, já perdi minha mãe, meu padrasto, não tenho parentes nenhum, só tenho meu casal de filho, todo dia eles me ligam, todo dia, então tenho um suporte familiar bom.</p>	<p>1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 10: Uns aceitam, outros não. Acham que é só remédio, que não tem que fazer terapia. Minha mãe, meu pai enxergam assim, acham que é besteira a terapia. Mas no geral tem um suporte, dos meus filhos, do meu marido. São pessoas maravilhosas que me ajudam muito.</p>	<p>1ª ideia central: Não apresenta suporte familiar. <b>(C)</b></p> <p>2ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 11: Enxergam que eu sou uma pessoa especial, me dão apoio.</p>	<p>1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 12: Minha família não me abandonou, eu me dou até com a minha mãe, eu gosto dela, mas nós não precisamos ficar muito perto.</p>	<p>1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 13: A minha mãe fiscaliza muito os remédios, o tratamento. Eu tenho apoio da minha família, da igreja.</p>	<p>1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>
<p>US. 14: Eles já aceitaram bem. Eles estão me dando apoio. Meu marido vem sempre que ele pode, mesmo</p>	<p>1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b></p>	<p>Não apresenta ancoragens.</p>

ele trabalhando, vem, fala comigo.		
US. 15: Minha família é eles para lá e eu para cá. Já fui amigado, mas não tenho contato com os meus filhos. Eu não convivo com eles, eu não tenho conversa com eles. Eu moro sozinho, pago aluguel. O CAPS me ajuda a não me sentir sozinho, eu venho, converso com todo mundo.	1ª ideia central: Não apresenta suporte familiar. <b>(C)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 16: Minha filha entende, ela vem me ver, traz meu neto, me dá apoio.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US.17: Eu tenho a minha família e uma parte que me ajuda bastante, que é minha filha caçula. Ela vem aqui amanhã. Eu tenho meu irmão que está sempre ao meu lado. Mas tem aqueles que não está nem aí, nem ligam, nem perguntam como é que eu estou, se eu estou bem, se eu estou ruim.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 18: Eles dão suporte, ajuda. Até meu patrão que arrumou para eu me tratar aqui e eu trabalho já há um tempo com ele, ele viu que eu estava ruim já, não é cara? Já não estava tendo aquela rotina no trabalho, aí ele disse pra eu vir me tratar e depois voltar.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>	Não apresenta ancoragens.
US. 19: Eu tenho uma irmã que é minha tutora. Ela que cuida de mim. Eu saí da minha casa para morar numa casa de aluguel lá perto da casa dela para ela cuidar de mim. Eu não preciso que ninguém cuide de mim. Ela não queria deixar dinheiro para mim.	1ª ideia central: Apresenta suporte familiar. <b>(A)</b>  2ª ideia central: Apresenta resistência ao suporte familiar. <b>(D)</b>	Não apresenta ancoragens.

A questão número 8 (Como a sua família enxerga a sua doença?) apresentou quatro categorias de análise, sendo elas:

**Categoria A:** Apresenta suporte familiar.

**Categoria B:** Apresenta vínculo familiar rompido.

**Categoria C:** Não apresenta suporte familiar.

**Categoria D:** Apresenta resistência ao suporte familiar.

A seguir será apresentada a construção do DSC para categoria A e C. Ressalta-se que as categorias B e D não serão incluídas na construção do DSC por só incluir um sujeito.

**Categoria A:** Apresenta suporte familiar.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>Suj. 1: Eles me dão muito apoio, não percebo que eles me veem como doente. Isso é uma parte de você, mas eu sou um ser humano, eu tenho sentimentos, é isso.</p> <p>Suj. 2: Quando eles percebem que não estou bem me dão um apoio, não é? Porque quando eu estou com problema eu fico deprimido, quase não converso. Aí preciso do apoio da equipe e eles me trazem.</p> <p>Suj. 3: Eles já sabem quando eu começo com negócio de comprar isso e aquilo, eles já sabem que aí vem uma crise.</p> <p>Suj. 5: A minha mãe é sempre ali me ajudando. Nas minhas crises eu caía, ficava sem trabalho, dava um desespero, né? Eu só queria ficar na cama, não queria levantar para nada. Eu não queria me alimentar, situação assim de prostração. Minha mãe, ela que mais fala assim no atendimento com a psiquiatra, eu fico fechada às vezes, é que eu me fecho para a situação assim, de medicamentos, sabe?</p> <p>Suj. 6: Mas no geral tem um suporte, dos meus filhos, do meu marido. São pessoas maravilhosas que me ajudam muito.</p> <p>Suj. 7: Meu marido, graças a Deus, ele me cuida muito, tem muita paciência comigo, meu casal de filhos também. Eu tenho uma sorte muito grande porque minha família é muito legal, muito companheiro, meu marido. Ele é tudo para mim. Eu não tenho minha mãe, já perdi minha mãe, meu padrasto, não tenho parentes nenhum, só tenho meu casal de filho, todo dia eles me ligam, todo dia, então tenho um suporte familiar bom.</p> <p>Suj. 8: Enxergam que eu sou uma pessoa especial, me dão apoio.</p> <p>Suj. 9: Minha família não me abandonou, eu me dou até com a minha mãe, eu gosto dela, mas nós não precisamos ficar muito perto.</p> <p>Suj. 10: A minha mãe fiscaliza muito os remédios, o tratamento. Eu tenho apoio da minha família, da igreja.</p> <p>Suj. 11: Eles já aceitaram bem. Eles estão me dando apoio. Meu marido vem sempre que ele pode, mesmo ele trabalhando, vem, fala comigo.</p> <p>Suj. 12: Minha filha entende, ela vem me ver, traz meu neto, me dá apoio.</p> <p>Suj. 13: Eu tenho a minha família e uma parte que me ajuda bastante, que é minha filha caçula. Ela vem aqui amanhã. Eu tenho meu</p>	<p><i>“Eu tenho uma irmã que é minha tutora. Ela que cuida de mim. Eu saí da minha casa para morar numa casa de aluguel lá perto da casa dela para ela cuidar de mim. Quando eles percebem que não estou bem me dão um apoio, não é? Porque quando eu estou com problema eu fico deprimido, quase não converso. E eles já sabem quando eu começo com negócio de comprar isso e aquilo, eles já sabem que aí vem uma crise. Aí preciso do apoio da equipe e eles me trazem. Eles me dão muito apoio, não percebo que eles me veem como doente. Isso é uma parte de você, mas eu sou um ser humano, eu tenho sentimentos, é isso. Mas no geral tem um suporte, dos meus filhos, do meu marido. São pessoas maravilhosas que me ajudam muito. Meu marido, graças a Deus, ele me cuida muito, tem muita paciência comigo, meu casal de filhos também. Eu tenho uma sorte muito grande porque minha família é muito legal, muito companheiro, meu marido. Ele é tudo para mim, meu casal de filho, todo dia eles me ligam, todo dia, então tenho um suporte familiar bom. E a minha mãe é sempre ali me ajudando. Nas minhas crises eu caía, ficava sem trabalho, dava um desespero, né? Eu só queria ficar na cama, não queria levantar para nada. Eu não queria me alimentar, situação assim de prostração. Minha mãe, ela que mais fala assim no atendimento com a psiquiatra, eu fico fechada às vezes, é que eu me fecho para a situação assim, de medicamentos, sabe? A minha mãe fiscaliza muito os remédios, o tratamento. Eu tenho apoio da minha família, da igreja. Eles enxergam que eu sou uma pessoa especial, me dão apoio. Eles já aceitaram bem. Eles estão me dando apoio. Meu marido vem sempre que ele pode, mesmo ele trabalhando, vem, fala comigo. Minha família não me abandonou, eu me dou até com a minha mãe, eu gosto dela, mas nós não precisamos ficar muito perto. Minha filha entende, ela vem me ver, traz meu neto, me dá apoio. Eu tenho a minha família e uma parte que me ajuda bastante, que é minha filha caçula. Ela vem aqui amanhã. Eu tenho meu irmão que está sempre ao meu lado. Eles dão suporte, ajuda. Até meu patrão que arrumou para eu me tratar aqui e eu trabalho já há um tempo com ele, ele viu que eu estava ruim já,</i></p>

<p>irmão que está sempre ao meu lado. Mas tem aqueles que não está nem aí, nem ligam, nem perguntam como é que eu estou, se eu estou bem, se eu estou ruim.</p> <p>Suj. 14: Eles dão suporte, ajuda. Até meu patrão que arrumou para eu me tratar aqui e eu trabalho já há um tempo com ele, ele viu que eu estava ruim já, não é cara? Já não estava tendo aquela rotina no trabalho, aí ele disse pra eu vir me tratar e depois voltar.</p> <p>Suj. 15: Eu tenho uma irmã que é minha tutora. Ela que cuida de mim. Eu saí da minha casa para morar numa casa de aluguel lá perto da casa dela para ela cuidar de mim.</p>	<p><i>não é cara? Já não estava tendo aquela rotina no trabalho, aí ele disse pra eu vir me tratar e depois voltar.”</i></p>
--	--

### **Categoria C: Não apresenta suporte familiar.**

<b>EXPRESSÕES - CHAVE</b>	<b>DSC</b>
<p>Suj. 1: Eles se mantêm distante. Eu tenho uma filha. Depois que eu tive uma crise, ela ficou no orfanato. Ela foi adotada por uma família estranha. Tem 17 anos que eu não a vejo.</p> <p>Suj. 2: Eu não tenho mãe, não tenho pai, não tenho irmã, irmão porque a minha mãe só teve eu de filha e eu sou eu sou filha única.</p> <p>Suj. 3: A minha família, eu não tenho muito contato com ela, nem pelo celular, que eu estou sem celular. Então assim a gente não fica conversando, meu pai já é falecido.</p> <p>Suj. 4: Uns aceitam, outros não. Acham que é só remédio, que não tem que fazer terapia. Minha mãe, meu pai enxergam assim, acham que é besteira a terapia.</p> <p>Suj. 5: Minha família é eles para lá e eu para cá. Já fui amigado, mas não tenho contato com os meus filhos. Eu não convivo com eles, eu não tenho conversa com eles. Eu moro sozinho, pago aluguel. O CAPS me ajuda a não me sentir sozinho, eu venho, converso com todo mundo.</p>	<p><i>“A minha família, eu não tenho muito contato com ela, nem pelo celular, que eu estou sem celular. Então assim a gente não fica conversando, meu pai já é falecido. Eu não tenho mãe, não tenho pai, não tenho irmã, irmão, porque a minha mãe só teve eu de filha e eu sou eu sou filha única. Então, uns aceitam, outros não. Acham que é só remédio, que não tem que fazer terapia. Minha mãe, meu pai enxergam assim, acham que é besteira a terapia. Então, minha família é eles para lá e eu para cá. Já fui amigado, mas não tenho contato com os meus filhos. Eu não convivo com eles, eu não tenho conversa com eles. Eu moro sozinho, pago aluguel. O CAPS me ajuda a não me sentir sozinho, eu venho, converso com todo mundo. Eles se mantêm distante. Eu tenho uma filha. Depois que eu tive uma crise, ela ficou no orfanato. Ela foi adotada por uma família estranha. Tem 17 anos que eu não a vejo.”</i></p>

Ressalta-se que no processo histórico de construção da loucura, a família era excluída da abordagem de tratamento. Isso porque na maioria das vezes as instituições psiquiátricas ficavam em locais de difícil acesso, distantes das cidades e a família também era enxergada como um componente de agravo ao transtorno mental. Deste modo, o seu papel se resumia apenas ao encaminhamento do familiar adoecido aos manicômios (Borba *et al.*, 2011).

Considera-se que esse afastamento foi predominante até a Reforma Psiquiátrica quando começaram a surgir novas possibilidades na produção do cuidado e na abordagem de tratamento de instituições coercitivas e disciplinadoras para os serviços comunitários de assistência à saúde mental (Borba *et al.*, 2011).

A partir dessa nova dinâmica, o princípio da corresponsabilização ganhou força e a família passou a ser inserida e a participar do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Nesse sentido, se transforma em um agente fundamental para resolutividade da assistência psiquiátrica e como potencializador da reinserção do indivíduo em seu meio social (Bossato *et al*, 2021).

Não obstante, é válido destacar que esse cuidado também implica em desafios e ambivalências na medida em que envolve preconceitos e vivências complexas e vai exigir da família a capacidade de perceber as singularidades subjetivas para além do diagnóstico. Ainda é necessário considerar o espaço familiar como um campo de tensionamentos que mobiliza diversos sentimentos e exige dos seus membros a capacidade de flexibilização e reorganização da dinâmica familiar.

É essa capacidade que irá nortear o modo de abordagem em situações de crise. Daí a importância de envolver e agregar a família no tratamento, estimulando sua participação e inserindo-a em um lugar de responsabilidade e de transformação nas diversas ações do tratamento. Nesse sentido, a família deve adotar uma atitude facilitadora, de acolhimento e cuidado. Depreende-se que trazer a família para mais perto suscita o fortalecimento e a consolidação do cuidado pautado no modo psicossocial (Rodvalho; Pegoraro, 2020).

A fala da maioria dos participantes expressa a importância desse suporte e denotam sentimentos de segurança, cuidado e zelo. Em contrapartida, em outro momento da pesquisa também foi apontado na fala dos profissionais a dificuldade do envolvimento familiar no tratamento e como isso traz implicações negativas. O DSC demonstra como esse acolhimento é fundamental:

*“Eles me dão muito apoio, não percebo que eles me veem como doente. Isso é uma parte de você, mas eu sou um ser humano, eu tenho sentimentos, é isso. Mas no geral tem um suporte, dos meus filhos, do meu marido. São pessoas maravilhosas que me ajudam muito. Meu marido, graças a Deus, ele me cuida muito, tem muita paciência comigo, meu casal de filhos também. Eu tenho uma sorte muito grande porque minha família é muito legal, muito companheiro, meu marido. Ele é tudo para mim, meu casal de filho, todo dia eles me ligam, todo dia, então tenho um suporte familiar bom. E a minha mãe é sempre ali me ajudando.”*

Por outro lado, também é frequente os casos de distanciamento e abandono da família que agravam os sentimentos de solidão e desamparo. Da mesma forma as famílias por vezes também enfrentam entraves na adesão do familiar ao tratamento, o que fragiliza a manutenção desse vínculo. Nesses casos os CAPS tem desempenhado um papel imprescindível no acolhimento, no desenvolvimento de

outros laços afetivos e na potencialização do sentimento de pertencimento como reiterado no discurso do DSC da categoria C:

*“Então, uns aceitam, outros não. Achem que é só remédio, que não tem que fazer terapia. Minha mãe, meu pai enxergam assim, acham que é besteira a terapia. Então, minha família é eles para lá e eu para cá. Já fui amigado, mas não tenho contato com os meus filhos. Eu não convivo com eles, eu não tenho conversa com eles. Eu moro sozinho, pago aluguel. O CAPS me ajuda a não me sentir sozinho, eu venho, converso com todo mundo. Eles se mantêm distante.”*

Sendo assim, do mesmo modo que a formação de vínculos geram outros, estabelecendo uma rede social, a ruptura também acaba por desestabilizar esses laços. A fragilização dos vínculos trazida pelos usuários e profissionais também representam uma forma de segregação e exclusão. Portanto, esses indivíduos necessitam fortalecer suas relações sociais em relações de igualdade. O modo psicossocial também implica na reconstrução do valor subjetivo (Salles; Barros, 2011).

#### **5.4 Análise global dos dados encontrados**

Considera-se que os serviços substitutivos bem como a RAPS representaram um avanço significativo na produção de cuidado em saúde mental. Nesse sentido, os CAPS foram criados como recurso central e estratégico na reorientação do modelo assistencial em saúde mental a partir da portaria 336/2002. O referido documento institui o CAPS como um serviço ambulatorial de atenção diária e direciona a práxis a partir de uma lógica territorial contemplando o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) e em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias com foco na integração do indivíduo na comunidade e sua inserção familiar e social (Brasil, 2002).

Vale ressaltar também que o CAPS representa o serviço de atenção psicossocial especializada na RAPS, sendo constituído por equipe multiprofissional que opera a partir de uma perspectiva interdisciplinar, realizando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Os serviços funcionam no território, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Embora haja atendimentos individuais, as ações realizadas nos serviços são, prioritariamente, em espaços



coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe) e tentam se articular com outros dispositivos da rede (Brasil, 2002).

A partir do acolhimento do paciente nessas unidades é desenvolvido de forma conjunta com ele, a equipe e a família o Projeto Terapêutico Individual tendo como referência a Atenção Básica e a corresponsabilização do cuidado. Vale dizer que a portaria 3.088/2011, estabelece que o CAPS é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado nesse período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, assim como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (Brasil, 2011).

De forma geral a própria portaria já delega ao CAPS um papel centralizador que contraria o modelo em rede proposto. São inegáveis as conquistas alcançadas por meio do trabalho desenvolvido nestes espaços, no entanto, é fundamental a reflexão acerca de como isso se dá se considerarmos a articulação intersetorial e o cuidado compartilhado. É imprescindível pensar também no desenvolvimento de outras referências inseridas na rede até para não sobrecarregar, gerar dependência e isolar as unidades. Limitar o acolhimento a apenas um serviço faz com que a articulação em rede perca potência, se descaracterize e se cronifique. É preciso pensar não só no fortalecimento do CAPS, como também da RAPS e do SUS (Lima, 2018).

Ademais, essas cronificações podem aparecer através da dependência dos usuários, na ausência de ações que reinsiram esses indivíduos na sociedade, em uma práxis rígida e acrítica, em atividades que ocupam o tempo, mas não produzem sentido aos pacientes. De acordo com Lobosque (2011) e Lancetti (2006) os dispositivos de atenção à saúde não devem se pautar na centralização dos serviços, mas buscar a expansão social como forma de enfrentar seus entraves.

A presente pesquisa buscou investigar a concepção dos profissionais e usuários acerca dos serviços substitutivos em Campo Grande/MS para levantar essas questões, identificar como está a relação com a práxis e o modo psicossocial de cuidado e avaliar as implicações das últimas alterações na Política de Saúde Mental nessas unidades. De maneira geral, os CAPS e a RAPS em Campo Grande/MS encontram-se em processo de expansão nos últimos anos, contemplando a ampliação da capacidade instalada, (re)pactuação de fluxos assistenciais e o despertar para a

necessidade das parcerias intersetoriais no contexto da atenção psicossocial. Entretanto, houve uma estagnação nessa expansão nos últimos anos com a falta de recursos, o que vem implicando no sucateamento dos serviços e no esgotamento dos profissionais que atuam com um quadro mínimo e com pouco orçamento para o desenvolvimento das atividades.

Nota-se que há uma consciência sobre o desmonte que vem acontecendo e um comprometimento dos profissionais em manter os serviços funcionando e alcançando essa parcela da população da forma que conseguem. Além disso, os profissionais relataram que o município estava tentando aprovar a Política Municipal de Saúde Mental para melhorar e ampliar os serviços substitutivos. Porém, até que isso se concretize, ainda são evidenciadas ausências assistenciais e estruturais que envolvem escassez de serviços e inconsistência de equipes, especialmente, no que concerne à articulação efetiva com a rede no território. São áreas não contempladas pelas equipes de ESF e de ACS, além de poucos NASF implantados para atender às demandas e número insuficiente de CAPS AD e IJ para atendimento de vulnerabilidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas e infante juvenil, respectivamente.

Como mencionado acima a inadequação dos fluxos assistenciais criam obstáculos consideráveis para a efetivação da RAPS em território. Isso acaba provocando a centralização e cronificação dos serviços especializados uma vez que prevalecem encaminhamentos desresponsabilizados visto que direcionam os pacientes com transtornos mentais apenas para essas unidades de referência, contribuindo para uma produção de cuidado fragmentada. Nesse sentido, o que se percebe é que a estrutura atual ainda caminha para concretizar de forma efetiva o modo psicossocial e que esse percurso – de avanços e retrocessos - é determinado pelas mudanças políticas vigentes.

Em contrapartida, apesar das fragilidades encontradas nesse trabalho em rede, nas faltas estruturais, no desgaste dos profissionais, na ausência de capacitações, a percepção relatada pelos usuários é positiva. Prevalece a opinião de que os serviços conseguem alcançar em certa medida esses pacientes, desenvolvem o sentimento de pertencimento, autonomia, oferecem um acolhimento adequado e representam por vezes o único suporte que esses indivíduos têm.

Vale ressaltar que a crítica à centralização dos serviços especializados não tem o intuito de negar as implicações positivas oriundas desse espaço de segurança que os serviços substitutivos representam, mas de reposicioná-lo como uma ferramenta que deve superar as relações e os vínculos construídos no CAPS rumo a uma dimensão social mais ampla. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica aponta para um projeto de sociedade de transformações em diversas dimensões. Não se trata também de invalidar as contribuições médico-psiquiátricas, mas de extrapolar essa abordagem restritiva e tecnicista acerca do sofrimento humano e inseri-la como adjacente e não como centro do projeto terapêutico (Nicolau, 2018).

De acordo com Pitta e Guljor (2019) a internação psiquiátrica deve ser considerada um instrumento terapêutico com forte apelo iatrogênico, uma vez que leva à repetição e representa o pior prognóstico em longo prazo no que se refere ao sofrimento psíquico. Além disso, representa um alto custo para os cofres públicos e legitima o estigma, a exclusão e a fragilização dos laços sociais. Ou seja, embora a rede apresente entraves e dificuldades e necessite de investimentos para sua ampliação, a efetividade dos seus dispositivos tem sido comprovada, principalmente, na manutenção dos laços sociais e afetivos na abordagem do cuidado intensivo.

Sobre isso, desde a aprovação da Lei nº 10.216/2001, os serviços especializados representam instrumentos substitutivos à internação psiquiátrica, haja vista a transformação no modo de cuidado frente à situação de crise que passa a incluir a rede de apoio do usuário, considerando seu grau de vulnerabilidade e seus laços sociais (Pitta; Guljor, 2019). Nesse sentido, a nota técnica contemplada na Portaria n.º 3588/2017 que apresenta novas diretrizes de ações para o fortalecimento da RAPS indicam um retrocesso no que foi conquistado nas últimas décadas. Essas mudanças na RAPS foram consideradas uma Contrarreforma na medida em que reinsere os hospitais psiquiátricos como cerne do tratamento aos pacientes de álcool e outras drogas e retoma a lógica manicomial na produção de cuidado (ABRASCO, 2019). Assevera-se novamente que a internação psiquiátrica representa um dispositivo excludente e que outras abordagens comunitárias devem ser adotadas antes de tal medida. A própria lei 10.216/2001 aponta que os recursos hospitalares só devem ser acionados quando os dispositivos extramuros forem insuficientes no processo de cuidado (Sponchiado, 2021).

A ABRASCO também critica o texto normativo que traz a ideia de um modelo misto que coexista. No entanto, aponta a inconsistência dessa possibilidade na medida em que no país o que prevalece são hospitais com modelos tradicionais, hospitalocêntricos. Além disso, o texto fala sobre a oferta de uma variedade de cuidados, contudo apenas reafirma a existência de leitos de internação específicos em hospitais gerais, como também os leitos de acolhimento noturno em CAPS III e CAPS ad III, que já são garantidos pela Portaria nº 3.088 de 2011, dentro da RAPS.

É premente o debate acerca da visão reducionista que as últimas alterações nessas políticas representam. Há que se pensar que o próprio conceito de doença e cura são construções sociais e que a incidência de alguns transtornos mentais reflete as condições materiais, sociais, econômicas e culturais de onde se está inserido. Essa política conservadora, que marginaliza e empobrece ainda mais a grande parcela de sua população acaba por constituir um mal-estar social e também implica no adoecimento psíquico dos seus. A crítica ao desmonte da saúde mental se faz imperativa enquanto um movimento de resistência. Isso porque a Luta Antimanicomial se faz atual e deve ser compreendida a partir de perspectivas plurais. Ou seja, para um modo de cuidado que garanta e preserve a cidadania e a autonomia dos indivíduos que historicamente foram anulados. Esse cuidado deve contemplar a liberdade, o acolhimento e a construção coletiva em detrimento a marginalização e a procedimentos padronizados, moralistas e disciplinadores (Sponchiado, 2021).

Considera-se que a Rede de Atenção Psicossocial apresenta possibilidades e desafios que devem ser considerados a partir de uma articulação conjunta entre os atores envolvidos. Nesse sentido, os dispositivos de cuidado devem ser dinâmicos e se reinventar constantemente haja vista a complexidade que a área demanda, implicando em uma resposta à altura em todos os níveis do cuidado em rede e envolvendo outras instâncias. Segundo Pitta (2001) esse emaranhado de relações deve sugerir mais uma corresponsabilização do que uma transferência de responsabilidades.

Portanto, é salutar a efetivação do modo de cuidado psicossocial considerando a compreensão que se tem acerca do indivíduo em sofrimento psíquico e o tipo de cuidado que se deve garantir. Apesar de todas as limitações os CAPS se constituem como uma possibilidade humanizada a partir de uma lógica cidadã, inclusiva,

reabilitadora e social, demonstrando efeitos terapêuticos e benéficos. Que a luta 'Por uma sociedade sem manicômios' permaneça viva.

### **5.5 Reflexões complementares e tensionamentos do campo**

Neste tópico serão abordados alguns tensionamentos envolvendo a realidade local e algumas observações levantadas no diário de campo na tentativa de elencar os entraves e vislumbrar possibilidades de transformação.

Durante a trajetória de pesquisa e coleta de dados pôde-se notar algumas assimetrias na forma como fui recebida e ouvida nos diversos espaços em que permeei. Em sua maioria, o contato inicial se deu forma amistosa e receptiva, tanto por parte dos gerentes quanto pela equipe técnica. No entanto, com algumas exceções, os profissionais médicos demonstraram certa resistência, por vezes se negando a participar. Enquanto os demais membros da equipe eram sempre disponíveis e críticos sobre a realidade de trabalho, parte da equipe médica se mostrava alheia às adversidades enfrentadas. Será que a resistência de alguns indica a ausência de uma reflexão crítica ou o receio de serem expostos de alguma forma pela pesquisa? Será que permeia o medo de trazer à tona práticas obsoletas toleradas por comodismo, mas que não se alinham com o novo contexto de cuidado em rede? Será que a problematização da realidade do trabalho não desperta interesse nesses sujeitos? Essas indagações, embora sem respostas claras, também atravessam o objeto de pesquisa.

Por outro lado, nota-se que os usuários estavam sempre dispostos ao diálogo e à oportunidade de serem ouvidos. Essa escuta parecia ser uma chance de sair da invisibilidade, proporcionando um espaço potente para expressar suas vozes e exercitar o senso de humanidade.

Essa imersão nos CAPS trouxe à tona diversas informações, um verdadeiro emaranhado de detalhes que nos revela a intrincada natureza dessa rede. Nesse tecido complexo, os atores em circulação e atividade no território, aliados ao contexto social no qual estão inseridos, formam um conjunto que abriga tensões, contradições, instabilidades e incertezas. Para além do CAPS, há várias portas de entrada e opções de saída, em um itinerário que pode ser sinuoso e por vezes labiríntico, caracterizado por barreiras físicas, ideológicas e institucionais. Contudo, apesar dos diversos pontos

de cuidado na rede, quando se trata de saúde mental o caminho parece sempre convergir para o CAPS.

Nesse sentido, conforme apresentado no capítulo de construção histórica, o panorama reflete uma rede recente, ainda em construção, vinda de um período de sucateamento e estagnação e que está sendo costurada em meio a uma expansão e criação de serviços, apesar da redução das equipes e do desenvolvimento incipiente dos fluxos de assistência.

Além disso, vale dizer que apesar das seis unidades CAPS distribuídas ao longo do território, há a clareza de que a capacidade instalada não é garantia de acesso ou qualidade no atendimento. Outra consideração a ser feita diz respeito às barreiras geográficas e às distâncias percorridas pelos usuários em busca de atendimento em saúde, sobretudo se for considerado que há apenas um CAPS AD e um CAPS IJ localizados em regiões centrais da cidade para absorver toda a demanda que lhes são específicas. Ou seja, há dificuldade de acesso das populações periféricas que implica não apenas no tempo e no cansaço físico envolvidos nessa jornada, mas também no impacto financeiro da viagem, mesmo que seja feita por meio de transporte público.

Também se destacam as dificuldades enfrentadas por profissionais e usuários na busca por um cuidado compartilhado. A ausência de fluxos estabelecidos, ou mesmo fluxos em processo de construção, prejudica a articulação entre os atores, uma vez que, em muitos casos, os serviços não se reconhecem como responsáveis por determinadas demandas. Isso resulta em uma jornada complexa para os usuários, que acabam percorrendo itinerários labirínticos e muitas vezes culmina na superlotação dos serviços de atenção psicossocial especializada.

Além disso, dois pontos importantes suscitaram reflexões durante as visitas: o uso de medicamentos como cerne da estabilidade do sujeito e no manejo de crises e a formação incipiente dos profissionais de saúde no que diz respeito à saúde mental. Sobre o primeiro ponto, nota-se que ainda impera o uso indiscriminado de medicações em detrimento de outras estratégias de suporte psicossocial. Isso reflete uma tendência em privilegiar a medicação em vez de outras formas de apoio, um fenômeno que já havia sido observado por Guarido (2007) ao apontar a prevalência da medicalização como principal abordagem terapêutica em saúde mental na contemporaneidade. A análise de Costa-Rosa (2013) também identifica um aumento

no uso de psicofármacos em várias regiões do Brasil, assim como a predominância da prescrição de ansiolíticos, antidepressivos e estabilizadores de humor. A relevância contínua da medicação como peça central do tratamento em alguns serviços especializados é um ponto de debate. Essa abordagem pode reforçar a concepção de que o sofrimento está ligado apenas ao corpo físico, desconsiderando aspectos psicossociais mais amplos.

Os avanços nas práticas de saúde mental ao longo das últimas décadas são inegáveis, mas ainda persistem muitos desafios a serem enfrentados, especialmente no que se refere ao papel das medicações nas abordagens de cuidado, sobretudo quando se trata de lidar com as crises (Duarte *et al.*, 2014). É notável a predominância do enfoque farmacológico nessas situações, muitas vezes reduzindo o cuidado e o manejo de sintomas a essa abordagem, como fica evidenciado no trecho abaixo:

*“E aí dentro do CAPS a gente consegue fazer o atendimento da parte médica, o tratamento medicamentoso e algumas terapêuticas, mais voltadas para oficinas terapêuticas, para trabalhos em grupos. Algumas unidades têm grupos de saúde mental que conseguem ofertar algo nesse sentido e tem profissionais do nasf que também oferecem escutas nesses espaços na atenção básica, mas eles ainda são muito poucos para o tamanho da demanda que tem e no CEM a gente tem um atendimento mais voltado para a parte médica, tem escutas individuais, mas também muito aquém da demanda que busca.*

*No máximo, médico, medicação, mas a grande maioria não são psiquiatras. A gente depara com muita dificuldade, assim na questão do matriciamento, da articulação da rede para o paciente poder ocupar seu território, circular.”*

Se essa orientação é predominante nos serviços individuais, na RAPS ela não parece ser diferente. Ao observar alguns usuários nos serviços especializados, suas alterações comportamentais, as dificuldades na articulação de ideias, indicam que os serviços frequentemente adotam estratégias medicalizantes e centradas na hospitalização, que aparentam uma desinstitucionalização mascarada, já que os valores subjacentes ao cuidado permanecem os mesmos, especialmente em situações delicadas, como as crises. Além disso, o entorpecimento do sujeito via medicação parece ser o manejo predominante para contenção dos transtornos considerados graves, especialmente, os pacientes psicóticos e os toxicomaníacos, frequentemente considerados ‘perigosos’. Quando os profissionais foram questionados sobre o caráter de periculosidade dos transtornos mentais, a maioria colocou o tratamento como salvaguarda dos comportamentos de risco. Ou seja, são pacientes que ‘precisam’ ser pacificados, silenciados e geralmente isso se dá via abordagem medicamentosa. Isso fica expresso nos trechos a seguir:

*“Podem ser perigosos se não tiver tratamento. Pacientes que não estão sendo acompanhados, em surtos, na crise psicótica, ele pode ser um perigo para si mesmo, para os outros. Mas, o paciente em acompanhamento, em tratamento certinho, são ótimas pessoas de lidar, são ótimas pessoas que tem uma boa convivência, tanto familiar quanto com a sociedade em geral.*

*Se não tem atendimento, não tem cuidado, não tem uma assistência, eu penso que sim. Mas eu percebo que os casos que têm um nível de violência, impulsividade, que essa incivilidade são mais casos do CAPS AD, onde é usuário de substância.*

*Tem gente que entra aqui e está bem fora da casinha, vamos dizer.”*

Deste modo, é crucial enfatizar a importância de um cuidado crítico em relação aos diagnósticos em saúde mental, uma vez que eles não são neutros e vão muito além de meros fenômenos biológicos. A categorização dos sintomas possui uma dimensão política e desempenha um papel significativo na sociedade. Isso ocorre porque os diagnósticos têm o potencial de legitimar práticas violentas, abusos e a perpetuação de preconceitos, muitas vezes direcionados às minorias, além de se alinharem com tendências sociais higienistas.

Qualquer serviço de saúde mental que não priorize a escuta atenta, o acolhimento e a compreensão do funcionamento de cada indivíduo, se concentrando apenas no rótulo diagnóstico, não está fornecendo um verdadeiro cuidado, mas sim um ato de silenciamento. Não existe neutralidade científica na área da saúde mental, uma vez que as práticas são influenciadas por disputas de interesses e, por vezes, perpetuam ideias normativas e medicalizantes (Pavón-Cuellar, 2017; Pamplona, 2020).

A disseminação e popularização dos diagnósticos psiquiátricos criam um mercado para profissionais de saúde, dispositivos e tecnologias que intervêm no funcionamento psíquico e comportamental, ao mesmo tempo que estimulam a criação de novas formas de identidade que são moldadas para o consumo de produtos. Produzir e disseminar psicopatologias equivale a gerar uma demanda artificial para que profissionais e dispositivos intervenham nas subjetividades, nos comportamentos e emoções. Essa abordagem é profundamente remanescente dos antigos manicômios, haja vista que busca tutelar os indivíduos para que se conformem com o que uma sociedade neoliberal espera deles (Pavón-Cuellar, 2017; Pamplona, 2020).

Se a saúde mental se tornou um campo de batalha para interesses diversos, é fundamental examinar quem são os atores sociais que promovem o discurso predominante. Se esse discurso hegemônico promove a banalização dos psicodiagnósticos, fica evidente que seu propósito está alinhado com a lógica



manicomial, destinada ao controle de corpos marginalizados, à mercantilização da vida e à criação de subjetividades voltadas para a individualização e a culpabilização dos problemas sociais (Pamplona, 2020).

Sustentar a ideia de um 'sujeito psicológico' estritamente individualizado e intrapsíquico é um meio pelo qual a área da saúde se consolida como aliada do capitalismo neoliberal. Nesse contexto, por um lado, ela acaba por desresponsabilizar os processos de opressão ao atribuir a produção, reprodução e intensificação do sofrimento exclusivamente ao 'mau funcionamento' individual, enquanto, por outro lado, cria uma clientela ao mitigar a internalização das causas e das soluções sob uma abordagem nitidamente medicalizante e psicopatologizante (Pavón-Cuellar, 2017).

Para o sistema essa abordagem se sustenta uma vez que desloca a culpa pelo sofrimento no o indivíduo e sua subjetividade, enquanto os processos de opressão se fortalecem. É evidente que essas perspectivas ganham força e espaço, principalmente por operarem sob a pretensa égide da neutralidade, quando na verdade estão profundamente imersas em um contexto político e econômico que precisa ser constantemente questionado.

Nesse sentido, compreende-se que o cuidado deve transcender o simples diagnóstico médico e o uso indiscriminado de medicamentos, que foca na identificação de sinais e sintomas e se expandir para uma abordagem que propicie o desenvolvimento de novas formas de assistência, tais como o estabelecimento de vínculos, a prestação de acolhimento, a partilha de responsabilidades e o incentivo à autonomia. Logo, é essencial reconhecer e valorizar as tecnologias leves ou relacionais como elementos integrantes das práticas em saúde mental, em conjunto com a perspectiva emancipatória que guia a implementação do cuidado de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial (Coelho; Jorge, 2009; Duarte *et al.*, 2014).

Essa postura não implica na negação da presença de distúrbios mentais em suas manifestações orgânicas, psicológicas e/ou culturais. No entanto, a existência desses distúrbios não significa que o fenômeno, em sua totalidade e exclusividade, seja puramente físico, psicológico ou social. Portanto, o cuidado em saúde mental não pode se limitar unicamente ao tratamento medicamentoso, aos sintomas e à doença,

negligenciando o indivíduo, sua trajetória passada e, de forma crucial, sua rede familiar (Coelho; Jorge, 2009).

O enfoque do cuidado deve se basear no acolhimento da pessoa que enfrenta o sofrimento. O ato de cuidar envolve uma interação que incorpora o engajamento e a inter-relação entre todas as partes envolvidas, o que abarca a prestação de acolhimento, a escuta ativa do indivíduo e o respeito por sua vivência de sofrimento e suas histórias de vida (Kasiorowski, 2012).

Conseqüentemente, essas posturas devem orientar as condutas dos profissionais nos diversos serviços preconizados pela Reforma Psiquiátrica, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial, dos Serviços de Residência Terapêutica, do Programa de Reinserção Social, das intervenções realizadas pelas equipes de saúde da Atenção Básica e dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Duarte *et al.*, 2014).

Ressalta-se que o cuidado em si tem um potencial tanto para emancipar as pessoas quanto para tutelá-las. E, frequentemente, o cuidado assume um papel de tutela, colocando o indivíduo na posição de alguém que precisa ser tratado por outro, que requer medicação, observação e orientação, ao invés de ser considerado alguém que compreende sua própria condição e é capaz de tomar decisões (Ferreira *et al.*, 2017).

É crucial distinguir entre a responsabilidade por alguém e o apoio a alguém dentro de sua liberdade de decisão, ou seja, é fundamental diferenciar cuidado de tutela. Várias abordagens teóricas têm destacado que o objetivo das práticas de saúde mental deve ser ampliar a capacidade de cada indivíduo lidar consigo mesmo e com os outros, não apenas buscar a remissão de sintomas (Ferreira *et al.*, 2017).

O uso indiscriminado de medicamentos muitas vezes visa a sedação e contenção rápidas do desconforto causado pela crise. E os serviços frequentemente orientam suas ações com medidas e estratégias para enquadrar o indivíduo em normas, o que justifica o uso indiscriminado de medicamentos, contenção mecânica, confinamento e outras formas de violência simbólica e física (Zeferino *et al.*, 2016).

É necessário estar atento ao reducionismo e à simplificação do sofrimento humano que essa excessiva medicalização pode impor. Considerar o indivíduo que sofre e sua história de vida amplia as opções de intervenção. Não se pretende negar que o uso de medicamentos seja uma ferramenta valiosa à disposição dos

profissionais, mas é reconhecido que seu uso inadequado pode ser prejudicial. A medicalização pode levar à não responsabilização do indivíduo por seu problema, pois a melhora fica depositada em uma solução mágica e externa (Zeferino *et al.*, 2016).

É essencial que as novas concepções sobre cuidado, loucura e crise psíquica sejam adotadas. Chama a atenção o fato de que profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destacados como pontos especializados e estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial, enfrentam dificuldades em reconhecer a responsabilidade de seu papel no acolhimento e manejo de situações de crise, que são frequentes e até mesmo esperadas, considerando que esses centros são responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, conforme regulamentado por portarias. A expectativa é que outros serviços lidem com as crises e que o atendimento nos CAPS seja acionado somente quando o indivíduo estiver compensado (Zeferino *et al.*, 2016).

Além disso, fica evidente nas falas dos participantes que a falta de capacitação dos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico é um desafio, uma vez que esse tema pode suscitar questões pessoais e técnicas nos profissionais. O diagnóstico precipitado, abordagens excessivamente técnicas e desumanas, a medicalização de todas as queixas e dificuldades no relacionamento podem ser mecanismos de defesa. Por vezes, o profissional pode ficar também excessivamente envolvido no sofrimento do outro, perdendo a perspectiva e capacidade de intervenção.

Mais do que isso, profissionais formados no paradigma biomédico, focados nos sintomas e com uma abordagem terapêutica reducionista, frequentemente enfrentam desafios no cuidado abrangente e na escuta sensível, necessitando de uma formação diferenciada. Essa falta de preparação compromete a eficácia das intervenções e gera mais sofrimento tanto para o paciente quanto para o profissional. As práticas de saúde mental ainda mantêm vínculos com o modelo biomédico, e há uma grande resistência à implementação das abordagens preconizadas pelas políticas públicas. Isso resulta em atitudes inadequadas, como medicalização excessiva, contenção física, internações em excesso e desresponsabilização dos pacientes em relação aos seus tratamentos, além de práticas discriminatórias e preconceituosas no cuidado do sofrimento psíquico (Figueiredo *et al.*, 2016). Como observado na fala dos profissionais, alguns ainda consideram a manifestação dos transtornos mentais como 'caso de polícia' ou sugerem o uso da força como contenção.

Além disso, pode-se estabelecer uma correlação entre os dois pontos levantados. Isso porque torna-se evidente que o atendimento centrado em medicação pode surgir devido à falta de preparação dos profissionais para lidar com esse tipo de população, uma vez que a carga horária dedicada à saúde mental em suas formações é muitas vezes limitada ou inexistente. Portanto, é crucial oferecer cursos de atualização para os profissionais que atuam na RAPS, permitindo-lhes ampliar seus conhecimentos sobre essas questões, relacionar com sua realidade de trabalho, analisar e refletir sobre as abordagens de cuidado atuais e as abordagens baseadas na atenção psicossocial, nas tecnologias leves e no cuidado em liberdade.

É essencial efetivar a Educação Permanente como técnica para problematizar o contexto de trabalho e refletir sobre a práxis adotada. Essa abordagem pode impactar diretamente na capacidade dos profissionais e serviços de se envolverem em redes substitutivas, reformularem seus processos de trabalho e integrarem suas práticas, superando estigmas, preconceitos e estereótipos ligados à loucura e ao indivíduo em sofrimento psíquico, em direção a uma perspectiva fundamentada nos direitos humanos e na reintegração da cidadania.

Como observado, a transformação desse cenário, apesar de ser impulsionada por políticas públicas, ocorre no dia a dia do cuidado oferecido, nos encontros e desencontros entre profissionais e usuários, com base nos conceitos que cada indivíduo carrega sobre sofrimento psíquico, saúde/doença, cuidado, responsabilização, crise e saúde mental. No entanto, manter uma visão reflexiva e contextualizada sobre esses conceitos nem sempre é uma realidade nos espaços institucionais e nos serviços de saúde, justamente porque inexistente uma prática de problematização e reflexão sobre as adversidades encontradas nesses locais (Zeferino *et al.*, 2016).

Outro ponto a ser observado refere-se à fragmentação do cuidado, refletindo-se na organização dos serviços e nas práticas profissionais. A fragmentação também está presente na concepção biomédica predominante na educação em saúde e nas práticas assistenciais, que muitas vezes negligenciam a abordagem integral das necessidades dos indivíduos. Com isso, em meio a essa fragmentação, a integralidade surge como uma alternativa para superar as barreiras da atenção em rede, sendo um princípio fundamental do SUS e que visa concretizar o direito à saúde e produzir uma cidadania do cuidado. Na área de saúde mental, a integralidade

desafia o paradigma biomédico em prol de uma abordagem holística do indivíduo (Lima, 2018).

É possível perceber que a cultura manicomial ainda persiste e que as pressões do trabalho podem dificultar a implementação de estratégias como o acolhimento, principalmente, nos demais pontos da rede. Nesse sentido, à medida que as tecnologias leves de cuidado enfraquecem, as relações micropolíticas e o trabalho vivo são negligenciados, as sensibilidades se tornam menos refinadas (Jorge *et al.*, 2011). Logo, é salutar reconhecer a relevância do acolhimento para a reorientação do modelo técnico-assistencial em saúde e para facilitar a jornada dos usuários pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Na esfera da saúde mental coletiva, considera-se a visão de Jorge *et al.* (2011) de que tecnologias leves, aliadas a uma abordagem emancipatória baseada na RAPS, são essenciais para promover a autonomia, a corresponsabilização e o exercício da cidadania, criando assim uma base fundamental para a integração dos serviços e a organização das redes.

Mais do que isso, as vivências grupais que envolvem profissionais e usuários desempenham um papel fundamental, fortalecendo os laços entre a comunidade e o serviço e entre os próprios usuários. Isso não apenas estabelece uma comunidade afetiva, mas também cria uma verdadeira rede de apoio social. Além disso, ao abordar questões que afetam os usuários e a comunidade, promove-se a saúde mental de maneira transversal e preventiva, incluindo a prevenção do suicídio. Essas atividades fortalecem a APS, aprimoram o cuidado e possibilitam a construção de redes de saúde (Lima; Gonçalves, 2020).

Observa-se também uma dificuldade generalizada tanto dos profissionais quanto dos usuários em compreender o conceito de matriciamento e reconhecer sua relevância para a continuidade do cuidado, envolvendo a integração entre a APS e os CAPS para evitar reinternações e ampliar os espaços de cuidado além dos serviços especializados (Fagundes *et al.*, 2021).

Um ponto a ser valorizado nos serviços do município refere-se à humanização do cuidado em saúde mental. Os usuários apontam para o cuidado, a valorização e a sensação de experimentar o olhar do profissional para a sua humanidade, que muitas vezes fica oculta atrás do diagnóstico, da doença e dos sintomas. A autonomia e o respeito se desenvolvem por meio de processos de ensino-aprendizagem,

capacitando o indivíduo mais além das normas sociais, enriquecendo assim a sua experiência.

Em resumo, as redes de atenção à saúde mental muitas vezes privilegiam a articulação funcional entre equipamentos especializados, com pouca comunicação com os territórios em que os usuários vivem. Isso resulta em um sistema que oferece cuidados técnicos isolados, em detrimento da integralidade do atendimento e do exercício da cidadania (Lima, 2018).

Não obstante, a própria produção de cuidado no modo psicossocial implica na saída dos hospitais psiquiátricos e na ocupação dos espaços da cidade pelos usuários, promovendo a vida em comunidade e a livre circulação pelo território. Com isso, fechar-se ou negligenciar essa abertura à comunidade causa tensões e contradições na própria rede (Lima, 2018).

Nesse sentido, o território demarca aspecto fundamental na produção de subjetividades no modo de atenção psicossocial na medida em que se articula em rede com os diferentes equipamentos e serviços em saúde. Isso porque quando se pensa em serviços de base territorial e comunitária, se pensa na sua potência na produção de vínculos, não apenas com os serviços inseridos em determinada área, mas, essencialmente, com a comunidade. Deste modo, um serviço de saúde mental efetivo é aquele que contempla um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de articular com a atenção básica a saúde, outros setores do sistema sanitário, outras instâncias sociais e com a comunidade que ali se insere (Carneiro *et al.*, 2023).

Ou seja, os serviços devem considerar os espaços comunitários e suas estratégias de produção de vida que, em sua maioria, são invisibilizados na construção desse cuidado. Isso porque normalmente há um desconhecimento sobre o que pulsa nesse território, se há praças, se existem grupos de mulheres ou associações comunitárias, se há grupos de dança ou esportivos, se existem igrejas ou grupos religiosos, não havendo um reconhecimento da importância desse mapeamento para o estabelecimento de estratégias terapêuticas para os usuários (Carneiro *et al.*, 2023).

Os profissionais por vezes encontram-se enrijecidos pela rotina do serviço, limitando as ações do PTS nos espaços institucionais e desconsiderando a potencialidade do território em que as pessoas estão inseridas. A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que visa justamente a construção dialógica entre

profissionais, usuários e familiares, muitas vezes acaba por restringir suas estratégias à oferta de ações disponíveis na instituição. Neste cenário é o usuário que se ajusta ao que o serviço disponibiliza, ao invés de o serviço buscar produzir ações específicas para necessidades singulares desses sujeitos. E aí nesta dinâmica institucionalizante não há espaço para o vir a ser singular e de diferentes modos de subjetivação (Carneiro *et al.*, 2023).

Nesse sentido, é salutar considerar que a construção do PTS pressupõe o reconhecimento do território existencial do sujeito e suas redes vivas de cuidado ou descuidado, bem como as linhas de fuga prováveis para a produção de novos modos de subjetivação. Os autores indicam que esses projetos devem estabelecer estratégias de cuidado que sejam compreendidas como um processo contínuo e integrado de ações norteadas a responder as necessidades das pessoas (Ferreira *et al.*, 2017).

Os autores também elucidam que ainda há resquícios manicomiais inseridos na práxis em saúde mental e que excluir, classificar, medicalizar e controlar ainda tem sido o modo preponderante de assistência às pessoas com transtornos mentais. E que é fundamental a necessidade de novas significações na construção dos PTS que esteja implicada com a circulação dos usuários nos distintos territórios geográficos da cidade, facilitando a produção de novas redes de cuidado e de vida para o sujeito no mundo.

O lema da Luta Antimanicomial 'Por um mundo sem manicômios' só irá de fato se efetivar se for possível inserir esses indivíduos no mundo para além dos muros da RAPS. Ou seja, criar meios que possibilitem a produção de vida e de relações que superem os dispositivos de saúde, que permitam trocas simbólicas nas ruas da cidade, que desenvolvam autonomia e permitam o exercício da cidadania. Nesse sentido, o cuidado não pode estar circunscrito apenas ao CAPS, mas nos diversos espaços de convivência do sujeito. Os autores alertam que só será possível desconstruir efetivamente os manicômios físicos e simbólicos, que teimam em aniquilar a existência de sujeitos com sofrimento psíquico, quando for possível produzir relações sociais que suportem a presença da alteridade em sua radicalidade (Ferreira *et al.*, 2017).

O PTS deve implicar um processo de cuidado que facilite a saída do sujeito do serviço, sem, contudo, estigmatiza-lo com a marca de sua institucionalização, ou seja,

sem que sua vinculação institucional seja sua principal identidade social. E, mais do que isso, possibilitar projetos de vida que visem a autonomia e que escapem às práticas tutelares. Isso porque os autores apontam que todo cuidado implica em uma dimensão tutelar e que essa dinâmica pode, ao mesmo tempo, aprisionar ou libertar o indivíduo, pode gerar dependência ou criar condições para o vir a ser. Por isso, é basilar estar atento ao paradoxo – do aprisionamento e da libertação – que envolve o ato de cuidar, de modo que o cuidado não aprisione o sujeito, mas, pelo contrário, o possibilite caminhar pela vida (Carneiro *et al.*, 2023).

É importante mencionar que este estudo tem limitações, uma vez que contemplou os participantes provenientes apenas dos serviços especializados em saúde mental. Considerando que os serviços de pronto-socorro, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência são componentes estratégicos da RAPS para o atendimento a crises, a visão dos profissionais desses serviços sobre o tema também é crucial, destacando-se a necessidade de mais pesquisas nessa área.

É evidente que o movimento de Reforma Psiquiátrica precisa expandir a implementação de serviços diversificados e comprometidos em todos os níveis de cuidado, ao mesmo tempo que investe estrategicamente na educação contínua dos profissionais do SUS. Caso contrário, corre-se o risco de que essa transformação se restrinja ao campo teórico e das políticas, sem atingir a prática e a realidade do cotidiano (Amarante; Nunes, 2018).

Além das questões supracitadas, um dos entraves encontrados no município refere-se à alta demanda. De acordo com a SESA (2023), a consulta em psiquiatria no formato ambulatorial tem enfrentado historicamente uma alta demanda reprimida. No mês de julho de 2023, o total de pacientes aguardando consulta era de 3.581, cujas solicitações são inseridas no SISREG com um tempo de espera aproximado de 3 meses. Atualmente, o ambulatório é composto por 8 psiquiatras, que disponibilizam cerca de 800 vagas por mês. Dessas, 325 são primeiras consultas e 475 são retornos.

De acordo com essas informações, para atender às diretrizes de atendimento do SUS para consultas em psiquiatria seriam necessários aproximadamente 5,8 médicos psiquiatras a cada 100.000 habitantes, totalizando uma média de 58 médicos. Vale mencionar que essas vagas estão sendo oferecidas por meio dos CAPS e de ambulatórios regulados pelo SISREG (SESA, 2023).



No que diz respeito ao âmbito do atendimento ambulatorial em psicologia, também tem sido observado um aumento na demanda reprimida nos últimos anos. No mês de julho de 2023, havia 4.812 pacientes aguardando consulta, com um tempo médio de espera de cerca de 112 meses. Atualmente, 14 profissionais abrem mensalmente 1380 vagas, incluindo 36 primeiras consultas e 1344 retornos (SESAU, 2023).

Deste modo, é essencial fortalecer as ações de saúde mental na atenção básica, permitindo que casos leves a moderados possam ser tratados pelo médico generalista e pela equipe da atenção primária, haja vista que isso melhora e qualifica os encaminhamentos aos especialistas. Além disso, o desenvolvimento de estratégias de apoio matricial às equipes e a descentralização das ações ambulatoriais no serviço de saúde mental são indispensáveis (SESAU, 2023).

Para reorganizar essa demanda, é necessário discutir e atualizar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) ambulatorial, revisar os protocolos de acesso e fluxos assistenciais, criando alternativas, como a oferta especializada em Psiquiatria descentralizada na Atenção Básica, em conformidade com a Política de Saúde Mental e Educação Permanente, através da implementação do apoio matricial (SESAU, 2023).

O matriciamento da saúde mental na atenção básica é um indicador no Plano Municipal de Saúde e é conduzido pelos seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes no município. Isso envolve um matriciamento por CAPS a cada mês, totalizando 72 matriciamentos por ano, com a meta de atender a 80% do total anual de matriciamentos. O apoio matricial é de extrema importância uma vez que fornece suporte especializado, orientação técnico-pedagógica, vínculo interpessoal e apoio institucional no desenvolvimento de projetos terapêuticos únicos para a população (SESAU, 2023).

Ao mesmo tempo, esse processo implementa arranjos organizacionais e metodologias para a gestão do trabalho em saúde, visando expandir a clínica ampliada e a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões. Portanto, os profissionais envolvidos no apoio matricial em saúde mental podem contribuir ativamente para o projeto terapêutico singular de seus pacientes em seu território, em colaboração com a Atenção Básica em várias ações (SESAU, 2023).

Com a nova abordagem focada na proximidade dos CAPS nos territórios, visa-se transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde, reduzindo os encaminhamentos, referências e contrarreferências burocráticos e pouco dinâmicos. Isso é alcançado por meio de ações horizontais que integram os componentes e seus conhecimentos nos diferentes níveis assistenciais, através do apoio matricial.

De acordo com o relatório da RAPS apresentado pela SES em 2018, alguns avanços foram pontuados, tais como: fortalecimento de ações de matriciamento; consultas compartilhadas do psiquiatra com o clínico geral da atenção básica; inserção do psiquiatra infantil no ambulatório de saúde mental e ambulatório de saúde mental como referência apenas para Campo Grande e microrregional, sem CAPS. Como demonstra o relatório, ainda predomina o investimento em ações médicas em detrimento de maiores investimentos nas estratégias psicossociais (SESAU, 2018).

O mesmo relatório também indica como entraves a questão de recursos humanos insuficiente, uma vez que há mais de quatro anos não há contratação de novos psicólogos e terapeutas ocupacionais; ausência de leitos em hospital geral dentro da proposta da RAPS; dificuldade na aquisição de alimentos para os usuários; dificuldade na aquisição de materiais para as oficinas terapêuticas e de infraestrutura; ambulância social subutilizada, o que limita as ações de matriciamento e as demandas judiciais; subfinanciamento estadual em desacordo com a Lei Complementar nº 141/2012; fechamento da única oferta de psiquiatria infantil da REMUS/Santa Casa (SESAU, 2018). Vale destacar que dificuldades semelhantes foram encontradas nos resultados da pesquisa de campo.

Deste modo, pode-se dizer que os tensionamentos que permeiam a rede de atenção psicossocial em Campo Grande-MS são diversos e multifacetados, contemplando falta de recursos, escassez de investimentos financeiros e a insuficiência de profissionais treinados, o que compromete a capacidade da rede em atender a demanda crescente por serviços de saúde mental. Isso também resulta em longas esperas por atendimento e reduz a eficácia do cuidado oferecido.

Outro tensionamento evidente está relacionado à fragmentação dos serviços. A falta de integração entre os diferentes níveis de atenção, bem como a comunicação limitada entre os profissionais de saúde, leva a uma experiência muitas vezes confusa e desarticulada para os pacientes e suas famílias. Essa fragmentação dificulta a

continuidade do tratamento e a abordagem integral que deveria ser característica da rede de atenção psicossocial.

A estigmatização da saúde mental também se coloca como um desafio significativo. Apesar dos avanços no campo, persistem preconceitos enraizados na sociedade, o que pode inibir as pessoas de procurar ajuda ou de aderir ao tratamento. Esse estigma pode ser especialmente acentuado em uma comunidade mais conservadora, como a de Campo Grande-MS, onde falar sobre problemas mentais muitas vezes é visto como um sinal de fraqueza.

Além disso, a falta de divulgação e conscientização adequadas sobre os serviços disponíveis na rede de atenção psicossocial também contribui para os tensionamentos. Muitas pessoas não estão cientes dos recursos que podem acessar, tornando a busca por ajuda ainda mais difícil.

Apesar dos desafios, é importante ressaltar que existem esforços e iniciativas em andamento para abordar esses tensionamentos na rede de atenção psicossocial do município. A aprovação da Lei Municipal nº 7.000, de 13 de janeiro de 2023, que estabelece o Plano Municipal de Saúde Mental em Campo Grande-MS é um exemplo disso. A promoção do diálogo aberto sobre saúde mental e a capacitação constante de profissionais por meio da educação continuada e da educação permanente também são passos fundamentais para mitigar os tensionamentos existentes, uma vez que são as tecnologias leves as grandes produtoras de transformação da rede.

Em suma, os tensionamentos na rede de atenção psicossocial em Campo Grande-MS são indicativos das complexidades inerentes ao cuidado em saúde mental. Reconhecer esses desafios é o primeiro passo para buscar soluções eficazes. A colaboração entre diversos setores, o investimento adequado e a sensibilização da sociedade são elementos cruciais para a construção de uma rede de atenção psicossocial mais resiliente e eficaz, capaz de oferecer o suporte necessário às pessoas que dela necessitam.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a reforma psiquiátrica práticas excludentes e discriminatórias vêm sendo combatidas e os serviços substitutivos ofertados pelo SUS preconizam a desinstitucionalização e a assistência humanizada visando à reinserção desses sujeitos à sociedade.

Na tentativa de compreender a concepção dos atores envolvidos tanto da parte de quem oferece os serviços como de quem recebe os serviços, a presente pesquisa se esforçou em conhecer o cenário local dos serviços de referência em saúde mental em Campo Grande-MS e suas particularidades. Sabe-se que as transformações sociais advêm dos movimentos dos atores sociais envolvidos e das políticas que os atravessam. Por isso, a importância de se conhecer o nível de consciência sobre o papel da atuação profissional nestes serviços e a tessitura vibrante que constrói a rede de saúde mental. De maneira geral, na última década houve um processo de expansão e fortalecimento da RAPS que foi interrompido pela condução da Política de Saúde Mental dos últimos anos.

Nesse sentido, temos de um lado uma parcela de profissionais esgotados e que se sentem desvalorizados, mas que se esforçam para tentar entregar o que o serviço propõe e de outro, problemas estruturais preocupantes que dificultam a atuação nestes espaços. Somado a isso, os desafios encontrados na revisão integrativa também se repetem no município na medida em que impera uma fragmentação do cuidado, existindo ilhas isoladas e não um cuidado em rede como é a proposta. Com isso, os serviços de referência se tornam sobrecarregados, não havendo uma continuidade do cuidado no território ou um respaldo da Atenção Básica. Há ausências assistenciais, escassez de propostas que atendam essa demanda para além do CAPS, insuficiência de equipes e de espaços que acolham os casos menos graves criando um limbo na rede. Também prevalece por vezes encaminhamentos desresponsabilizados que não contemplam o indivíduo em sua integralidade empurrando os sujeitos com transtornos mentais apenas aos serviços de referência, ou seja, criando muros invisíveis de segregação.

Em contrapartida a percepção dos usuários em relação aos serviços é positiva. Impera o sentimento de pertencimento, de acolhida e de amparo. Há um discurso quase unânime e vibrante de aceitação em relação às oficinas oferecidas e a

reclamação quando não há recursos para oferecê-las. É imprescindível destacar a importância dessas e outras ferramentas terapêuticas para além da medicalização e os efeitos positivos que suscitam nesses indivíduos. No entanto, nota-se que são recursos pontuais dos serviços de referência, não havendo o fortalecimento de estratégias formais com a rede, como por exemplo o matriciamento em saúde mental.

Ainda que tenha aparecido alguns discursos permeados de estereótipos acerca da saúde mental houve o predomínio de uma atuação crítica nas unidades visitadas transformando essas unidades como pontos de resistência, ainda que constituídas sob os resquícios da lógica manicomial. Também é válido dizer que apesar das dissonâncias encontradas nos serviços é evidente que as práticas que ocorrem no interior desses serviços também são atravessadas por abordagens que enfatizam a importância de uma escuta atenta, na identificação das necessidades dos usuários e nas discussões regulares que permeiam o cotidiano laboral. As equipes demonstram comprometimento com a promoção de um atendimento humanizado e engajado, pautado por uma abordagem distinta no cuidado e na atenção à saúde mental. Esse enfoque implica a construção de laços de confiança, na implicação de responsabilidade pelo cuidado e um compromisso contínuo com a reflexão sobre a organização do próprio trabalho.

Deste modo, a consolidação do modo psicossocial demonstra avanços discretos na tentativa de superar a assistência pautada no tecnicismo, na medicalização e na fragmentação do cuidado. O estigma entranhado na saúde mental ainda pulsa e persiste nos demais atores da Rede em Saúde refletindo em fluxos assistenciais que orbitam ao redor dos CAPS e se caracterizam mais pela dificuldade de acesso do que pelo empoderamento e reinserção social dos usuários.

Além disso, ainda que tenha ocorrido uma transformação do modelo asilar para o psicossocial, ainda há a necessidade de se criar metodologias de avaliação dos serviços implementados, haja vista que as alterações propostas não vieram acompanhadas de uma avaliação sistemática. Além disso, é fundamental o fortalecimento e a articulação dos dispositivos da RAPS. Para além dessas questões o desmonte da saúde mental representado pelas portarias apresentadas nos últimos anos vem provocando o sucateamento dos serviços substitutivos ao tornar a saúde mental um campo subfinanciado e direcionar orçamentos insuficientes para a manutenção desses serviços.

Além disso, não há como se pensar em uma dimensão bioética da saúde mental se o olhar acerca da loucura ainda estiver repleto de ideias preconceituosas, estigmatizando estes sujeitos e caracterizando-os como improdutivos, incapazes ou incuráveis. Mais do que isso, é perceptível que apesar de todos os avanços e conquistas a legislação ainda se mostra ineficiente na tentativa de resguardar os direitos destes indivíduos.

Para além destas questões há também a dificuldade no cuidado e atendimento dos transtornos mentais mais graves e crônicos, facilitando condutas que servem para silenciar o sujeito por meio da farmacologia e, assim, onerar a sociedade de sua responsabilidade. É necessária uma resistência em um mundo que busca a todo custo à padronização e homogeneização de subjetividades. Perseguir uma dimensão ética de práxis se transforma também em movimento político uma vez que a ciência, especialmente, na área da saúde deve ser libertadora e transformadora e não estar a serviço de práticas que restrinjam direitos e cerceiem a liberdade dos seus.

Nesse sentido, na tentativa de fortalecer e consolidar a produção de cuidado a partir do modo psicossocial, é fundamental se pensar em alternativas para efetivação da rede. Deste modo, serão elencadas algumas propostas, tais como:

- Aumentar os espaços de diálogo intersetorial do município, estimulando à participação da comunidade com o intuito de promover discussões abertas sobre a Rede.

- Investir na Educação Popular em Saúde como meio de construir em conjunto com a população um entendimento sobre a importância do cuidado compartilhado e em rede. Ou seja, reforçar o matriciamento e os espaços de cuidado para além do CAPS.

- Incluir na rede de Urgência e Emergência capacitações sobre o manejo e acolhimento da população com transtornos mentais, evitando contenções ou uso de força de forma desnecessária.

- Articular estratégias com a Atenção Básica no intuito de promover a continuidade do cuidado no território. Essa estratégia visa reiterar a integralidade do cuidado e fortalecer o matriciamento de modo a não cronificar os serviços especializados.

- Promover e discutir saúde mental na APS e com a comunidade a fim combater o estigma associado ao tema.

- Fortalecer estratégias no CAPS que busquem a independência, a autonomia e a reinserção social do sujeito. Mais do que isso, promover atividades que produzam sentido aos usuários.

- Estimular o protagonismo e a participação ativa do sujeito na construção do PTS, no compartilhamento do cuidado e na circulação pela RAPS. Isso porque se faz necessária a compreensão da integralidade também a partir da livre circulação desses sujeitos pelos serviços.

- Investir em ferramentas e estratégias psicossociais para além dos psicofármacos.

- Estabelecer a Educação Permanente como meio de problematizar, refletir e transformar a realidade de trabalho e as condutas adotadas.

- Criar uma Comissão de Gestão para as unidades de saúde mental a fim de garantir a melhoria contínua dos serviços e assegurar a qualidade do atendimento ofertado.

- Estabelecer uma Associação dos Usuários em Saúde Mental no intuito de ampliar os espaços sociais e dar voz ativa a esses indivíduos, promovendo a participação na definição de políticas e práticas que impactam em suas vidas. Além disso, a criação desses espaços pode estabelecer um ambiente seguro para partilha de vivências e oferta de apoio mútuo.

Embora esta análise se restrinja a um único serviço de saúde mental – os serviços especializados -, os entrevistados foram selecionados de maneira a abranger a diversidade de uma equipe interdisciplinar, o que pode ecoar em muitos outros serviços de saúde mental que se estruturam a partir de abordagens e dispositivos clínicos e de gestão semelhantes aos apresentados aqui.

A análise minuciosa das estruturas e práticas presentes nesses serviços permitiu identificar alguns desafios cruciais. A falta de integração efetiva entre os diversos níveis de atenção e a escassez de recursos financeiros e humanos emergiram como obstáculos significativos para a oferta de cuidados de qualidade. Além disso, estigmas culturais enraizados em relação às questões de saúde mental ainda se apresentam como barreiras para a busca de ajuda por parte da população.

As considerações finais desta pesquisa ressaltam a necessidade de um esforço conjunto e contínuo para fortalecer a rede de atenção psicossocial em Campo Grande-MS. A criação de políticas públicas mais abrangentes e inclusivas, que considerem as

particularidades da região, se faz urgente. Investimentos na formação e capacitação de profissionais, assim como a expansão dos recursos disponíveis, são fundamentais para a construção de uma rede eficaz e acessível.

No entanto, apesar desses desafios, a pesquisa também desvelou perspectivas promissoras para a rede de atenção psicossocial em Campo Grande-MS. A presença de profissionais dedicados e engajados, aliada a criação da Lei Municipal em Saúde Mental e a expansão dos pontos de cuidado, apontam para uma possibilidade concreta de transformação positiva. Além disso, ações que visam a desmistificação da saúde mental e a educação da população podem contribuir para a redução do estigma e o aumento da conscientização sobre a importância do cuidado psicossocial.

Nesse contexto, este estudo assume um papel analítico em relação à ética e à política que guiam as práticas de saúde mental em rede, nas quais o acolhimento é uma das principais estratégias. Acolher é mais do que simplesmente estar presente; é estar com a vivência da loucura, sem pretender domesticá-la. Abrir-se à escuta e ao apoio são atitudes centrais. Compreender o acolhimento como uma ferramenta essencial no âmbito da saúde mental, integrá-lo na dinâmica institucional e na postura dos profissionais reflete uma diretriz que engloba mais do que categoriza, que valoriza a diferença em vez de normalizá-la e que estimula uma clínica que é coproduzida em vez de prescrita, promovendo a autonomia dos sujeitos que estão em busca de cuidado.

Reconhecer que a melhoria da prática na saúde mental está ancorada na qualidade dos encontros entre os provedores de cuidados e aqueles que necessitam deles é uma aposta em uma política de saúde capaz de instigar transformações a partir do ato simples de acolher. Esse ato, quando incorporado a uma estratégia de intervenção democrática e comprometida, estimula a criação de sujeitos autônomos que trilham em direção à gestão da própria saúde.

Em última análise, esta pesquisa contribuiu para ampliar a compreensão da rede de atenção psicossocial do município. Não obstante, os desafios mapeados não devem ser vistos como obstáculos intransponíveis, mas como oportunidades para mudança e crescimento. A força dos movimentos sociais que outrora já vimos, do engajamento dos atores que fazem políticas públicas, nos mostram que é possível construir uma rede de atenção psicossocial mais resiliente, inclusiva e eficaz, que atenda às necessidades da população e promova a saúde mental de maneira integral.



## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. **As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa**. Congresso Ciave, 2008. Disponível em: [http://www.pucpr.edu.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724\\_599.pdf](http://www.pucpr.edu.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf). Acesso em: 12. Jan. 2021.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso: Maio/2021.
- ALVES, D. F. A.; MENDES, L. C. A.; SIMÕES, O. Reforma Psiquiátrica e a dependência brasileira: entre o arcaico e o moderno. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 165-179, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/QtqncyMGyb4JNsBHMv5dGnG/?lang=pt>. Acesso: Jul. 2022.
- AMARANTE, P. D. C. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p. 45 – 65.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde coletiva**, vol. 23, n. 06, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: Junho/2023.
- ANDRADE, S. M. O.; PONTES, E. R. J. C. População e Amostra. In: ANDRADE, S. M. O.; PEGOLO, G. E. (Org.). **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. 3ª ed. Campo Grande: Ed. UFMS, 2020.
- APPLEBAUM, P. S.; ROBBINS, P. C.; MONAHAN, J. Violence and delusions: data from MacArthur violence risk assessment study. **The American Journal of psychiatry**, 157 (4), p. 566-572, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10739415/>. Acesso em: Set. 2022.
- ARAUJO, A. K. **Avaliação em saúde mental: o processo de acolhimento**. 141 f. Dissertação (mestrado em saúde pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15032012-101652/pt-br.php>. Acesso em: Ago. 2022.
- ARAUJO, A. K.; TANAKA, O. Y. (2012). Avaliação do processo de acolhimento em saúde mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface**, 16 (43), 917-28. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000054>. Acesso em: Ago. 2022.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-napoli-tica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-obredrogas/39619/?fbclid=IwAR0rBI8RhgarMfFGu2G6V\\_a2OK3fP4Y9bE3YoxTZHAD6AdrnFOU4ac](https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-napoli-tica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-obredrogas/39619/?fbclid=IwAR0rBI8RhgarMfFGu2G6V_a2OK3fP4Y9bE3YoxTZHAD6AdrnFOU4ac). Acesso em: Abr. 2021.

BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, Ética e Política: escritos militantes** (pp. 196-206). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BARROS, N. H. S. **Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS**. 163 fls. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/7909-caracteristicas-biossociodemograficas-e-diagnosticos-de-pacientes-internados-em-hospital-psiquiatico-de-campo-grande-ms.pdf>. Acesso em: Jul. 2023.

BARROS, A. C. *et al.* A percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a assistência em saúde mental. **Revista USP**, vol. 54, n. 1, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174040/174141>. Acesso em: Ago. 2022.

BARROSO, F. A. R. **Serviço social e saúde mental: o estigma vivenciado por usuários dos CAPS**. 2016. 75 f. TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/17327>. Acesso em: 07. Abr. 2021.

BERTRAM, M. What does social inclusion means? **A Life in the Day**, London, v. 12, n. 2, p. 24-27, 2008.

BEZERRA, T. C. **Uma revisão integrativa em publicações sobre a rede de atenção psicossocial (RAPS) no ano de 2019**. 2020. 38 f. TCR (Trabalho de Conclusão de Residência). Escola de Saúde Pública de Pernambuco, Arco Verde, 2020. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129454/tcr\\_thais-cavalcanti-esppe11-1.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129454/tcr_thais-cavalcanti-esppe11-1.pdf). Acesso em: 18. Ago. 2021.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia: ciência e profissão**, vol. 28, n. 03, p. 632-645, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/J39C4msqtPyBM6mxKnP9GCw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: Jul. 2022.

BORBA, L. O.; PAES, M. R.; GUIMARAES, A. N.; LABRONICI, L. M. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista Esc. Enferm. USP**, vol. 45, n. 2, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>. Acesso em: set. 2022.

BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M.P.; DUTRA, V. F. D.; LOYOLA, C. M.D. A enfermagem e o protagonismo do usuário no CAPS: um estudo na perspectiva construcionista. **Revista Gaúcha de enfermagem**, vol. 42, 2021. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200082>. Acesso em: Set. 2022.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, vol. 5, n. 11, p. 121-136. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-org--->. Acesso em: Ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde: Brasília, 1992. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=836](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836). Acesso: 15. Mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso: Abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev. 2002, Seção 1, p. 22. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: Ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Saude\\_mental\\_na\\_atencao\\_basica\\_\\_o\\_vinculo\\_e\\_o\\_dialogo\\_necessario/48](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Saude_mental_na_atencao_basica__o_vinculo_e_o_dialogo_necessario/48). Acesso em: Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 14. Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso: Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Ministério da Saúde: Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: Jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: Ago/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007. 85 p. Disponível em: Acesso em: Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154, de 24 jan. 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2009b). **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf). Acesso em: Ago. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: Set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2010. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acesso em: Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 3.088, de 23 dez. 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso. Ago. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do

Brasil], Brasília, n. 204, p.55, 24 out. 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3347>. Acesso: Set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875>. Acesso em: Ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019**. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRITO, J. M. S.; LAUER-LEITE, I. D.; NOVAIS, J. S. **Discurso do Sujeito Coletivo na prática**. 1ª edição. Porto Seguro: UFSB, 2021.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. **A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)**. III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://atencaopsicossocial.paginas.ufsc.br>. Acesso em: 05. Jan. 2021.

CAMPOS, G. W. **Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. São Paulo: mimeo, 1997.

CAMPOS, P. A. Crise, rede e hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: JORGE, M. A. S. (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

CAMATTA, M. W.; SINIAK, D. S.; SCHNEIDER, J. F.; PINHO, L. B.; ESLABÃO, A. D.; RIBEIRO, D. B. Concepções de gestores de serviços de saúde sobre a rede de atenção psicossocial a usuários de crack. **Revista min. Enfermagem**, v. 24, 2020. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200022. Acesso em: 13. Ago. 2021.

CARNEIRO, E. M.; PAIVA, C. S.; CARDOSO, F. S.; JAQUES, S. A.; SERRANO, A. L. M.; RIBEIRO, M. S.; COSTA, C. B. S. Prescrição e gerenciamento de Projeto terapêutico Singular como instrumento norteador da jornada do paciente internado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 23, n. 5, 2023, e11991. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11991.2023>. Acesso em: Junho/2023.

CARVALHO, M. C. A. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, M. A. S. (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface**, vol. 09, n. 16, 2005. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf. Acesso em: Jun. 2022.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000200016>. Acesso em: Set. 2022.

CLEMENTINO, F. S.; SILVA, F. G.; MIRANDA, F. A. N.; QUEIRÓZ, D. T.; PESSOA JÚNIOR, J. N.; MARCOLINO, E. C. Percepção dos usuários acerca do atendimento no Centro de Atenção psicossocial III. **Revista de Enfermagem da UFSM**, vol. 7, n. 3, 464-476, 2017. <https://doi.org/10.5902/2179769225942>. Acesso em: Set. 2022.

COELHO, M. O; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>. Acesso em: Ago/2023.

COELHO, N. A. *et al.* A percepção dos profissionais sobre as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial em Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, vol. 25, 2021. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622021000100245](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100245). Acesso em: Ago. 2022.

COLLUCI, C. Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de saúde mental. **Jornal Folha de São Paulo**, edição de 07.12.2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml>. Acesso: Jul. 2022.

COSTA, J.R.E.; ANJOS, M. F.; ZAHER, V. L. **Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética**. São Camilo: Centro Universitário, 2007.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D C. (Org.). **Ensaio de Loucura & Civilização**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.141-168.

COUTINHO, L. R. P. *et al.* Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Acesso em: Ago. 2022.

CRP. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. **É preciso reagir contra o “revogaço” e os retrocessos na política de saúde mental no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://crppr.org.br/contra-retrocessos-politica-saude-mental/>. Acesso: 05. Jan. 2021.

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, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23. Jan. 2021.

DELFINI, P. S. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Rev. Caderno de Saúde Pública**, vol. 33, n. 12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145816>. Acesso em: Set. 2022.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 18. Jul. 2022.

DESVIAT, M. **Coabitar a diferença**: da Reforma Psiquiátrica à saúde mental coletiva. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2018.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 25, n. 02, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>. Acesso em: 15. Abr. 2021.

DUARTE, M. L. C; THOMAZ, J.; OLSCHOWSKY, A. O cuidado em saúde mental na internação psiquiátrica: percepção dos familiares. **Cogitare Enferm.**, vol. 19, n. 1, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/DESKTOP/Downloads/35969-132167-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DESKTOP/Downloads/35969-132167-3-PB%20(1).pdf). Acesso: set. 2022.

ELBOGEN, E. B.; JOHNSON, S. C. The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Archives of general psychiatry**, 66 (2) 152-161, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19188537/>. Acesso em: Ago. 2022.

EVANGELISTA, A. L. P.; FROTA, A. C.; TORRES, R. B. S.; BARRETO, I. C. H. C. Residência integrada em saúde mental: cuidado à Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**, vol. 31, n. 4, e-1806-1230, 2018. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8774>. Acesso em: Ago. 2022.

FAGUNDES, G.S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S.L.C.L. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência e Saúde coletiva**, vol. 26, n. 06, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>. Acesso em: Junho/2023.

FERGUSON, I. **Politics of the mind**: Marxism and mental distress. Londres: Bookmarks, 2017.

FERIOTTI, M. L. Patrimônio da Reforma Psiquiátrica: sobre coletivos e incertezas. In: CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (Orgs.). **Mostra de práticas em saúde mental** - reconhecer o patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje? 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

FERNANDES, C. A. **Análise de discurso: reflexões introdutórias**. São Carlos: Claraluz, 2007.

FERRARI, I. F. **Agressividade e violência**. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 49-62, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652006000200005>. Acesso em: Jul. 2022.

FERREIRA, P. Agressividade e saúde mental: como profissionais de um CAPS lidam com atos agressivos e violentos dos pacientes. In: PASSOS, R. G; COSTA, R. A.; SILVA, F. G. (Orgs.). **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A.C.N.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Revista Interface**, vol. 21, n. 61, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>. Acesso em: Junho/2023.

FIGUEIREDO, E.B.L.; GOUVEA, M.B.; SILVA, A.L.A.; Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 40, n. 03, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01712015>. Acesso em: Junho/2023.

FORTES, H. M. Tratamentos compulsórios e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Mat. Infant.**, vol. 10, n. 2, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>. Acesso em: Jul. 2022.

FOSSATI, E. C.; MOZATTO, A. R.; MORETTO, C. F. O uso da revisão integrativa na administração: um método possível. **Revista Eletrônica científica do CRA-PR**, vol. 6, n. 1, p. 55-72, 2019. Disponível em: <http://recc.cra-pr.org.br/index.php/recc/article/view/169>. Acesso em: Ago. 2022.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FRATESCHI, M. S; CARDOSO, C. L. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 2, p. 545-565, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312014000200545&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312014000200545&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12. Jan. 2021.

GALEAZZI, G. M. et al. Morale of mental health professionals in Community Mental Health Services of a Northern Italian Province. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale**, v. 13, n. 3, p. 191-197, Jul./Set., 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15529823/>. Acesso: Abr. 2022.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e pesquisa**, vol. 33, n. 1, pp. 151-161. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/ep/a/mJ9399tTm597mJXRgPhVNkf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: Ago/2023.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6<sup>o</sup> ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.  
LIMA, M. C.; GONÇALVES, T. R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Revista Trabalho, educação e saúde**, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>. Acesso em: Ago/2023.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enferm USP**, vol. 38, n. 1, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100002>. Acesso em: Mai. 2022.

HONORATO, G. L. Avante Luta Antimanicomial, ocupemos os planos diretores das cidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 27, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19802021>. Acesso em: Ago. 2022.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Trad. Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, 2010. p. 17–44.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERE, 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 e Saúde coletiva**, vol. 16, n. 07, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>. Acesso em: Junho/2023.

JUNIOR, P. F. P. O; PACAGNAN, M. N; MARCHIORI, M. **Contribuições da Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para Investigação da Estratégia como Prática**. VI encontro de estudos em estratégias, 2013. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjV4pubnrDuAhV0H7kGHQhoB64QFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Fgrupoestudo%2Fgecorp%2Fimages%2Fdiscurso\\_do\\_sujeito\\_coletivo.pdf&usq=AOvVaw3bYIS-j7XiYeQCih3zuC1V](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjV4pubnrDuAhV0H7kGHQhoB64QFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Fgrupoestudo%2Fgecorp%2Fimages%2Fdiscurso_do_sujeito_coletivo.pdf&usq=AOvVaw3bYIS-j7XiYeQCih3zuC1V). Acesso em: 03. Jan. 2021.

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 69-74.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCMAN, S. **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008.

LASWELL, H. D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland: Meridian Books, 1936/1958.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.) **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

LEAL, E. M.; MUÑOZ, N. M. Estratégias de intervenção em saúde mental. In: JORGE, M. A. S. (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LEÃO, A. *et al.* Obstáculos à produção do cuidado em álcool e outras drogas na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental: prelúdios do cenário atual. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, vol. 16, n. 3, São João del-Rei, 2021. Disponível em: [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/e3733](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3733). Acesso em: Ago. 2022.

LEFÈVRE, A. C; CRESTANA, M. F. CORNETTA, V.T. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e desenvolvimento de recursos Humanos em Saúde”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, pp. 68-75, 2003. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001459222>. Acesso em: 17. Jan. 2021.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C; MARQUES, M. C. C. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400025](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400025). Acesso em: 07. Jan. 2021.

LIMA, D. K. R. R. Entre fios e nós: uma análise da Rede de Atenção Psicossocial de Natal, RN. 182 f. Tese (doutorado em saúde coletiva), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/26421>. Acesso em: Jan. 2022.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4590-4602, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cgtCW3KynPmWtjQ3qGKmtvP/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Um%20deles%20%C3%A9%20o%20desafio,psi%20qui%C3%A1tricos%20e%20institui%C3%A7%C3%B5es%20afins>. Acesso em: Jun. 2022.

MACHADO, A. M.; MIASSO, A. I; PEDRÃO, L. J. Sentimento do portador de transtorno mental em reabilitação no processo psicossocial frente à atividade de recreação. *Rev. Esc. Enferm, USP*, vol. 45, n. 2, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200022>. Acesso em: Ago. 2022.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M.; LUZ, Z. M. P. Das proposições da política às práticas do serviço: há novidades nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas? **Physis**, v. 30, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300118>. Acesso em: Set. 2021.

MANFRE, M. M. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: a visão dos trabalhadores e gestores de serviços de saúde mental de um município do Estado

de São Paulo. **Revista de Psicologia UNESP**, vol. 25, n. 1, 27-37, 2015. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442015000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442015000100003). Acesso em: Ago.2022.

MARCELO, A. C. **A conformação da rede de atenção psicossocial – RAPS em Campo Grande-MS**. 108 fls. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação mestrado e doutorado em psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2023.

MARTIN, R. Secondary gain, everybody's rationalization. *Journal of occupational and environmental medicine*, vol. 16, n. 12, p. 800-801, 1974. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00043764-197412000-00008>. Acesso em: Set. 2022.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. **Rev. Psicologia: teoria e pesquisa**, vol. 32, n. 04, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324216>. Acesso em: Set. 2022.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRENDA, M. Z.; JORGE, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, vol. 27, n. 4, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>. Acesso em: Ago. 2022.

MEDEIROS, V. H. R.; MOREIRA, M. I.B. Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS. **Saúde e Sociedade**, vol. 31, n.1, 1-11, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210094>. Acesso em: Ago. 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MILLANI, H. F. B; VALENTE, M. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 4, n. 2, p. 00-00, 2008. ISSN 1806-6976. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180669762008000200009&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180669762008000200009&script=sci_abstract). Acesso em: 11. Jan. 2021.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K.; SANTOS, C. B. T. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Rev. Psicol. Ciência e Profissão**, vol. 34, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001662013>. Acesso em: Set. 2022.

MOTA, A; TEIXEIRA, C. O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental em tempos de pandemia. **Observatório de análise Política em Saúde**, 2020. Disponível em <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/bdbf2024d57cb707acafb4b32b0d6b47/3/>. Acesso: Jul. 2022.

NAGAI, R.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; STELUTI, J.; TEIXEIRA, L. R.; ZINN, L. C. S.; SOARES, N. S.; FISCHER, F. M. Conhecimentos e práticas de adolescentes na Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo na Representação Social. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, pp. 404-411, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300012>. Acesso em: 13. Jan. 2021.

NEVES, A. V. M. **Políticas públicas de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NICOLAU, K. W. **Grupalidade como dispositivo tecnológico em saúde mental: discursos e representações em análise**. 126 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/32306>. Acesso em: Jul. 2022.

NOBREGA, M.; SILVA, G.; SENA, A. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em saúde mental. **Rev. Atas – Inv. Qual. Em saúde**, v. 2, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735>. Acesso: Jul. 2022.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História. **Ciências & Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>. Acesso em: 03. Fev. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. Acesso em: Jan. 2021.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5ª Ed. Campinas: Pontes, 2003.

PAMPLONA, F. C. A banalidade do caos: potencialidades ético-políticas da psicologia no capitalismo pandêmico. **Cadernos de psicologia**, v. 1, n.1, 2020. Disponível em: [https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/wp-content/uploads/2020/12/A-banalidade-do-caos\\_-potencialidades-etico-politicas-da-Psicologia-no-capitalismo-pandemico-%E2%80%93-Revista-Cadernos-de-Psicologias.pdf](https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/wp-content/uploads/2020/12/A-banalidade-do-caos_-potencialidades-etico-politicas-da-Psicologia-no-capitalismo-pandemico-%E2%80%93-Revista-Cadernos-de-Psicologias.pdf). Acesso em: Jul. 2023.

PAVÓN-CUELLAR, D. Subjetividade e psicologia no capitalismo neoliberal. **Revista Psicologia Política**, vol. 17, n. 40, pp. 589-607, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-549X2017000300011&lng=pt&nrm=is](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2017000300011&lng=pt&nrm=is). Acesso em: Ago.2023.

PEDROSA, T. B. Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 27, n. 1, 2022. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/csc/a/wCnNLRdNCNjWwynTq7tn6Ky/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: Ago. 2022.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, pp. 1035-1043, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400020](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400020). Acesso em: 15. Jan. 2021.

PERKINS, R.; REPPER, J. **Social inclusion and recovery: a model for mental health practice**. London: Baillière Tindall, 2003.

PINHO, R. T. **Itinerários da assistência psiquiátrica em Cuiabá-MT na primeira metade do século XX**. 266 fls. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Geografia, História e documentação, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2019. Disponível em: [https://ri.ufmt.br/bitstream/1/2255/1/TESE\\_2019\\_Rachel%20Tegon%20de%20Pinho.pdf](https://ri.ufmt.br/bitstream/1/2255/1/TESE_2019_Rachel%20Tegon%20de%20Pinho.pdf). Acesso em: Jul. 2023.

PITTA, A. M. F. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENANCIO, A. T.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.). **Saúde mental: campo, saberes e discurso**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30. Jan. 2021.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 6-14, 2019. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>. Acesso em: Abr. 2022.

PONTES, P. P. L. **Acolhimento na visão do profissional em CAPS adulto**. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2021. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/19691/1/Pedro%20-06-12-2021%20-%20ap%C3%B3s%20banca%20%282%29.pdf>. Acesso em: Set. 2022.

PRADO, A. L.; BRESSAN, R. A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Rev. Psicopedagogia**, vol. 3, n. 100, p. 103-109, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010384862016000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862016000100012). Acesso em: Ago.2022.

PRATA, N. I. S. S. *et al.* Saúde mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trabalho, educação e Saúde**, vol. 15, n. 1, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>. Acesso em: Ago. 2022.

QUERINO, R. A. *et al.* Rede de Atenção Psicossocial: percepção de gestores e tensionamentos do campo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 73, supl. 1, 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/reben/a/8Rxcc3XZ6XFqkKmb44BbMJM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: Ago. 2022.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Rev. Physis**, vol. 24, n. 2, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>. Acesso em: Ago. 2022.

RAMALHO, O. C. **O apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no Distrito Federal**. 104 f. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34190>. Acesso em: Jul. 2022.

RODOVALHO, A. L. P.; PEGORARO, R. F. O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, vol. 16, n. 1, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.150161>.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F. F.; SPRICIGO, J. S. Associação de usuários em Centro de Atenção Psicossocial: desvelando sua significação. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 240-245, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200007>. Acesso em: Ago/2023.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001, pp. 13-32.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. *Physis, revista de saúde coletiva*, vol. 21, n. 2, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200012>. Acesso: Ago. 2022.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, educação e saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 13. Jun. 2021.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Rev. Barbaroi**, n. 34, p. 146 – 160, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i34.1643>. Acesso em: Set. 2022.

SAYCE, L. **From psychiatric patient to citizen: overcoming discrimination and social exclusion**. London: MacMillan, 2000.

SCHRAN, L. S.; MACHINESKI, G. G.; RIZZOTTO, M. L. F.; CALDEIRA, S. Percepção da equipe multidisciplinar sobre a estrutura dos serviços de saúde mental: Estudo fenomenológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 40, n. 1, 1-7, 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180151>. Acesso em: Set. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenadoria da RAPS. **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. 2018. Disponível em: <https://www.etsus.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/APRESENTACAO-RAPS-Psicossocial-Modo-de-Compatibilidade.pdf>. Acesso em: Ago/ 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Coordenadoria da RAPS. **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. 2023.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, vol 13, n. 4, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>. Acesso em: Ago. 2022.

SILVA, M. E. Histórico da saúde mental até o governo atual. CASTRO, C. L. F.; GONTIJO, C. R. B.; ALMEIDA, B. V. (Org.). **Políticas Públicas em saúde mental: abordagens e desafios**. EDUEMG: Belo Horizonte, 2013.

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. **Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 2, pp. 161-167, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/317458407\\_Concepcoes\\_sobre\\_o\\_modos\\_de\\_Atencao\\_Psicossocial\\_de\\_profissionais\\_da\\_saude\\_mental\\_de\\_um\\_CAPS](https://www.researchgate.net/publication/317458407_Concepcoes_sobre_o_modos_de_Atencao_Psicossocial_de_profissionais_da_saude_mental_de_um_CAPS). Acesso em: 18. Jan. 2021.

SILVA, J. F. Atenção Psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais da Atenção Básica e Estratégia em saúde mental. 111f. Dissertação (mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, 2016.

SILVA, T. A.; SILVA, A. S.; MARTINS FILHO, I. E.; NERY, A. A.; VILELA, A. B. A. (Re)visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **Revista av. enfermagem**, v. 38, n. 3, pp. 380-386, 2020. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.82440>. Acesso em: 05. Jul. 2021.

SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v17n9/a18v17n9.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n9/a18v17n9.pdf). Acesso em: Ago. 2022.

SILVEIRA, R. P. *et al.* Compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial: percepção de trabalhadores e usuários. **Rev. Eletrônica de saúde mental, álcool e drogas**, vol. 15, n. 2, p. 69-76, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762019000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000200010). Acesso em: Ago. 2022.

SIMOES, C. H. D.; FERNANDES, R. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Rev. Estud. Psicol. (Campinas)**, vol. 30, n.

2, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200014>. Acesso em: Abr. 2022.

SOARES, M. S. **Navegando pela Saúde Mental do Centro-Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa**. 155 fls. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22754/1/2016\\_MiriamSenghiSoares.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22754/1/2016_MiriamSenghiSoares.pdf). Acesso em: Jul. 2023.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Rev. Aletheia**, vol. 28, p. 45-59, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115012542005.pdf>. Acesso em: Ju. 2022.

SOUZA, L. G. S.; MENADRO, M. C. S.; COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; LIMA, R. P. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Rev. Saúde e Sociedade**, vol 21, n. 4, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>. Acesso em: Ago. 2022.

SOUZA, T. P.; CARVALHO, S. R. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, v.18, supl. 1, p. 945-56, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0518>. Acesso em: Ago. 2022.

SPONCHIADO, G. M. **O avanço da contrarreforma psiquiátrica e os sentidos da institucionalização do usuário da rede de atenção psicossocial: uma revisão narrativa**. 20 f. Trabalho de conclusão de curso. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2021. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4268?locale=en>. Acesso em: Ago. 2022.

STEADMAN, H. J. *et al.* Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. **Archives of general psychiatry**, 55 (5), 393 – 401, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9596041/>. Acesso em: Ago. 2022.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THORNICROFT, G. **Shunned: discrimination against people with mental illness**. Oxford: Oxford University, 2006.

THORNICROFT, G. Stigma: ignorance, prejudice ou discrimination? **British Journal of Psychiatry**, London, v. 190, pp. 192-193, 2007. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Stigma%3A-ignorance%2C-prejudice-or-discrimination-Thornicroft-Rose/92c0fd7a107fe4fcc22ac0dce9b7a45f72009c7e?p2df>. Acesso em: 11. Jan. 2021.



VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

XIBERRAS, M. **As teorias da exclusão: para uma construção do imaginário do desvio**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

YASUI, S. Ira, amor, resistência e invenção: reflexões sobre o legado da Reforma Psiquiátrica. In: CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (Orgs.). **Mostra de práticas em saúde mental** - reconhecer o patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje? 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

ZEFERINO, M. T.; CARTANA, M. H. F.; FIALHO, M. B.; HUBER, M. Z.; BERTONCELLO, K. C. G. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Ana Nery**, vol. 20, n. 3, 1-7, 2016. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>. Acesso em: Ago. 2022.

ZGIET, J. **Saúde mental e moral capitalista do trabalho**: a dialética das alienações. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2021.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: A concepção de usuários e profissionais de saúde sobre os serviços de saúde mental da rede pública em Campo Grande-MS: análise sobre a práxis e o modo psicossocial, desenvolvida pelos pesquisadores Luiza Maria de Souza Nabarrete e Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

1. **Natureza da pesquisa:** o sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade investigar a concepção dos usuários e dos profissionais de saúde sobre o atendimento em saúde mental da rede pública de Campo Grande-MS e verificar a relação entre a práxis e o modo psicossocial. Sabe-se que os transtornos mentais foram negligenciados pela sociedade por muito tempo e mesmo com o processo de desinstitucionalização é importante investigar se a exclusão se dá de outras formas ou modos mais sutis e quais são as percepções dos usuários e dos profissionais de saúde envolvidos neste processo.
2. **Procedimentos da pesquisa:** serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde de nível superior dos serviços de referência em saúde mental do município de campo grande-ms. Será utilizado como critério de inclusão estar atuando nestes serviços há, pelo menos, um ano. Serão utilizados como critérios de exclusão os profissionais que estiverem afastados por motivo de férias, atestados ou licenças durante o período de coleta de dados. Ressalta-se que se buscará um local reservado para a concretização desta etapa indicado pelo coordenador da unidade.
3. **Duração e local da pesquisa:** a etapa de entrevistas terá duração de, aproximadamente, seis meses e será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município supracitado. Os profissionais de saúde serão entrevistados individualmente por, aproximadamente, meia hora.
4. **Envolvimento na pesquisa:** o sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
5. **Sobre as entrevistas:** como instrumento de coleta de dados a pesquisa utilizará entrevistas semiestruturadas por meio de um roteiro inicial com 8 (oito) questões norteadoras. As falas serão audiografadas na íntegra com a autorização prévia dos participantes, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando o anonimato e os princípios éticos recomendados. \_\_\_\_\_  
(ASSINATURA PARA CONCORDÂNCIA DAS GRAVAÇÕES).
6. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Ressalta-se que devido ao risco de constrangimento ou desconforto durante a realização das entrevistas, está assegurado ao indivíduo o direito de recusa ou interrupção da participação na pesquisa em qualquer momento do seu desenvolvimento. Além disso, durante o procedimento de coleta de dados o participante estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal capacitado para isso.



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: A concepção de usuários e profissionais de saúde sobre os serviços de saúde mental da rede pública em Campo Grande-MS: análise sobre a práxis e o modo psicossocial, desenvolvida pelos pesquisadores Luiza Maria de Souza Nabarrete e Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos.

1. **Natureza da pesquisa:** o sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade investigar a concepção dos usuários e dos profissionais de saúde sobre o atendimento em saúde mental da rede pública de Campo Grande-MS e verificar a relação entre a práxis e o modo psicossocial. Sabe-se que os transtornos mentais foram negligenciados pela sociedade por muito tempo e mesmo com o processo de desinstitucionalização é importante investigar se a exclusão se dá de outras formas ou modos mais sutis e quais são as percepções dos usuários e profissionais de saúde envolvidos neste processo.
2. **Procedimentos da pesquisa:** serão realizadas entrevistas semiestruturadas com uma amostra de usuários dos serviços de referência em saúde mental do município de campo grande-ms. Será usado como critério de inclusão a utilização dos serviços há, pelo menos, seis meses. Será utilizado como critério de exclusão fatores que afetem a cognição e os pacientes menores de idade. Ressalta-se que se buscará um local reservado para a concretização desta etapa indicado pelo coordenador da unidade.
3. **Duração e local da pesquisa:** a etapa de entrevistas terá duração de, aproximadamente, seis meses e será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município supracitado. Os usuários serão entrevistados individualmente por, aproximadamente, meia hora.
4. **Envolvimento na pesquisa:** o sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
5. **Sobre as entrevistas:** como instrumento de coleta de dados a pesquisa utilizará entrevistas semiestruturadas por meio de um roteiro inicial com 8 (oito) questões norteadoras. As falas serão audiografadas na íntegra com a autorização prévia dos participantes, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando o anonimato e os princípios éticos recomendados. \_\_\_\_\_  
(ASSINATURA PARA CONCORDÂNCIA DAS GRAVAÇÕES).
6. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Ressalta-se que devido ao risco de constrangimento durante a realização das entrevistas, está assegurado ao indivíduo o direito de recusa ou interrupção da participação na pesquisa em qualquer momento do seu desenvolvimento. Além disso, durante o procedimento de coleta de dados o participante estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal capacitado para isso.

7. **Confidencialidade:** os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.
8. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre o tema, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa melhorar os serviços ofertados, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.
9. **Pagamento:** o sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
10. **Indenização e assistência:** fica assegurado ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, bem como a assistência imediata, integral e gratuita.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo e a divulgação dos dados obtidos. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Campo Grande, de 20 .

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa A concepção de usuários e profissionais de saúde sobre os serviços de saúde mental da rede pública de Campo Grande-MS: análise sobre a práxis e o modo psicossocial, eu, Luiza Maria de Souza Nabarrete, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Em caso de dúvidas, o sr(a) pode contatar a qualquer momento:

**Pesquisadora: Luiza Maria de Souza Nabarrete (992358247)/luiza\_88\_@hotmail.com;  
Comitê de Ética em Pesquisa (UFMS): Av. Costa e Silva, s/n, bairro Universitário –  
Campo Grande-MS/ Telefone do Comitê: 33457019**

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS

- 1 – Na sua concepção, como você avalia os serviços de saúde mental?
- 2 – De que forma os serviços alcançam os usuários?
- 3 – Você acredita que os indivíduos com transtornos mentais graves e crônicos podem ser perigosos para a sociedade?
- 4 – Você acredita que os serviços conseguem auxiliar no desenvolvimento da autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico?
- 5 – Os indivíduos com transtornos mentais conseguem ter algum papel ativo na sociedade?
- 5 – Que sentimentos te mobilizam trabalhar com essa população?
- 7 – Quais as dificuldades encontradas trabalhando neste serviço com esta população?
- 8 – Quais são as possibilidades e desafios para a melhoria dos serviços ofertados?

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS

- 1 – Na sua percepção, como você enxerga a sua doença? Ela lhe traz prejuízos?
- 2 – Como você avalia os serviços e os atendimentos?
- 3 – Como os serviços te ajudam?
- 4 – Descreva como é a sua rotina na unidade? Que atividades você realiza?
- 5 – O que você gostaria que fosse diferente nestes serviços?
- 6 – O que você gostaria que fosse mantido?
- 7 – Como você acha que a sociedade enxerga a sua doença?
- 8 – Como a sua família enxerga a sua doença?

## ANEXO A – TRANSCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA ÍNTEGRA

**QUESTÃO 1**

**AS1:** Hoje, hoje em dia eu avalio que mudou muito, né. Lá do início eu vejo uma grande evolução, antes não tinha esse parâmetro, esse acolhimento que tem hoje, né. Hoje eu vejo que os pacientes psiquiátricos são bem acolhidos, hoje eu vejo que tem uma escuta qualificada né, eles não são mais estigmatizados, isolados né, tem a inclusão deles na sociedade. E isso é muito importante até, deles estarem se estruturando né, voltando para a sociedade, não tem mais aquele tabu né (ah, é paciente psiquiátrico, não deve participar, não deve andar em tal local). Então, tem melhorado muito, mas precisa melhorar mais, né. Mas só o fato dele estar em um ambiente como o CAPS, com a porta aberta, que a gente trabalha com a socialização, né, o olhar para a sociedade e para o ser humano e ver que não é um ambiente fechado, que eles podem conviver, já foi um grande passo.

**AS2:** ainda são serviços novos, né, perto de outras políticas, ainda é um serviço que a gente ainda encontra muitas barreiras. Nem todas as pessoas entendem o que é a saúde mental e como que o trabalho deve ser feito. Ainda há muita confusão, se tem que ficar internado ou não e para que servem os CAPS. Eu acredito que a gente precisa publicizar mais ainda esse serviço.

**ENF.1:** Desde a gestão da Dra. Ana Carolina a rede vem sendo ampliada, buscando trabalhar de acordo com o que foi definido com a reforma psiquiátrica. Mas a gente também passa por dificuldades, dificuldades estruturais. De uns tempos para cá, a verba vem cada vez mais reduzindo, então a gente trabalha em condições que não são muito boas. Falta recurso de trabalho. Eu acho que falta também uma formação, porque às vezes a gente vem para os serviços sem saber como atuar mesmo. Eu falo que na minha faculdade mesmo a formação em Psiquiatria e saúde mental foi muito insuficiente. A parte prática ainda lembro foi uma visita de dois dias aqui no hospital Nosso Lar. Eu comecei na atenção básica né, então a gente tinha muitos cursos de formação, sabe, os programas de TB, de hanseníase, saúde da criança e na saúde mental isso nunca teve, né. Então eu acho que isso iria ajudar bastante, né.

**ENF.2:** Os profissionais são muito empenhados em dar o seu melhor. Pode ser que para o usuário ainda sempre fique faltando, mas assim a gente procura fazer coisas assim que nem é das nossas atribuições, como tá levando paciente no nosso carro para ficar fazendo exames, para consultas com outros profissionais, a gente dá do próprio bolso, tira qualquer coisa, se tiver faltando algo aqui, alguma coisa diferente que eles queiram comer a gente faz cota, faz rifa, faz bazar, faz o que for preciso para poder melhorar um pouquinho, dá algo da melhor forma. Fora as doações, doações de roupa e tudo mais. Então assim, faz coisas além das nossas atribuições que a gente faz mesmo dentro dos atendimentos individuais, do que a gente tem que fazer mesmo por eles, né. Eu vejo que aqui todo mundo tem um empenho, faz o que gosta realmente sabe, tem perfil realmente por que faz o que gosta, porque se você veste a camisa e pega e faz. Mas independente de qualquer coisa, da gestão, de órgão público, a gente faz porque a gente gosta.

**PSICOL.1:** É um serviço assim que tem se esforçado bastante para ampliar sua capacidade de atendimento, que melhorou bastante nos últimos 10 anos, principalmente, a cobertura desses pacientes crônicos, no sentido de oferecer uma alternativa que não seja só atendimento hospitalar ou tratamento médico. Então os CAPS tem esse outro foco né e outras ações terapêuticas que vão para além da ação medicamentosa. Então eu entendo, percebo, que melhorou bastante, mas a gente ainda tem muitas deficiências né, assim tendo em vista que as demandas de saúde



mental tem aumentado, no sentido dos casos depressivos, ansiosos, por exemplo, leves né, que não são os transtornos mentais gravíssimos, crônicos, mas um sofrimento mental que vem e estão levando aí a uma construção de quadros depressivos, ansiosos, síndrome de pânico. Então essa demanda tá aumentando muito. E essa demanda eu sinto que ainda precisa melhorar as estratégias para atender mais a contento essa demanda, que é uma demanda que não consegue ficar no CAPS, a não ser que esteja em um quadro de crise, um muito crítico, quadro de risco, né. Uma demanda que passa pelo CAPS até estabilizar e depois ela tem atendimento direcionado para atenção básica ou para o CEM, que fazem todo seu esforço em atender, mas assim não consegue atender a contento essa demanda, principalmente, a parte do acompanhamento psicológico, que seria uma das questões que deveriam ser mais bem contempladas nesses casos, as psicoterapias, os grupos terapêuticos, não se tem, né. A gente fica aquém dessa demanda, que é uma demanda muito grande, que tá cada vez mais aumentando. Então em linhas gerais é um serviço que tem se ampliado, tem melhorado, mas ao mesmo tempo as demandas também tem se multiplicado e tem ganhado novas complexidades, por conta da própria cultura. Essa questão mais contemporânea, a gente tem aberto cada vez mais para novas demandas e tá tudo ganhando mais visibilidade também, então as pessoas têm buscado mais. Tem os transtornos e sofrimentos relacionados por exemplo em relação com o trabalho. Então eu enxergo as duas questões, a gente correndo pra dar conta, mas a demanda também cada vez mais crescendo.

**PSICOL.2:** Como uma necessidade muito grande. Eu acho que a rede de atenção psicossocial hoje presta um serviço que é muito abrangente, único, e que se não fosse essa rede de atendimento talvez muitas pessoas estariam desamparados no seu atendimento de saúde mental. Lógico como todo serviço às vezes algumas dificuldades vão surgir, questão de investimento, questão de estrutura, às vezes investimento no próprio servidor, reconhecimento, são algumas dificuldades, mas que mesmo assim os profissionais conseguem prestar um serviço de qualidade e muito importante para uma área que às vezes pela quantidade de pessoas na verdade por vezes fica desamparada.

**PSIQ.1:** São bons serviços. Acho que a rede é bem articulada em relação a outros lugares, não sei se pela complexidade, falta de recursos, não sei, mas em Campo Grande nos últimos 10 anos expandiu muito, evoluiu muito. Há 10 anos tinha um CAPS por exemplo, quase não tinha CAPS de internação, CAPS III, não só por conta da internação, mas como um todo, é bem articulado. Tem muitos serviços diferentes que não tem em outros lugares do Brasil. Aqui por exemplo a gente tem uma regulação só de psiquiatria. Os pacientes que estão nas UPAS, a gente tem uma equipe específica que faz a regulação, direciona. Ou já direciona para internação, ou para o acolhimento. Então, de forma geral, acho que em Campo Grande é bem articulada a rede.

**ENF.3:** Eu acho que ele é incompleto, não é? Mas ele atende a maioria das coisas que o público necessita, mas ele é incompleto. Aqui fora, também.

**ENF.4:** No geral, de boa qualidade. Eu acho assim, o acesso é grande, acho que a maior parte das pessoas que precisam, principalmente, aqui que a pessoa atende livre demanda, já é atendido na hora.

**PSICOL.3:** Eu não posso avaliar os CAPS de maneira geral, eu posso avaliar o CAPS IJ, que é o que eu tenho uma experiência. É um serviço muito bom, mas um tanto limitado devido a ser o único da cidade. A demanda é muito alta, a demanda é muito alta. A área de atendimento é muito grande. Ele é um local de difícil acesso para a

população que existe nas periferias, então tudo isso dificulta um pouco o acesso ao trabalho.

**PSICOL.4:** Aqui na rede eu acho que os serviços são bons. Se for procurar particular é tão caro, né? E às vezes nem valoriza que tem esse atendimento.

**PSIQ.2:** Teve uma melhora, mas ainda é muito marginalizada, a gente é meio deixado de lado ainda. Vejo que não é a prioridade ainda da Secretaria de Saúde.

**FONO:** Olha, eu estou há pouco tempo, mas desde que eu entrei e não conhecia o trabalho da saúde mental eu achei um serviço muito bom, não conhecia e acho que o serviço presta uma assistência muito boa, sabe? Não sei se são em todos os CAPS, mas o CAPS IJ realmente vai atrás do paciente. Quando o paciente falta a gente faz o contato para entender porque aquela família não veio, qual foi a dificuldade, para tentar reagendar, para buscar realmente esse paciente para não deixar ele perder o tratamento.

**ENF.5:** É um trabalho muito bem elaborado, muito bem desenvolvido por toda a equipe multidisciplinar. E isso é importante para a população em geral. E, principalmente pela demanda que a gente atende, é de uma importância ímpar.

**ENF.6:** Eu acho que é um serviço que vem crescendo bastante, mas ainda precisa muito de investimento no setor. Porque é muito difícil você resgatar o paciente que faz uso de drogas e álcool. Eles sabem da doença que eles têm, só que eles têm muitas recaídas, então a maioria dos nossos pacientes de internação não são marinhoiros de primeira viagem, não é? Então, geralmente já foram internados várias vezes, né? Eles sempre estão tendo recaídas, então a gente precisa ter alguma coisa a mais que consiga de fato fazer com que esse tratamento seja eficaz para que eles não tenham tantas recaídas. Então acho que é um serviço que é muito bom, tem muito paciente que vai, consegue, fica internado, sai daqui, faz as medicações, segue a vida normal. Mas uma grande maioria ainda tem recaídas. Não é? A gente vê muito isso com uma base familiar, então acho que tem que ter um investimento, não é? nessa parte, inclusive nas internações, na assistência e também voltado para o serviço social. Na parte de dar auxílio em relação às famílias, porque a gente percebe que a maioria deles, o contexto, começa dentro de casa, lá desde quando era criança, ou a mãe ou pai era usuário. E isso aí reflete na vida deles. É adulto, não é? Então acho que precisa ter alguma coisa, algum estudo para direcionar melhor esse tratamento para eles.

**ENF.7:** Então é bom, mas falta estrutura. Às vezes recebemos pacientes que não é nosso, principalmente no AD, né. Tudo quanto é paciente, a gente absorve. Ficam colocando o paciente de um lado para o outro, aí, como os outros não querem a gente acaba acolhendo essa demanda.

**T.O:** No papel, no documento, na legislação ok, mas a realidade é muito complicada. A gente não consegue dar conta, a gente não consegue exercer a nossa profissão como deveria ser exercer. Por diversos, inúmeros fatores. Começa pela política, enquanto profissional, enquanto cidadão. E eu sei que muitos profissionais se esforçam muito. Cada um faz seu melhor, mas os serviços deixam muito a desejar.

**ENF.8:** Em geral eu creio que nosso serviço é um serviço que atende grande parte da população. É um CAPS para toda a região, para toda Campo Grande e de certa forma, assim acaba ficando toda Campo Grande para esse serviço. Então assim, o serviço fica um pouco sobrecarregado. E os outros CAPS são de referências a transtornos mentais. Três ou quatro a mais para cada região.

**ENF.9:** Desculpa, mas o serviço é muito defasado, falta muita coisa. Estamos sozinhos, praticamente isolados do resto, sem muita conexão com os outros órgãos.

**PSICOL.5:** Acho que é dinâmico, a gente tem várias demandas de saúde mental e a pandemia aumentou mais, não é? Os pacientes chegam ao serviço muito adoecidos,

com um aspecto muito intenso com a família, demonstram cansaço, não é? Eu vejo que a família quer buscar um lugar para deixar esses pacientes. Eles querem encontrar um motivo para deixar. Então, eles deixam, deixa a pessoa está em crise aqui. Já em relação a equipe de trabalho eu percebo a mesma coisa, não é? Como se tivesse um pouco de burnout, burnout, por conta da rotina puxada e os casos são bem graves e isso impacta muito a nossa saúde mental também. Então, a maioria está em terapia, em acompanhamento, com remédio, medicamento, porque se não, não dá conta, porque é muito puxado tanto no aspecto do usuário quanto no aspecto do servidor.

**PSICOL.6:** Olha aqui em Campo Grande, eu vejo funcionando bem, principalmente esse CAPS que eu estou, eu vejo ele funcionando bem e a gente consegue atender bem os pacientes. Ele não é um CAPS que lota, a gente consegue ter algum tipo de contato. Eu acho que principalmente essa parte do território, porque a gente tem um território gigantesco, tipo do noroeste até a Moreninha, então ele é muito grande, mas a gente precisa mapear para conseguir inserir os pacientes nesse território, mas a gente já consegue fazer um pouco disso. E, os pacientes geralmente também falam bem do serviço. Não tem muitas críticas. Eu vejo funcionando bem. A gente funciona como equipe mesmo. A gente tem as reuniões de plantão todos os dias, várias vezes por dia e a gente realmente discute todas as condutas que está sendo feito com o paciente, coloca todo mundo para opinar ali, mesmo que não seja o técnico de referência, né? O médico tem um bom diretor técnico, tem um bom contato com a gente, a gente consegue fazer boas trocas, então isso eu vejo que leva o serviço pra frente.

**PSIQ.2:** Eu já trabalhei em CAPS já há muito tempo, não é? Eu iniciei em 2000 e 2016 eu iniciei no CAPS infantil, CAPS adulto, aí fui embora de Campo Grande, voltei agora há pouco tempo e voltei para o CAPS. A gente percebe que, por mais que seja assim, um serviço nacional, a gente percebe as individualidades de cada estado, de cada cidade e inclusive até dos próprios serviços. Cada serviço sempre acaba tendo a sua particularidade. O que eu vejo? A gente tem uma certa autonomia de trabalho, mas a gente fica preso e amarrado em algumas burocracias que às vezes impedem o funcionamento adequado do serviço. Não é que não tem que ter regra, eu acho que tem que ter, precisa para alguma coisa funcionar. Você precisa colocar estes limites e tudo mais para a gente conseguir fazer com que o fluxo ande, mas às vezes a gente empaca. Até um atendimento um pouco mais individualizado para cada paciente, porque a gente vê que são só grupos de acolhimento, grupos de terapia e tal. Às vezes tem algum paciente que precisa de um atendimento mais pontual e a gente não consegue por conta da demanda e equipe. Talvez se eu tivesse uma equipe um pouco mais ampliada, duas equipes para trabalhar, talvez fosse mais interessante para conseguir suprir a realmente tudo que a gente precisa.

**FARM.:** Eu tenho comigo que é um bom serviço sim.

**ENF.10:** A gente tem muita coisa para melhorar, não é? Eu acho, assim, que o nosso serviço já andou muito, não é? Estou há uns 5 anos na saúde mental já, então eu consigo fazer um comparativo. Eu já trabalhei em vários, no infantil, no AD, agora eu estou aqui. E cada serviço tem suas características, não é? Mas eu acho que a gente está evoluindo. Acho que a gente está melhorando, tem muita coisa para crescer. Eu acho que tem características específicas de cada núcleo de saber, enfermagem, psicologia, medicina. Algumas coisas eu entendo que possam ser melhoradas, mas eu acho que o nosso serviço aqui, ele contempla muita coisa. Acho que o serviço é muito bom, o serviço do município em si.

**ENF.11:** Eu sinto que ainda falta muita informação para a população e até mesmo para os trabalhadores, não é? Sem contar também a estrutura, porque é muito cansativo quando vêm algumas demandas para a gente, não é? Então eu acho que a questão de articular a atenção básica com a saúde mental ainda, a gente, pelo menos aqui no estado, a gente ainda está caminhando para isso e aí o nosso sistema de saúde mental acaba ficando meio sobrecarregado.

**AS3:** Acho que o serviço hoje dos CAPS está bem estruturado. O que a gente precisa muito é de equipe, porque a gente sempre trabalha com equipe mínima. Mas hoje os CAPS já estão mais integrados com a rede. Os atendimentos com os pacientes já não ficam só no CAPS, a gente já consegue compartilhar com a unidade básica, com o serviço de especialidade da saúde mental. Então não fica só no CAPS. Eu vejo como um serviço muito bom hoje para os transtornos graves, severos, não é? A gente tem caminhado bem.

**AS4:** Eu acredito que a gente ainda tem muito a caminhar, levando em consideração os princípios da reforma psiquiátrica. Está no caminho ainda. Eu acho que a reforma é, ainda, digamos que seja um pouco recente. E a gente ainda tem caminhado a passos lentos. Eu acredito que tem muito que avançar.

**ENF.12:** Olha, eu diria que desde que surgiu o CAPS no SUS, foi assim, um ganho muito grande para quem precisa do serviço, que se utiliza deles, os pacientes. Principalmente porque a família toda eu acho que tem sido bem contemplada, não é? Melhorou muito o acesso, principalmente, e em termos de aceitarem a doença, não é? de reconhecer que precisa da ajuda. Isso facilitou bastante. Agora também creio que ainda tem muito que se fazer ainda, que está muito distante de uma real melhora.

**PSICOL.7:** Eu acho que tem algumas falhas, mas por questão de falta de profissional, de material para a gente trabalhar, mas no geral eu acho que é um bom atendimento.

**AS5:** Olha, avalio que está bom. Em vista do que estava antes, abertura de novos CAPS, abertura da residência terapêutica. Eu acho que está bom.

**AS6:** De uma forma geral, eu vejo como um serviço bom. A rede é integrada, ela conversa entre si. E eu vejo que na saúde mental isso é muito importante. Essa conversa na rede, tem que ter um serviço em rede. E eu vejo que funciona, pelo menos com as pessoas que eu convivi, elas tentam fazer com que isso funcione.

**AS7:** Hoje, na atual conjuntura que está, é um serviço que está ainda falta muita coisa para aprimorar. Eu tenho como base os nossos pacientes que vêm e às vezes não têm a disponibilidade de um amplo atendimento com psicoterapia que muitos necessitam. Então eu acho o atendimento no geral, muita burocracia para um atendimento que tem que ser imediato, não é?

**ENF.13:** Muito bom. Eu acho o serviço em saúde mental do município muito bom. Acho que o serviço funciona.

**ENF.14:** Eu acho que é necessário. Tem muita gente que tem algum problema de saúde e de transtorno mental e psicológico e que às vezes acabam mascarando. Mas agora o serviço está disponível para a população toda, né? E aqui a gente tem um certo feeling assim, para lidar com essas situações. A equipe é treinada, não é. A gente vai indo. No entanto, equipe de saúde aqui do município literalmente está tirando leite do pouquinho que tem, vamos dizer assim, não é? Dos recursos e do que a gente pode fazer em prol do paciente.

**MÉD.:** Bom. Eu acho que é um serviço assim que tem uma qualidade diferenciada em relação ao particular. Porque a gente consegue trazer mais a família para perto. Então, por exemplo, quando a gente tem um problema com algum paciente mais grave a gente faz visita domiciliar. A gente coloca a unidade básica para ficar mais próxima daquela família, fazer mais visitas. Então, nesse sentido, eu acho bom. Eu acho isso

uma grande qualidade na área pública. O que eu acho ruim é que eu acho que tem poucos profissionais. Especialistas mesmo, por exemplo, psiquiatra tem pouco, tanto que a gente tem muito clínico no atendimento dos CAPS, porque não tem quantidade suficiente de profissionais para cobrir esses ambulatorios.

**PSICOL.8:** Depende muito do lugar onde os serviços estão sendo estruturados, dos municípios. Aqui em Campo Grande a gente já teve um grande avanço. A gente tem seis CAPS, não é? E tem um CAPS AD, CAPS IJ e está sendo estudada a possibilidade de ser aberto um novo CAPS AD, porque a demanda é muito grande. A gente trabalha por regiões na cidade, então assim, a gente tem uma estrutura grande, uma estrutura boa, né? É claro que a gente precisa sempre melhorar, não é? Tem coisas que a gente precisa, talvez de mais apoio, inclusive da rede como um todo, das unidades básicas. A gente tem feito bastante esse trabalho. De matriciamento, de conscientização de que o paciente ele não é só um paciente da saúde mental e sim da rede toda, né? Então, esse trabalho da política de saúde mental a gente vem, eu já tenho 10 anos, já estou trabalhando nessa política, né? E eu acredito que a gente vem conseguindo desenvolver um bom trabalho.

## QUESTÃO 2

**AS1:** Pra mim é muito significativo. Eu já trabalhei na rede privada, fiquei 17 anos na rede privada e a diferença é muito grande, tanto no tratamento do usuário como na evolução dele. Na rede privada onde eles ficam que a gente chama de internação, eles tem a liberdade deles fechada, né. Até porque tem casos que necessita mesmo, tem pacientes que precisam ficar, mas aí pra trabalhar ele pra voltar pra sociedade é mais difícil. Então quando você acolhe o paciente em uma rede aberta, igual o CAPS, que não é porta fechada, você consegue trabalhar melhor o paciente. De voltar ele pra sociedade, dele trabalhar, dele ter um convívio aqui fora.

**AS2:** Por meio do CAPS. Eu acredito que as unidades básicas de saúde também tem um papel fundamental. Mesmo a gente tendo algumas dificuldades como a rotatividade de vários profissionais nessas unidades. Mas a gente ainda consegue avançar, principalmente, a equipe que atende os nossos pacientes nas nossas unidades já consegue dialogar melhor, entende o serviço e consegue entender quando o paciente está em crise e precisa ser atendido.

**ENF.1:** Eu acho que de forma geral consegue, mas tem a dificuldade com a demanda, a demanda infantil que é apenas um, do CAPS ad que é apenas um. Então, acho que pra eles a dificuldade é ainda maior, o número de usuários, de perfil, a pressão é muito grande e um acaba não dando conta. Também tem essa questão que a gente tem que cuidar das oficinas, de conseguir trazer o paciente, fazer com que ele venha e que consiga aderir.

**ENF.2:** A gente procura divulgar o que a gente faz, com relação aos atendimentos individuais, consulta médica, oficinas terapêuticas. Então a gente procura tá divulgando assim não só em mídia, mas também pelo nosso próprio serviço que a gente faz, serviço de matriciamento, a gente vai até as unidades de saúde, que é a nossa referência e a gente procura tá orientando os profissionais lá como que é o serviço, como que funciona, quais são os critérios de atendimento aqui né e quais são os pacientes que podem estar encaminhando. E, aí a gente procura orientar dessa forma né e a partir daí contar com a colaboração da própria atenção básica para nos auxiliar nesses encaminhamentos, nessas orientações dos pacientes para vir até aqui.

**PSICOL.1:** O CAPS está voltado mais para essa questão de crise, de risco e as pessoas têm buscado mais, tem mais conhecimento do que é o CAPS e a rede tem divulgado mais. E aí dentro do CAPS a gente consegue fazer o atendimento da parte

médica, o tratamento medicamentoso e algumas terapêuticas, mais voltadas para oficinas terapêuticas, para trabalhos em grupos. A gente também tem espaço de escuta individuais também, mas o atendimento é muito mais forte nas ações de grupo e nesses espaços de acolhimento, de escuta e de direcionamento de atendimentos. Quando precisa também passa por processo de internação com a gente. Já na atenção primária os atendimentos estão mais focados na parte medicamentosa né. Algumas unidades têm grupos de saúde mental que conseguem ofertar algo nesse sentido e tem profissionais do nasf que também oferecem escutas nesses espaços na atenção básica, mas eles ainda são muito poucos para o tamanho da demanda que tem e no CEM a gente tem um atendimento mais voltado para a parte médica, tem escutas individuais mas também muito aquém da demanda que busca. Então, a gente tem serviços na parte médica, mas de escutas individuais ainda são muito poucos para o tamanho da demanda que tem no CEM, no NASF e os CAPS mais voltados para as oficinas terapêuticas.

**PSICOL.2:** Ele encontra algumas dificuldades, porque quando você fala de área de abrangência, aqui do CAPS por exemplo, é uma área de abrangência muito extensa, que pega bairros por vezes muito longe e que às vezes a atenção básica não consegue fazer um tratamento adequado desse paciente lá na sua região. E tem as dificuldades financeiras, sociais e as dificuldades em acessar o serviço do CAPS. Então acho que essa é uma dificuldade encontrada, mas através do matriciamento, para ser compartilhada, a gente busca minimizar esse tipo de situação e acompanhar as situações mais graves, quando às vezes fica mais distante do tratamento ou ficando um tempo longe fazer busca ativa, visita para minimizar, principalmente, a questão de dificuldade da distância. Mas, hoje a gente atende uma quantidade grande de pacientes e demonstra que a gente consegue por mais que diante dessa situação, por conta das distâncias, dificuldades demográficas, atender uma grande quantidade de pacientes.

**PSIQ.1:** Esses pacientes deveriam vir referenciados da unidade básica, que é a porta de entrada. Apesar dos CAPS serem serviços de porta aberta, que o paciente chega e é acolhido, essa é uma via, mas não deveria ser a principal. E é assim que acontece. Mas o certo seria esses pacientes chegarem via unidade básica porque são eles que estão próximos do território. Nós somos em seis CAPS em Campo Grande hoje, então tem 250 mil habitantes que estão nessa região nossa. Quem tá próximo do território são as unidades básicas, então todo mundo devia vir primeiro pela básica para chegar até aqui e não é o que acontece. Em muitas vezes eles ficam no atendimento secundário, ficam aqui no atendimento especializado. Eles pulam o atendimento na unidade básica e é ruim.

**ENF.3:** Consegue, não sei se todo mundo tem informação de como funciona, onde é, para onde se reportar se precisar. Mas acho que funciona.

**ENF.4:** Consegue. Eu acho que através da atenção primária e das escolas, no caso aqui do infantil, acho que através das escolas e da atenção primária que a grande maioria dos atendimentos é encaminhada e vem para cá.

**PSICOL.3:** É o que eu disse, é um serviço muito bom, mas devido a ser o único da cidade, vir para cá a cidade toda, os pacientes da periferia têm dificuldade de acessar o serviço.

**PSICOL.4:** Então o problema é que assim, nós somos o CAPS IJ, é um CAPS infantil para Campo Grande inteira, não é? Ainda mais assim que a demanda aumentou muito. E muitos relataram a mudança aqui para o centro, né? O que dificulta o acesso das populações mais periféricas, né? Por isso que eu acho difícil, porque como que você vai conseguir atender todos, né? Sempre vai ficar alguém fora. Agora a gente

está aqui, facilita para quem é dessas regiões, mas dificulta para quem era de lá. Então, talvez, se tivessem 2, colocavam perto de cada região e facilitaria mais.

**PSIQ.2:** Hoje a gente mudou, veio para cá, uma região mais central. Antes a gente ficava lá no Guanandi, um bairro mais afastado. Mas a gente conseguia mais acesso do pessoal lá do que aqui. Lá tinha um terminal pertinho, tinha um ponto de ônibus na frente do CAPS. Aqui, hoje, por exemplo, está chovendo. Eu estava com 7 pacientes marcados e não chegaram. Porque o pessoal tem que parar lá no CEM, parar lá na Mato Grosso para chegar até o CAPS. Aí dificulta um pouco. A gente tem mais dificuldade também de ir até o paciente, porque a gente está sem transporte, é muito raro a gente conseguir fazer uma visita, fazer uma busca ativa, ir atrás do paciente. E o paciente fica bem prejudicado.

**FONO:** Consegue. A grande maioria talvez que não consiga tenha falta de interesse da família. A gente percebe alguns. Claro que tem também a questão deficitária de funcionários. Mas eu vejo que existe um esforço da maior parte da equipe para conseguir realmente alcançar a todos.

**ENF.5:** Principalmente os que querem o tratamento, não é? A gente faz um manejo com os pacientes, um tratamento, a gente tem uma conduta bem bacana em relação ao manejo mesmo, principalmente os que querem, eu acho que consegue sim. Eu acho que é bem importante, bem bacana.

**ENF.6:** Acredito que consegue sim. Eu acho que assim, pelo menos, a maioria deles que chega para a gente, eles têm vários recursos que eles podem estar buscando, não é? Quando eles estão em crise, eles podem estar vindo diretamente aqui ao serviço. A gente faz o acolhimento, a gente escuta toda a história deles. Por mais que não seja a primeira vez que estejam vindo, a gente faz um re-acolhimento constantemente. A gente tem uma equipe, técnico de referência para cada paciente, então se eles tiverem dúvidas em tratamento domiciliar, mesmo se quiserem vir até o CAPS participar, dos grupos das rodas de conversa. Então, assim, a gente oferece um leque de possibilidades para que eles possam estar vindo, mas como um tratamento diferenciado, porque quer que eles queiram, então a gente tem um pouco de dificuldade nesse sentido da aceitação. Mas a partir do momento que eles aceitam, a gente consegue. Assim, atinge de uma maneira bem eficaz.

**ENF.7:** Não. São muitos usuários, poucos recursos, não consegue cumprir assim, com o que é proposto.

**T.O:** Não. No máximo, médico, medicação, mas a grande maioria não são psiquiatras. Os próprios psiquiatras por conta de inúmeras questões não ficam por muito tempo. A gente depara com muita dificuldade, assim na questão do matriciamento, da articulação da rede para o paciente poder ocupar seu território, circular. Então, assim, ainda há muito preconceito. Eu, quando eu estava na unidade básica, na época da pandemia, eu percebi que essa unidade estava um pouco melhor, apesar de ter umas conversas taxativa, falando de um outro paciente que estava lá. Mas a equipe já estava aceitando, porque antes era tudo 'ah, está com dor de barriga na básica, UPA, manda para o caps.' Eles esquecem que eles também têm uma condição orgânica, clínica, não só psiquiátrica. Então, assim, quem mais divulga mesmo são os próprios usuários, porque muitos tem preconceito, tem receio, mas os usuários falam, eles gostam muito, tem até orgulho de falar que são do CAPS, não é? Então assim, aí a gente vê assim, que apesar de todos os nossos esforços, certa forma ainda meio que vale a pena, porque eles se sentem acolhidos, mas não que a gente consiga proporcionar o que deveria, o que eles têm direito, o que eles realmente necessitam.

**ENF.8:** Através das visitas, não é? Através dos técnicos de referência. Cada profissional fica responsável por uma região da cidade e através dessas visitas e

dessas técnicas de referência, o paciente é alcançado. E nessas visitas a gente acaba vendo também assim a cena de uso em que eles estão e a gente acaba envolvendo outros pacientes, outros outras pessoas que estão ali e que através disso conhece o serviço e acaba vindo buscar a unidade. Ele ajuda, o serviço ajuda muito o paciente, mas, em contrapartida, nem sempre o paciente também adere ao tratamento. Aí quando não adere entre questões judiciais, essa família pede. Então a gente tem que insistir mais com esses pacientes por questão judicial. Não que ele queira. Mas o serviço alcança e ele chega até o paciente.

**ENF.9:** Acho que ele até cumpre, mas eu acho que o que ele poderia fazer se tivesse outras alianças com outros órgãos seria melhor. Mas falta muita coisa, falta muita organização não da gente aqui na ponta, mas do órgão, da política de saúde mental.

**PSICOL.5:** Ele ajuda na questão das oficinas, tentando articular com o tempo todo com a rede esse cuidado ampliado, não é? Só que a RAPS está sendo construída ainda. Não tem uma coisa muito sólida, a gente está no caminho dessa rede, só tem muita falha ainda. Os casos são todos encaminhados para cá. Eu percebo que o trabalho não é só a gente auxiliar esse usuário, é nessa questão da rede, porque o CAPS não dá conta sozinho, nenhum serviço dá conta sozinho. E o que nós conseguimos manter hoje para eles depende da gente, as oficinas, mas fora do CAPS a gente não tem muitas coisas.

**PSICOL.6:** Sim, acho que sim.

**PSIQ.3:** Eu acho que sim. Acredito que sim, mas eu acho que dá para fazer mais. Sinceramente, eu acho que dá para fazer mais. A gente está numa capital, a gente tem população médica e profissional, não é? nós, assistente social, psicólogo e tudo mais para isso, a gente tem o local, a gente tem espaço físico, então eu acho que dá para aumentar. Eu acho que a gente até alcança, mas dá para melhorar.

**FARM.:** Eles conseguem, não na sua totalidade. Eu creio que se tivesse mais respaldo da gestão, se tivesse mais recursos financeiros, mais recursos humanos, o serviço teria maior eficácia.

**ENF.10:** A gente faz a busca ativa, gente faz visita domiciliar, matriciamento com a atenção básica, mas ainda está muito aquém do que pode ser, mas mesmo assim, de uma forma mais geral, consegue cumprir com o que promete sim, acho que uns 70%.

**ENF.11:** Olha, sim, mas por conta da falta de informação, eu não sei se do serviço ou dos usuários, ainda não consegui ter esse discernimento, mas eu acho que consegue alcançar assim, ainda falta bastante coisa, mas a gente consegue alcançar.

**AS3:** A gente consegue, a gente consegue, principalmente com essa troca com a atenção primária, não é? Então assim, a gente sabe que os pacientes mais graves, com os com transtornos mais severos que às vezes não conseguem chegar ao CAPS, eles são apontados pela atenção básica. Então, a atenção básica nos aciona quando precisa. Eu penso que as dificuldades existem, são inúmeras. Não só pela equipe mínima do CAPS, mas também com a questão das equipes da atenção primária serem muito rotativas. Mas, em geral, eu acho que caminha bem.

**AS4:** Na sua totalidade? Não, não, mas acredito que uma boa parcela. Através de busca ativa, através de orientações na comunidade. A gente faz consultas compartilhadas com as unidades básicas de saúde. É um trabalho em rede, a gente tem dessa ferramentas, não é? Mas eu acredito que ainda falta algumas coisas, até por questão de falta de estrutura, falta de profissional, carro. Então tudo isso acaba interferindo também na execução das ações. Então acho que a gente ainda tem um caminho longo aí a percorrer.

**ENF.12:** De forma direta quando eles procuram atendimento, não é? É mesmo assim na primeira procura não sai assim, totalmente satisfeito porque a gente tem uma



organização dentro do serviço, não é? Tem uma sequência a ser seguida. Desde a avaliação até a inserção dele naquele CAPS, não é? De acordo com a área de abrangência como é preconizado pelo programa. E até que se chegue a realmente ao atendimento, então, tem um uns dias uns, digamos, até uma semana para introdução. Mas ele é de pronto, atendido, não é? Começando pela primeira escuta, não deixa de ser um atendimento, daí ele vai sendo direcionado como tem que ser. Como precisa ser.

**PSICOL.7:** 100% não, devido mais às limitações sociais. Muitas vezes uma família que não é colaborativa, falta de acesso até financeiro para vir até o CAPS. Eu acho que essas questões dificultam muito o nosso trabalho. Eles podem vir tanto por ter ouvido falar do serviço, ou a gente tem muito contato com a própria UBS, então muitas vezes à UBS entra em contato conosco para falar que tem um paciente na área que está precisando de ajuda. Algumas vezes nós vamos para fazer visita, eles têm de alguns casos separados, então sempre tem essa ponte entre nós e a básica, par saber quem são esses moradores da área que estão com problemas psiquiátricos.

**AS5:** Eu acho que sim. Acho que sim.

**AS6:** Consegue. Na saúde mental, eu vejo assim, que a dificuldade é pelo público mesmo, pela patologia, mas eu vejo que consegue sim. Quando o serviço em rede funciona, consegue. Porque aí você aciona UBS, você aciona outros setores da rede que aí alcançam usuários que às vezes tem mais contato. Os próprios agentes, achava muito importante, os ACS dos serviços. Mas, os serviços não entregam na integralidade, não é? Como nada é perfeito. Mas dentro do possível os serviços entregam.

**AS7:** Sim, consegue. Desde que o usuário tenha um comprometimento familiar e a família também auxilie nesse tratamento, porque se for só por conta do usuário, não tem como. O usuário por si, alguns vem, outros não, mas é a minoria que consegue vir por livre vontade ou por falta de medicamento ou por necessidade de melhora da saúde.

**ENF.13:** Nesse quesito, eu acho que nós conseguimos alcançar o objetivo, sim.

**ENF.14:** Na medida do possível, o CAPS consegue, mas também precisa o paciente se dispor a ser tratado, não é? Tem também a busca ativa, mas tem gente que não volta mais. Mas o básico é o paciente se dispor também a fazer o tratamento, não é? E tem caso de paciente que acaba sendo um residente social. Aqui temos um, que não tem família que assume, tem outro também que a família não quer ver, que vai acabar virando residência social também. Nossa visão é prover o melhor suporte psicológico. Só que o paciente tem que querer também.

**MÉD.:** Eu acho que consegue em partes, mas tem algumas limitações importantes.

**PSICOL.8:** Não, não, até porque são muitos usuários e tem muitos que não conseguem chegar até o CAPS, não é? A gente precisa muito do apoio da básica para isso. Que a básica conheça o território para que chegue até aqui. Em alguns casos, a gente é informado pela própria família desse paciente que não consegue chegar até o CAPS e a gente vai até a casa desse paciente fazer as visitas e verificar essas situações. Aí a gente traz, né? E a gente comunica a básica para a gente poder também envolver a família nesse tratamento, né? Tem muitos pacientes nossos que a gente chama de matriciamento, né? Que na verdade é um cuidado compartilhado. Eles recebem alta do CAPS, mas eles ficam em tratamento. Às vezes aqui, no CEM ou nas próprias unidades básicas. É isso. Não quer dizer que em algum momento ele não precisa retornar. Ele pode retornar, mas tem pacientes que a gente tem conseguido manter bem na unidade básica.

### **QUESTÃO 3**

**AS1:** Não, depende. Desde que continue fazendo o tratamento corretamente, né. Desde que tenha o acompanhamento médico, da equipe, que tenha uma estrutura, um apoio familiar. Então assim, eu não vejo um perigo pra sociedade desde que seja acompanhado. A gente tem muitos casos de pacientes esquizofrênicos que trabalham, que tem uma vida normal, tem família, tem filhos e tem o acompanhamento, o suporte, principalmente, da família. Pra qualquer sintoma, o esquizofrênico, o borderline, o que tem transtorno de pânico, qualquer sintoma, desde que tenha o acompanhamento. Pra mim, o suporte familiar é o essencial. O tratamento é importante, mas se não tiver um suporte familiar pra estar ali ajudando, prejudica bastante. É um pedacinho de cada, do médico, da terapia, da família.

**AS2:** Para sociedade não, porque eles podem também causar danos a si próprios, para os seus familiares, né. Mas eu acredito que para a sociedade não, por isso, que a gente precisa todo dia tá falando de saúde mental, né. Como é com outras políticas, né. As pessoas sabem onde tem uma escola municipal, uma escola estadual e as pessoas sabem o que precisa para se matricular em uma escola, o que você tem que levar para escola e aí eu acredito que a saúde mental a gente pode caminhar por esse caminho também de efetivamente se tornar uma política pública.

**ENF.1:** Não.

**ENF.2:** Podem ser perigosos se não tiver tratamento. Pacientes que não estão sendo acompanhados, em surtos, na crise psicótica, ele pode ser um perigo para si mesmo, para os outros. Mas, o paciente em acompanhamento, em tratamento certinho, são ótimas pessoas de lidar, são ótimas pessoas que tem uma boa convivência, tanto familiar quanto com a sociedade em geral.

**PSICOL.1:** Não, não nos termos da pergunta. Podem ser perigosos para a sociedade como qualquer um, assim como nós podemos ser dependendo da situação, eles também podem ser. Independente se nós estivermos com um transtorno ou não. Mas, assim, eles por terem transtorno serem perigosos, não.

**PSICOL.2:** Acredito que não. Como em qualquer situação de saúde a falta de tratamento é o risco. Então por vezes um paciente que tem um quadro mais grave pode ser indicativo da falta de tratamento adequado. Então esse paciente quando em tratamento, na remissão dos sintomas vai ser uma pessoa como outra qualquer, que vai manter a convivência sem nenhum tipo de risco.

**PSIQ.1:** Não. Perigoso é um termo muito estigmatizado. Acho que todo paciente crônico tem que ser tratado. Aqui é um CAPS que tem uma experiência muito diferente, a gente tem um programa que a gente chama de desinstitucionalização. Na verdade é um programa, eles fazem perícia de cessação de periculosidade, né, de pacientes que estão na máxima por exemplo. São pacientes que às vezes já cumpriu pena, estão na ala psiquiátrica e passam por avaliação pericial aqui, às vezes vão direto pra casa, às vezes ficam internados aqui um tempo. E temos experiências quase inacreditáveis que dá certo do paciente voltar a ressocializar. Então, eu não acho que seja perigoso, todo paciente é passível de reabilitação, não digo cem por cento das vezes porque não é assim também, mas eu acho que quase todos são. Quase todos os pacientes são capazes de reabilitação, pra no mínimo ter uma vida em sociedade.

**ENF.3:** Sim.

**ENF.4:** Não. Com o tratamento adequado, acho que não.

**PSICOL.3:** Bom, sim, mas também não. O indivíduo que é um risco para a sociedade, não necessariamente precisa ter um transtorno.

**PSICOL.4:** Se não estiver em tratamento.

**PSIQ.2:** Sim.

**FONO:** Sim. Eu acho que sim. Inclusive a gente tem às vezes alguns exemplos de alguns pacientes que, sim, podem ser perigosos.

**ENF.5:** Sim. A gente já teve relatos e fatos que aconteceram de coisas que foram feitas por usuários. E, problemas psiquiátricos, principalmente.

**ENF.6:** Eu acho que sim. Eu acho que a maioria, todos eles, é. Podem, sim, apresentar, por isso, que a gente precisa dessas avaliações. Quando chega para fazer esse acolhimento, de acolher essa história, de ver se ele não tem uma doença de base ou se ele desenvolveu alguma coisa após o uso de entorpecente, para que a gente possa direcionar melhor o tratamento dele, identificamos esses transtornos, é feito todo um apanhado. Com uma equipe direcionando para o serviço correto, para que ele possa ser tratado de fato, não é porque não adianta você tratar um paciente, por exemplo, que é esquizofrênico só a parte do uso de álcool e drogas. Se a doença de base não for tratada, entendeu? Porque é só um gatilho na verdade, né? Então realmente apresenta um risco assim para a sociedade a partir do momento que ele não é identificado, né? Então, ainda há muito preconceito em relação aos pacientes, né? Às vezes você vê um usuário e você não imagina que ele traz, tem alguma doença que possa estar possibilitando estar naquela situação, não é? É como se fosse uma fuga para eles. A gente teve muito paciente depressivo que busca usar droga para poder esquecer momentaneamente aquele quadro de depressão. A gente vê muito pai de família que às vezes fica desempregado, começa a buscar uma maneira de fugir daquele problema. Então assim, é um risco, uma coisa global mesmo, que envolve toda a sociedade, né? A gente ainda tem muito preconceito em relação ao tratamento desses pacientes, sim. Inclusive aqui na região tem muitos moradores comerciais que não queriam nem que o CAPS estivesse aqui porque eles se sentem prejudicados.

**ENF.7:** Com certeza. A gente vê muito no dia a dia nessas notícias de violência que são pacientes, até mesmo por que às vezes ele não quer largar da droga.

**T.O:** O risco só se estiver em crise, em crise mesmo, né? Que nem assim eu já vi muito paciente em crise, então assim, ele coloca a vida em risco e eu que estou próximo em risco, porque eles estão em crise.

**ENF.8:** Com certeza, eles representam risco, sim, assim como já aconteceu, não é? E acontece também. Mais ou menos uns dois anos atrás, a gente teve um colega que o paciente adentrou na sala e deferiu várias facadas no abdômen dele e hoje ele se encontra aposentado devido a isso, entre outros também, que acontecem também. Principalmente pacientes esquizofrênicos que não aderem ao tratamento. Sempre agridem família ou vizinhos e acaba tendo até uma intervenção por parte da polícia, que às vezes nem sempre estão preparados também para esse manejo, com esse tipo de paciente, mas é um risco muito grande mesmo.

**ENF.9:** SIM.

**PSICOL.5:** Se não tem atendimento, não tem cuidado, não tem uma assistência, eu penso que sim. Mas eu percebo que os casos que têm um nível de violência, impulsividade, que essa incivilidade são mais casos do CAPS AD, onde é usuário de substância.

**PSICOL.6:** Não, não acredito. Eu acho que todo mundo precisa saber lidar bem. E acho que essa é dificuldade, porque às vezes as pessoas não sabem lidar e aí eles podem sim ficar agressivos ou qualquer coisa. Você vai ouvir que tem muita gritando aí, mas a gente está sabendo lidar com ele, sabendo qual é o momento que vai conter e qual momento vai soltar, que tipo de manejo fazer, a gente consegue passar mais ou menos incólume. Pelo menos nunca aconteceu nada comigo até agora e eu não os vejo como um risco para a sociedade.

**PSIQ.3:** Não, não acho. É estranho dizer, mas assim, de verdade, os pacientes graves, não são eles que atingem a sociedade, sabe? Na verdade, somos nós aqui, pessoas normais que por algum motivo, alguma situação que a gente às vezes não sabe nem lidar ou nunca passou por isso, acaba que acontece alguma coisa assim, sei lá, um assassinato. Acaba reagindo de uma forma que a gente não sabe como fazer. O paciente psiquiátrico, principalmente os graves, a gente sabe como eles vão reagir, é claro que tem esse viés que eu estou dentro do âmbito, mas a própria, a população em si, ela sabe, olhar um paciente que é grave, ela não vai bater de frente com o louco, não é? Entre aspas aqui que está sendo gravado, eu vou abrir uma aspas, não vai bater de frente com o esquizofrênico, bipolar grave, não é? bater de frente com as pessoas normais e essas pessoas normais entre aspas, ela sim, é que a gente não sabe como vai reagir, não é? A gente está num, sei lá numa discussão de trânsito, a gente não sabe como coleguinha do carro vai reagir se ele tem uma arma. Sim, ele é um problema da sociedade. Eu sou um problema da sociedade. Os nossos pacientes graves não são de forma alguma.

**FARM.:** Se não tratada sim, não é? Eles precisam de tratamento, um tratamento especializado, medicação, acompanhamento de equipe multi, não é? Senão eles podem representar um risco, mas tratados não.

**ENF.10:** Pode apresentar em crise, mas se estiver em tratamento não.

**ENF.11:** Então, não. Porque tudo é um trabalho de formiguinha, porque a gente precisa da unidade básica, bem, como eles também precisam da gente e a gente dando instrução, dando entendimento para a população. Eu acho que não tem. Eles não colocam a sociedade em risco justamente pela decisão do tratamento, não é? Então assim, eu sinto que essas, principalmente as famílias das pessoas com transtornos mentais graves, eles são muito estigmatizados também, não só a pessoa, né? A família também. Então eles são meio excluídos. E como que a gente consegue dar sendo excluído, né? A gente se sente desamparado, tem aquela sensação de impotência, né? Porque a gente sente que a gente não está sendo acolhido, eu acho que não representa risco por conta disso, ela está aqui para isso, né? Quando eles têm algo para lidar, eles vêm para o serviço, a gente dá essa atenção e fica mais tranquilo.

**AS3:** Se ele não estiver em tratamento, sim. Agora se ele estiver em tratamento regular, acompanhado essas possibilidades são mínimas. Se ele estiver inserido num serviço de saúde mental com uso regular da medicação, com o apoio da família, com acompanhamento da atenção primária também. A básica sempre aponta esses transtornos graves através da equipe dos ACS, dos agentes comunitários. Então, assim, se todo mundo der o apoio necessário acho que o risco é mínimo.

**AS4:** Eu particularmente não acredito assim. É, eu acredito muito nessa questão da socialização, de que é possível sim. E aqui, por exemplo, a gente tem vários pacientes graves, assim, tem alguns que já teve algumas situações. É grave, sim, mas a maioria a gente consegue um tratamento com acompanhamento. Acompanhar essa família, orientar. A gente tem bons resultados. Então, assim, não acredito. Não que não possa acontecer alguma situação que possa trazer algum risco para a sociedade, mas eu não parto desse princípio. Eu acredito mais no tratamento, no acompanhamento, que eles possam sim viver em sociedade. Inclusive, é uma luta que a gente tem, não é? Constante. Porque a sociedade ainda tem muito preconceito com relação ao paciente psiquiátrico, principalmente os transtornos graves, não é? Acha que tem que realmente isolar, é uma Batalha que a gente tem que inclusive várias famílias não querem cuidar desses pacientes, então a gente sempre esta tentando orientar nesse sentido, da importância da família, de que é possível, sim.

**ENF.12:** Creio que sim. Tanto para eles próprios como quem está ao seu redor, indiretamente, assim, envolvidos, não é? a questão familiar mesmo. E, que por isso é tão importante esses pacientes, essas pessoas serem identificadas e tratadas, não é? E que não precisam ser institucionalizadas. Vejo que o CAPS tem grande potencial em ajudar nesse sentido.

**PSICOL.7:** Eu acredito que estando sem tratamento, talvez, mas nem todo o transtorno psiquiátrico grave necessariamente ele se torna agressivo. Nós temos n casos aqui que o paciente nunca agrediu ninguém, sequer um familiar, embora estivesse num quadro psicótico. Eu vejo mais quando está sem tratamento. Alguns, não são todos. E quando há uso de drogas relacionado.

**AS5:** Eu acho que depende. Tudo depende de como eles estão. Por isso que seria bom passar por reavaliação.

**AS6:** Sim. Sim, se não for bem manejados. Se não tiver um bom manejo assim, de como saber como lidar com esses indivíduos. A gente já teve casos, eu já presenciei casos de violência, porque eles estavam em surto e a e a família não sabia conduzir, não sabia manejar e aí apresentaram um risco, sim.

**AS7:** Depende do cid, não é?

**ENF.13:** Se fizer o tratamento, a terapêutica correta, não, não, não representa não. Pode representar, assim, se apresentar um surto ou coisa parecida, não estiver fazendo o tratamento de forma correta, nesse caso, seria um empecilho. Eu não diria um perigo iminente associadas à população. Eu acho que é um empecilho, sim.

**ENF.14:** Então, a exemplo do que aconteceu anteontem lá em São Paulo, o cara disse que estava sendo perseguido, estava no ônibus, tinha uma faca e esfaqueou seis pessoas. Três óbitos no local. Foi apreendido lá. Tinha bombeiros, samu e agora a justiça está investigando. Não sei se ele já era paciente psiquiátrico, usuário de entorpecentes. Nenhum familiar apareceu para estar junto ao rapaz lá e aí é outra coisa também, não? A família. Aqui às vezes a gente atende paciente, por exemplo, tem um aqui, ele eliminou o pai dele. Não sei se ele pediu droga e dinheiro para comprar droga e deu uma briga familiar, mas é assim. É importante o serviço aumentar a segurança, até para evitar que eles tentem, na tentativa de minimizar que eles cometam algum tipo de coisa, um homicídio, algo contra si, contra outros. Tem gente que entra aqui e está bem fora da casinha, vamos dizer. Nós, enquanto o serviço de enfermagem, a gente dá todo apoio necessário ali, não é?

**MÉD.:** Dependendo do quadro, sim, se for um, sei lá, um transtorno de personalidade antissocial sim.

**PSICOL.8:** Não, não necessariamente. Em alguns e no momento de surto, eles podem ficar agressivos, não é? É claro que sem tratamento, qualquer pessoa pode ser um risco, não é? Em qualquer momento da vida uma pessoa pode até não estar em surto e representar um risco para a sociedade. Mas como você está vendo aqui mesmo, não é? Todos os pacientes são pacientes graves e eles não estão representando nenhum risco nesse momento. Não é? Muitas vezes o risco que eles representam são para eles mesmo. E isso que é importante, a gente estar observando.

#### **QUESTÃO 4**

**AS1:** Sim.

**AS2:** Sim. É por isso que os CAPS foram criados, né. A gente teve aí infelizmente a pandemia o que causou esse afastamento dos pacientes. Mas agora eles têm retornado. É claro que tem muitos que ainda não conseguiram chegar no serviço e não conseguiram voltar para as atividades até por conta de condições financeiras, né. Por causa do transporte que tá muito caro. A nossa região de atendimento aqui é uma região muito extensa então para os pacientes virem a pé não dá, a não ser que eles

morem aqui no centro, né. Então a gente teve essa questão da pandemia que dificultou bastante. Muitos pacientes não retornaram no serviço e a gente agora está buscando trazê-los novamente.

**ENF.1:** Sim.

**PSICOL.1:** Sim e esse é o grande carro chefe do CAPS, porque esse é um serviço de porta aberta, é um serviço para estar voltado para o território, que a gente pode atender esse indivíduo na vida, no território dele, que é justamente para gente promover essa questão da autonomia. Então a gente faz tudo para trabalhar isso, o atendimento de acompanhamento terapêutico é uma das ferramentas mais potentes que tem para trabalhar isso aqui e como é o CAPS escola, é uma das questões mais trabalhadas no programa de residência. Então, isso é uma das questões que mais são trabalhadas dentro dos programas de residências, assim como nos serviços de residência terapêutica também, isso é extremamente forte. É um trabalho muito potente.

**PSIQ.1:** Sim, com certeza.

**ENF.2:** Não. Por ser incompleto, sabe? Não pega todas as áreas que a pessoa precisa. Assim, o serviço de psiquiatria está mais envolvido em fornecer a medicação para o paciente e atender os momentos de crise. Agora, as articulações do CAPS com a ponta, com o território onde o indivíduo mora, o serviço de psicoterapia, sei lá, oficinas de promoção de capacitação, sabe? Tem muita coisa ainda que não funciona direito.

**ENF.3:** Na maioria das vezes, sim, dependendo do grau do transtorno, consegue. Assim, essa é a nossa função, nossa meta é que ele consiga.

**PSICOL.2:** Sim, principalmente os serviços voltados aos grupos que trabalham a socialização e a reinserção.

**PSICOL.3:** Sim.

**PSIQ.2:** Consegue, dentro das limitações do serviço.

**FONO:** Sim, principalmente, aqueles que a família tem a participação, não é? Porque às vezes tem a primeira procura, mas a gente sabe que tem algumas dificuldades e limitações para a família também. Então ela não consegue aderir ao tratamento adequadamente, né? Mas quando essa família consegue aderir e trazer esse paciente, a gente consegue evoluir.

**ENF.4:** Eu acho que sim.

**ENF.5:** Consegue, a gente estimula muito para que isso aconteça. Aí, a partir do momento que se identifica, que realmente ele não consegue, que ele não tem condição nenhuma de ter autonomia, a gente direciona ele da melhor maneira. Se não tem familiar, a gente tem outros serviços que a gente pode estar colocando esses pacientes, né? Algum apoio social mesmo, a gente encaminha para retirada de documentação. A maioria vem para cá, não tem nada, perdeu tudo nada. Então eles saem daqui em condições. Tem comunidades terapêuticas que é um a mais para eles poderem ficar, aonde eles aprendem a trabalhar certinho.

**ENF.6:** A gente fica muito amarrado naquilo, na gestão, o que é o que pode, o que não pode, não é?

**T.O:** De circular no território, é? Eu enquanto TO eu gostaria de trabalhar mais nessa questão, mas por conta da demanda eu ficava presa. Mas na medida do possível, eu tentava levar eles para caminhar no supermercado, mas assim eu era muito taxada para por outras profissões, outras áreas, pessoas que tem uma ideia totalmente distorcida da terapia ocupacional. Então, teve colega que me chamava de babá de paciente porque eu vivia cercada de paciente, cuidava de tudo. É era cobrada para fazer artesanato bonito para vender na feira, era cobrada para organizar a festa. Eu

sozinha tentava mobilizar os próprios colegas da unidade, eu jogava tudo nas minhas costas, porque tinha que ter. Entendeu? Então assim, eu não exercia só o papel de TO. Sempre lutei muito para inserir o paciente, desenvolver a independência, autonomia circular no território, né? Dependendo do caso, a profissionalização. Mas eu ficava presa para fazer essas coisas.

**ENF.7:** O nosso principal objetivo é reinserção do paciente na sociedade. E nós conseguimos, sim.

**ENF.8:** Não.

**PSICOL.4:** Se eu tenho um caminho é porque ele impacta. Os casos mais graves dependem muito da questão familiar. Então eu acho que os graves, severos, dependendo do caso, é difícil desenvolver autonomia.

**PSICOL.5:** Não, não vou dizer que é perfeito. Eu acho que ainda falta muito no sentido da autonomia. Acho que ainda falta, que é justamente esse jogo com o território e com a família e que talvez sejam mais importante dentro do tratamento dessas pessoas.

**PSIQ.3:** Alguns e aí entra muito a questão da individualidade que eu estava te falando. Claro que a gente tenta promover ao máximo aqui no CAPS a individualidade de cada um. A gente tem pacientes graves, internados e tal que a gente consegue sim, que eles tomem banho sozinho, que eles consigam ir ao banco, que eles consigam aguar, regar as plantas, fazer um café, né? A gente consegue, mas tem alguma coisa que entra no limite.

**FARM.:** Embora nós tenhamos pouco respaldo da gestão, principalmente, referente a saúde mental, acho que a gente consegue atingir resultados muito favoráveis.

**ENF.9:** Sim, consegue sim. A gente tem vários casos de pacientes que têm autonomia, que consegue levar a vida.

**ENF.10:** Sim e a família também é muito importante nesse quesito, o cuidador, principalmente. Como tudo o que envolve a pessoa com transtorno mental grave precisa desse dessa rede, não é? Mas, auxilia sim.

**AS3:** Sim, sim, a gente tem bastante resultado positivo dentro da unidade em relação a isso, né? Pacientes que às vezes não consegue viver bem com a família, mas consegue viver bem sozinho, por exemplo, né? No seu espaço, no seu quatinho, frequentando a unidade de forma mais intensiva. Eu acredito que sim.

**AS4:** Eu acredito que a partir das oficinas, das atividades que a gente desenvolve, a gente consegue, mas ainda precisa atingir uma parcela maior. Porque eu acredito que é um número ainda muito pequeno. Acho que a gente ainda tem que expandir mais essas oficinas, esse serviço e até esporte, que para a própria família, porque a família tem muita dificuldade em lidar com esses pacientes, né? Até por falta de conhecimento mesmo da doença, então a família ainda eu acredito que é uma coisa que a gente ainda precisa trabalhar mais. E na comunidade no geral, porque existe até no meio dos próprios profissionais de saúde esse preconceito, não é? E quando a gente encaminha o paciente para outros serviços? Acham que o paciente é só paciente psiquiátrico, que eles não têm outras comunidades que, eles não precisam de outros atendimentos, né? Que aquele espaço não é para ele, então a gente ainda tem essas questões que eu acho que a gente precisa avançar muito ainda.

**ENF.11:** Sim, muito. Com as oficinas. O próprio tratamento eu vejo que é de grande valia. Tem mudado muito o perfil.

**PSICOL.6:** Sim, alguns sim, tem alguns que, por limitações mais sociais ou às vezes até cognitivas. A gente não consegue avançar plenamente, mas a gente consegue oferecer pelo menos outras perspectivas para uma melhora na qualidade de vida dele.

**AS5:** Sim.

**AS6:** Sim, bastante.

**AS:** Com apoio, auxílio, consegue inserção.

**ENF.12:** Com parcerias, sim, consegue. Eu já tive exemplo, não aqui, mas lá na cidade de Corumbá, onde eu também era enfermeiro do CAPS AD, lá nós tivemos vários recuperados, várias pessoas que foram inseridas no mercado de trabalho. Então assim, eu creio que sim.

**ENF.13:** O sujeito, então, tem um esforço nesse sentido. Até porque a gente tem oficinas aqui para eles interagir. A interagirem. É oficina de desenho, crochê, outros trabalhos manuais, até cultural, música.

**ENF.14:** Sim.

**MÉD.:** Sim. Eu tenho casos positivos aqui de pacientes assim, de esquizofrênicos graves, por exemplo. Que a família não aceita e que a gente trouxe o paciente mais para perto. Tem feito terapia semanal, tem feito consultas um pouco mais regulares e ele está desenvolvendo a autonomia dele. Está trabalhando, está colocando dinheiro em casa, está morando com outro familiar que ele tem um vínculo melhor.

**PSICOL.8:** Sim, sim, bastante.

## QUESTÃO 5

**AS1:** Eu vejo que sim, até porque não tem porque ter a exclusão dele. Até porque a doença não limita ele disso. A não ser que a doença esteja em um estágio avançado né, uma esquizofrenia refratária que realmente impossibilita de estar vivendo em sociedade, né. Mas a maioria dos casos eu vejo que sim, que tem como, assim né, ir em frente, tocar a vida dele, né. Mesmo se não tiver como, se ele não for aposentado que recebe benefício né, eu não vejo impedimento, de não sei, de ser autônomo. A não ser que dependa mesmo, né, que não tem condições. Tem aqueles casos que vivem em regime fechado e daí eu vejo que não tem como visualizar eles mesmo para colocar na sociedade.

**AS2:** Sim. A gente tá até com um projeto, toda quarta-feira eu e a L., que desenvolve a autonomia pela geração de renda, né. Alguns fazem chaveiro. A gente está trabalhando a costura das roupas, as roupas que vem de doação e depois a gente faz a venda pelo brechó e os pacientes estão customizando. E aí a gente trabalha também a questão da sustentabilidade, né, porque comprar tantas roupas e utilizar ou reutilizar as roupas que vão para doação. E aí você protege o meio ambiente também, vamos colocar um botão, se tem uma mancha, vamos fazer uma pintura, vamos colocar uma bijuteria, alguma coisa ali que eles possam utilizar essa roupa depois ou até mesmo vender, né. Eu acho que a autonomia deles já começa por aí. E não é só isso, né. A autonomia também de poder sair na sociedade, ir ao cinema e fazer um passeio, né. Acho que tudo isso ajuda na autonomia e também para não gerar crises.

**ENF.1:** Sim, eu tenho paciente aqui mesmo que eu fico impressionada, quando eu soube qual é o diagnóstico dele, o que ele faz. Porque eu vim de uma outra instituição que o perfil de trabalho dela é diferente. Eu não via os pacientes com essa autonomia, igual eu cheguei aqui, que nem esse paciente ele, ele trabalha, né. Ele trabalha, ele quem corre atrás da parte burocrática, para dar entrada, para pedir remédio na casa da saúde, ele que organiza toda a papelada, é ele que vem nas consultas sozinho.

**ENF.2:** Sim, com certeza. E aqui a gente tem o serviço que faz isso, o Pró-Inc. Quando o paciente está bem, tem condições, a gente procura encaminhar para o mercado de trabalho. Aqui tem o paciente, seu A., que participa do programa e quando ele não está bem, a gente conversa, orienta, encaminha para o atendimento. Os funcionários, todos os residentes tem essa visão, se ele não tá bem, tá precisando de algo, se tiver precisando de serviço, ele vem, auxilia na limpeza, auxilia na hora da alimentação, dos outros pacientes e auxilia bastante, né. Então assim, a gente procura realmente



estimular eles nessa autonomia, nessa independência, tentando ensinar os artesanatos que a gente trabalha com eles, também de estimular para poder vender para ganhar um dinheirinho. Tem gente que trabalha aqui com a gente que tem problema também, que tem depressão, algo assim, mas que está em tratamento, consegue trabalhar. Se está em tratamento, tomando a medicação certinha, desenvolve seu serviço, seu trabalho certinho, sem problema nenhum.

**PSICOL.1:** Dentro dos limites deles assim como todos nós temos os nossos limites. A grande maioria é uma falta de estimulação, é uma falta de oportunidade, de oferta. Nos espaços de assembleia também são os espaços de trabalhar esse protagonismo né, que a gente faz essa troca de informações sobre o que está acontecendo na sociedade, a gente escuta deles também qual é a percepção deles disso e vai fazendo links né, com essa relação do cotidiano.

**PSICOL.2:** Sim. Dentro do que é o serviço do CAPS, que não é só esse olhar médico centrado, na função da medicação, mas a gente tem todo acompanhamento restante da equipe de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, a gente acaba atingindo a pessoa em outros aspectos, né, que influenciam a saúde mental. Então às vezes até conseguindo benefício para essa pessoa. Às vezes quando ela tá dentro de critérios, auxiliando ela dentro do que são situações de busca de emprego, nas relações familiares que por vezes foram vínculos rompidos ou estão próximos a romper. Então acredito que é um tipo de atuação bastante abrangente que consegue minimizar muito dessas que são causas às vezes dessa piora de sintomas da saúde mental. Acredito que sim, que ele consegue. Se pegar hoje até paciente nossos que são talvez aqueles perfis mais graves, pacientes com mais dificuldades, que são os que estão dentro das residências terapêuticas, mesmo assim eles ainda tem envolvimento em atividades, situações, através da consciência crítica, do acompanhamento terapêutico para dentro de inserção de alguma forma na sociedade. A gente tem pacientes graves que foram inseridos de alguma forma, por exemplo, estão fazendo atividades físicas em academias e pacientes que conseguem algum tipo de emprego informal. Então, acredito que tem sim uma função ativa, até nos círculos de atividades que a gente busca, de conscientização da sociedade, a gente envolve nossos pacientes para que eles mesmos sejam exemplos daquilo que um bom atendimento, um atendimento adequado pode proporcionar.

**ENF.3:** Eu acho que não, só medicação e atendimento de urgência não vai dar para ele o que ele precisa para estar todo integrado na sociedade.

**ENF.4:** Sim.

**PSICOL.3:** Alguns. Depende do que é considerado ativo, não é? Força de trabalho é só um mecanismo.

**PSICOL.4:** Sim, a gente sempre conversa aqui que é importante ter apoio familiar, não é? Porque se não, fica bem difícil.

**PSIQ.1:** Acredito que ele consegue ter um papel ativo na sociedade se fizer certinho. Em casos extremos não, mas a maioria consegue.

**FONO:** Eu acredito que sim.

**ENF.5:** Acredito que sim, mas em via de regra não sei se acontece assim. Eu acho que é difícil recuperar completamente os pacientes, muito difícil. Tem questões que fogem da nossa alçada. A gente faz o tratamento aqui, eles saem e se desestabilizam muito rápido. Um primeiro uso e uma semana está de volta e a gente começa tudo do zero, sabe? Parece que é um trabalho que não foi feito. Muitas pessoas acham o trabalho é perda de tempo, principalmente a população, não é? Então não tem essa, que não tem esse entendimento, inclusive aqui nós tivemos os próprios vizinhos do prédio querendo tirar o CAPS daqui. Então é bem complicado, sabe?

**ENF.6:** Consegue a partir do momento que eles se aceitam, né? Tem muitos que não se aceitam, acham que a maconha é tranquilo, não é? A partir do momento que ele identifica que sim, que ele é um usuário, que ele tem que tratar, ele pode muito bem levar uma vida normal usando a medicação. Vir nos retornos, participando dos grupos, trabalhando tranquilo, né? Só que é difícil sim, a gente conseguir dar esse segmento, isso leva muito tempo. E a maioria dos pacientes que vem já está numa idade onde já é difícil normalmente se conseguir um emprego e tudo mais, não é? E aí tem essa questão, mais uma vez do preconceito, não é? Do empregador não querer contratar um paciente que é usuário.

**ENF.7:** Se ele quisesse, sim. Mas eles já têm um histórico de não querer sair dessa doença, de ter vantagens com essa doença, então muitos não querem realmente, não tem aquela visão.

**T.O:** Depende, depende. Tem alguns casos que os próprios usuários não querem sair da situação por conta dos ganhos secundários. Você trabalha, conversa, mas eles não querem sair da situação, os que teriam condições, né? Os mais graves são um pouco complicado, depende do diagnóstico, depende do apoio familiar, não é? Tinha muita família que era muito difícil, tinha que estar direto conversando com a família, dar condições de ele ter mais autonomia. Mas, assim era muito difícil.

**ENF.8:** Consegue sim, a maioria consegue, outros se acomodam na aposentadoria mesmo. Isso é um fato. Isso é verídico.

**ENF.9:** Hoje do jeito que está, precisa de mais um trabalho, um pouco mais junto com ele, assim pouco mais próximo. Porque a gente é um CAPS pra cidade toda e a gente não consegue acompanhar, certo? Cada paciente em cena, na sociedade. A gente dá o papelzinho para o mercado de trabalho, mas depois nunca mais acompanha. A gente não consegue saber se ele foi, se ele não foi. A gente vai lembrar dele quando ele aparece de novo. A gente não consegue acompanhar mesmo para saber.

**PSICOL.5:** Sim, consegue, consegue. Assim, tem um que faz curso, faz uma atividade ali, não é? E têm alguns que acabam não tendo tão ativo em relação à questão do emprego, mas tem o benefício social. Mas no aspecto de curso, já as coisas vem é da parte de território. Ali eles acessam bem os que não são tão graves.

**PSICOL.6:** Em alguma medida, sim. Eu não sei qual medida vai ser essa. Não sei de muitos pacientes que conseguiram talvez engrenar um trabalho, alguma coisa assim. É produtiva talvez socialmente. Mas em alguma medida, assim que seja, pelo menos no cuidado da casa, com a família. Mesmo que não seja fora de casa, mas eles conseguem. Eles conseguem ter uma autonomia. A gente tem que trabalhar isso com eles, mas esse é um entrave? É sim. Eu acho a maior dificuldade da gente.

**PSIQ.3:** É Claro que tem alguns que a gente consegue liberar para casa. Eles vão conseguir sobreviver e ter essa autonomia, mas tem outros que não, tem outros que a gente não vai conseguir fazer com que ele trabalhe, que ele tenha um papel numa sociedade no sentido de produzir alguma coisa, mas às vezes, só de se sustentar o que já é ótimo também, né? Imagina, não é? um peso, entre aspas, para qualquer um, só que tem uns que vão ser, tem uns que não tem autonomia nem de ir no banco, de escovar os dentes, de cortar o cabelo, não tem, esses infelizmente é um quadro bem grave que daí precisa de alguém mesmo, precisa de terceiros para estar fazendo.

**FARM.:** Dependendo da gravidade, sim, não é? Tem sujeitos que você percebe, principalmente a depressão grave, chegam aqui, os pacientes recebem todo um procedimento clínico terapêutico, né, tudo aquilo que está envolvido, disponibilizado pelo CAPS. Aí você percebe uma melhora muito grande do paciente.

**ENF.10:** Depende do caso. Alguns, não todos. Alguns já estão em um grau da doença que, mesmo estabilizados, medicados, não vão conseguir cumprir o seu papel social,

mas de uma maneira ou outra, é que a gente tem que entender que é um papel social, né, o que a gente espera daquele indivíduo na sociedade, se a gente pensar como pessoa saudável como a gente que trabalha, estuda, tem família, não sei o quê, não vai ser igual a gente, não vai conseguir fazer igual, não vai sair muito da expectativa nossa. Então, o que a gente está esperando dele? Mas, de uma forma ou de outra, eles cumprem um papel social.

**ENF.11:** Consegue, sim. Só que, como eu comentei, é um trabalho de formiguinha, não é? Ainda tem muita coisa estigmatizada, sabe? Mas consegue sim.

**AS3:** É, depende muito da doença, não é? E do tempo que levou para ele buscar um tratamento, não é? Quando o paciente começa a fazer tratamento bem no início, com um apoio da rede, da família, a gente acredita que sim, mas tem aqueles casos dos pacientes que não tem essa estrutura, que não teve o apoio da família. São pacientes que foram mais vulneráveis e acabou usando substâncias, então esses pacientes tiveram muitas perdas, não é? Às vezes perdas neurológicas, cognitivas, enfim, aí esses são mais difíceis, não é? Mas se é um paciente que tem a rede de apoio, acho que consegue.

**AS4:** Sim, nós temos casos de pacientes assim que são bem ativos mesmo, que reivindicam, que participam de conselho. Ainda é um número pequeno, mas a gente tem alguns casos assim que se sobrepõem. Mas eu acredito que ainda é algo ainda muito mínimo assim, que a gente quase não consegue ter aquela percepção, né? Eles têm um pouco de dificuldade, meio de inserção. Mas existe, não é? Eu vejo assim e é bacana a gente poder acompanhar essa evolução. Às vezes, pacientes que tinham dificuldades até para se socializar e hoje em dia a gente vê assim, são super ativos, vêm, participam, querem estar no meio quando tem alguma assembleia, alguma coisa, eles querem estar envolvidos. Então eu acho isso muito interessante.

**ENF.12:** Muitos deles, sim. Vai depender muito, assim do estado da doença, não é? Do próprio diagnóstico, mas a maioria, sim.

**PSICOL.7:** Alguns, sim, tem alguns que participam de conselho municipal e que passam a participar de ONGs, de atividades sociais. Isso a gente tem motivado eles bastante e a gente tem tido um retorno.

**AS5:** Eu acho que depende. Da pessoa. Eu acho que depende da pessoa que está aqui.

**AS6:** A gente no próprio CAPS, a gente colocava eles para ajudar, para realmente se sentirem assim, pertencentes no convívio com os outros que não tinham a patologia deles, entendeu? E aí a gente acabava descobrindo habilidades, descobrindo coisas assim que estavam ali escondidas porque realmente a família só medicava, só deixavam, não tinha esse trabalho assim. Então eu acho que o serviço consegue sim.

**AS7:** Sim, mas desde que tenha um apoio psicossocial, tenha um apoio de psicoterapia e medicamentoso.

**ENF.13:** Sem dúvida, sem dúvida. Se tiver fazendo tratamento e toda a terapêutica feita nos PTs estabelecidas para o paciente consegue levar uma vida normal.

**ENF.14:** Teve um aqui que a gente até ficou surpreso, estava totalmente fora da casa. Quando chegou final do ano, veio aí tranquilo, conversou na boa. Estava super bem direcionado, agradeceu o apoio da gente aqui, da assistente social. Acontecem umas coisas gratificantes assim de você ver aqui, de proporcionar uma evolução do paciente.

**MÉD.:** Eu acho que ele já está tendo, não é? Ele já está conseguindo trabalhar, não é? por mais que seja uma função simples, ele está exercendo uma função na sociedade.

**PSICOL.8:** Consegue, muitos conseguem, não é? Outros até em decorrência da doença, que é muito grave, não conseguem ter uma, eles são curatelados. Então assim, eles não podem votar, eles não podem fazer algumas coisas que é a cidadania não é? Precisaria não ser curatelado. Mas a maioria deles conseguem desenvolver trabalhos, retornar ao trabalho não é? Fazer todo um trabalho de um cidadão normal.

### QUESTÃO 6

**AS1:** Eu sinto assim, por trabalhar há anos na saúde mental eu me sinto como um braço de apoio em relação a eles. Depois de tantos anos na saúde mental você cria um vínculo, uma base tão forte com eles, que você se sente segura até para conversar com eles e parece que eles se sentem seguros de chegar até a mim e vim conversar, de pedir algum auxílio, orientação, que eu me sinto tipo como um apoio para eles em tudo. Hoje eu presenciei uma situação no centro, vindo pra cá. Vi as pessoas filmando, outras rindo, mas ninguém parou pra ajudar. A única coisa que eu vi foi que tiraram a chave do carro, né. E se fosse no meu caso, não por ter experiência, porque desde muito cedo eu já estava na psiquiatria, já gostava de estudar saúde mental, sempre gostei e sempre fui muito curiosa, de chegar, conversar com eles. Então tenho um jeitinho de chegar, conversar, perguntar o que foi. Eu gosto muito particularmente. Gosto muito da psiquiatria, de trabalhar com eles, ouvir eles um pouco. Quando o paciente chega adoecido, em crise, a gente tenta abordar de um jeito, de outro.

**AS2:** Tem muitos pacientes com uma história de vida muito triste, né. A gente tem observado muitas mulheres que foram vítimas de violência tanto dos parceiros e até mesmo de violência institucional. Quantas vezes a gente não sai e vê as pessoas fazendo algum comentário: 'nossa! Ele tem uma cara estranha, ele tá estranho, né.' Como a gente vê quando o paciente ou usuário de saúde mental sai na rua e as pessoas gravarem: 'Olha aquele ali tem jeito que bebeu, fumou.' E, muitas vezes ele tá em crise, por isso, que ele saiu para rua, desorientado. Então, assim eu acho que a gente também ainda precisa publicizar isso, né. Para que as pessoas entendam quando um paciente está em crise, ou até mesmo os familiares observar, ter esse olhar, se está um pouco mais agitado, não consegue dormir, não consegue se alimentar. Tudo isso são sintomas e às vezes está desencadeando uma crise e as pessoas não conseguem observar.

**ENF.1:** Eu falo que eu não consigo olhar para um paciente e reduzir ele a um diagnóstico. Pra mim um paciente com esquizofrenia é mais do que isso. Se tivesse um outro modelo de sociedade né, a gente tem uma sociedade que visa muito pela produção, você tem que ser muito produtivo. Então tem uma pressão, uma pressão nos ambientes de trabalho. Então acho que se houvesse um outro modelo, a gente teria esses pacientes muito mais ativos também, contribuindo com o desenvolvimento da sociedade. A questão do preconceito ainda é muito grande, então se o paciente chega numa empresa e diz que tem um diagnóstico da esquizofrenia, por mais que ele seja funcional, né, ele já tem uma barreira.

**ENF.2:** Eu tenho uma irmã né, que tem transtorno afetivo bipolar. E, nos primeiros anos, nas primeiras crises que ela teve que a gente não sabia lidar com isso isso. Foi antes de terminar a faculdade ainda e hoje a gente, a família, aprendeu a lidar com ela e eu tenho um novo olhar, né. Meu olhar com eles é sempre de muito carinho e sempre recebo muito carinho de volta, atenção, de muita sensibilidade. E aqui a gente tem um lema de manejar esses pacientes da melhor maneira possível, para ir ganhando confiança, né, ganhando vínculo e a gente poder a partir daí traçar um planejamento, o tratamento para eles.

**PSICOL.1:** Eu sou psicóloga então eu estou próxima disso desde o processo de formação. Eu enxergo como mais uma faceta humana, parte de nós, parte de quem nós somos, parte de como a gente se organiza a depender do momento, parte de uma história de vida. Isso pode em algum momento ganhar um nome dentro de um CID ou de um transtorno. Ou não. Para mim é parte do processo de viver, parte do processo de ser humano.

**PSICOL.2:** Eu sinto muito prazer em trabalhar na saúde mental. Eu acho que aqui a gente consegue vivenciar de uma forma bem intensa o que é a melhoria de saúde na vida de uma pessoa. Eu acho que às vezes as pessoas não dão uma real importância do que uma condição de doença mental pode acarretar. Porque se você pega hoje uma pessoa que ela tem por exemplo diabetes e hipertensão ela está sofrendo as consequências daquilo. Agora uma pessoa com uma doença mental um pouco mais grave, uma série de pessoas sofrem junto com ela, pelas consequências. Então, eu sinto muito prazer em trabalhar nessa área porque você consegue ver de uma forma muito objetiva a melhoria não só na qualidade de vida daquela pessoa, mas da família, dos vizinhos, da região onde ela mora. Então, por vezes quando você estabiliza um paciente e esse paciente tem remissão dos sintomas, ele fica mais adequado ali na região. E, às vezes você vê os vizinhos agradecendo o nosso trabalho, você vê comerciantes agradecendo nosso trabalho, família, posto de saúde, CRAS, todo mundo de certa forma vivenciando o que é aquela melhoria. Então, eu sinto muito prazer em trabalhar nessa área.

**PSIQ.1:** Rotina, dia-a-dia. Eu acho que hoje a gente está perdendo muito esse estigma da psiquiatria como loucura, ainda existe uma fração da população que ainda vê como loucura, mas é normal, 10, 15, 20% da população sofre com algum transtorno mental, é uma parcela gigantesca, então, não dá pra estigmatizar, pensar esse indivíduo fora da sociedade. A pessoa com transtorno mental está tanto na sociedade quanto quem não tem, é uma parcela muito grande.

**ENF.3:** Eu acho que o transtorno mental deixa a pessoa muito só, não é? Isola a pessoa da sociedade.

**ENF.4:** Para a gente é comum. A gente quer ajudar, quer que ele seja inserido na sociedade, que ele fique bem, sem preconceito, nem medo, nem nada.

**PSICOL.3:** É um transtorno como qualquer outro que demanda atenção, tratamento, cuidado, zelo, empatia, medo ou mesmo amor.

**PSICOL.4:** Hoje em dia está bem mais tranquilo que estou há bastante tempo no serviço, não é? Você já acaba assim, se acostumando com tudo o que acontece, não é? Mas assim, às vezes chega alguns casos que mexem mais com a gente, passam fome, moradia precária. Às vezes a gente tem que fazer visita, não é? Você vai ver aquela situação. Os casos de abuso mexem bastante também. A gente vai aprendendo a lidar. No começo atendia, chorava. Hoje eu já consigo lidar melhor, mas às vezes eu vou embora pensando, né? Aquele atendimento pesado. Na semana passada mesmo depois que uma paciente minha foi embora eu fiquei pensando nela o dia inteiro. Fiquei preocupada com a situação.

**PSIQ.2:** Na verdade desde que eu entrei para a faculdade de medicina, minha intenção era trabalhar com a psiquiatria. É uma área sim, pesada. Mas a expectativa da melhora dos pacientes, que têm uma evolução positiva é gratificante. A princípio é um trabalho bem interessante que a gente faz.

**FONO:** Eu acredito que eu vou aprender a lidar melhor com isso, mas eu ainda fico bem comovida com algumas situações, principalmente, em casos de abuso, de violência tanto sexual quanto física, abandono, ainda me abalam bastante. Tenho pesadelos, sonhos, levo para casa, sofro, tenho vontade de acolher, de abraçar, tenho

muita empatia. Eu me coloco muito no lugar da família, assim, até por eu ser mãe, então, geralmente são crianças mesmo, adolescentes. Assim, é um sentimento mesmo de empatia, de se colocar no lugar daquela família, então, é um trabalho pesado.

**ENF.5:** Por gostar de fazer o trabalho. Nesse primeiro momento é muito bacana. Só que o paciente sai daqui, você vê que é que é como se fosse uma porta giratória, sabe? Eles vão e é cíclico, sabe? Então a palavra é mais complicação mesmo, sabe?

**ENF.6:** Eu já trabalho há muitos anos na rede municipal de saúde e já trabalhei em vários setores, desde a unidade básica, já passei pela urgência e emergência. A gente recebe o paciente em crise, não é? Que é quando eles estão totalmente fora de si, agressivos, que a questão dos riscos. Eu vejo nesse período, eu já percebia que eu gostava de lidar com essa parte, porque a maioria das pessoas não gostavam. Tinha um pouco de medo de lidar com a situação, mas assim eu sempre gostei de trabalhar com paciente psiquiátrico. É o que me motiva. É justamente o fato das pessoas não conseguirem compreender o lado deles. É de você se colocar no lugar como se fosse eu. Então assim, o tempo todo a gente usa, às vezes, métodos de conversar com paciente que é mais tranquilo, você tem um diálogo mais tranquilo, paciente um pouco mais agitado tem que ser mais rígido, mas de todo jeito a gente tenta atingi-lo de uma maneira, não é? Então eu gosto muito desse manuseio.

**ENF.7:** Eu trabalho porque tem que trabalhar. Eu, particularmente, já tenho muitos anos na prefeitura e já passei em vários outros serviços. Eu estou aqui por outros motivos, a carga horária é um estímulo, entendeu?

**T.O:** Cada um deles mora no meu coração. Ai eu sou suspeita para falar, eu me apaixono, me entrego para o trabalho. Quando eu saí, eu chorei bastante. E fiquei um tempão fora. Mas assim, eu tenho um cuidado.

**ENF.8:** É uma área que eu gosto. Tenho especialidade na área. Porque eu me sinto atraída, eu gosto de trabalhar com transtornos e gosto dessa área. Você vê um paciente chegando aqui com sintomas psicóticos e ele saindo bem, isso aí já é uma motivação também. Em relação a droga, você vê um paciente assim que fazia uso constantemente, das substâncias psicoativas e hoje faz uso, digamos, assim, uma vez por mês. Não deixa de ser uma Vitória e é com isso que a gente trabalha.

**ENF.9:** Eu não sei, eu comecei gostar depois que eu comecei a conhecer assim a área mesmo. Eu vim trabalhar aqui por questão de onde tinha vaga para trabalhar. Mas assim, depois conhecendo e vendo o que a gente pode fazer, a diferença que a gente faz, não é para todos, mas para poucos. Mas isso já motiva a gente a continuar, né?

**PSICOL.5:** Alguns casos mais graves que esbarramos são sociais. Mas, muita fascinação, muita angústia por você não conseguir articular todos os territórios com alguma questão, só que daí envolvem as questões sociais. E realmente fica complicado que é esse um cuidado familiar também e a família está cansada. Às vezes, a gente depende da família para articular algumas coisas também. Então essas coisas sociais é que me geram muita angústia e até uma certa impotência.

**PSICOL.6:** Não sei se eu sei nomear, mas tem uma beleza nessa loucura deles, é isso que eu acho fantástico. Você ouvir uma construção delirante, você ver uma forma patológica, completamente distante da neurose. Sim, é uma coisa. Isso me move assim que eu acho isso incrível, sei lá, tem uma beleza nisso, eu acho. Eles conseguem fazer esse descolamento tão distante, mas que em outros momentos, você conseguindo fazer uma reflexão ou outra, eles conseguem dar uma acalmada, eles conseguem conversar com você, às vezes com boa naturalidade. É, por exemplo, pensando na pergunta anterior, a gente tem um paciente aqui, o O., ele

esquizofrênico, usuário, assim bem complicado. Ele é doidinho de tudo, assim. Mas esses dias a gente deu licença para ele no final de semana para ir para a casa da irmã e daí ele foi numa festa junina e daí ele ficou cuidando o carro e ganhou 100 reais. Eu falei, o cara tá melhor que eu, entendeu? Porque ele se vira, ele se vira, ele consegue ter um papel, eles sabem o que fazer, ter o jogo de cintura ali para se virar.

**PSIQ.3:** É um carinho, eu não posso negar isso. Eu acho que quem trabalha com essa população sem um certo amor e carinho não está fazendo certo, sabe? porque você vir aqui só para, sei lá, colocar remédio ou contido mecanicamente por uma situação de risco, sem olhar para aquela pessoa como uma pessoa, como alguém que precisa de ajuda, de cuidado, de carinho, não vai estar fazendo certo, não vai resolver. Não é a situação, então. É isso. Eu acho que o meu carinho é um carinho que eu tenho por olhar para essas pessoas.

**FARM.:** Olha, eu trabalhava na atenção básica. Eu trabalhei nove anos na atenção básica e estou há 17 anos no CAPS. A diferença da atenção básica é, realmente, uma clientela na qual você vê um efeito terapêutico muito significativo. Às vezes chega um paciente grave, persistente, realmente precisando de tratamento, sabe? É um campo muito interessante, de pesquisa muito legal, interessante mesmo.

**ENF.10:** Não sei, eu acho que você vê evolução do paciente. Você consegue recuperar um pouquinho a dignidade dele, tirar ele de situação de vulnerabilidade severa e poder ofertar alguma, uma Independência ou melhora, reconstrução de vínculo familiar. Eu acho que isso gera um sentimento de dever cumprido.

**ENF.11:** Eu sou apaixonada. Saúde mental para mim, quando eu descobri na faculdade, eu falei, é para mim, não é? Eu até comentei com os colegas de trabalho que eu fui muito desencorajada na faculdade, não é? Mas eu falava, eu até me questionava, né? Eu pensava assim, nossa, mas será mesmo que eu vou conseguir lidar com esse pessoal? Não é? Do transtorno mental, será que eles não são agressivos, né? Porque o que a gente escuta de história é tipo, ai fulano trabalha no CAPS levou um soco, levou puxão de cabelo, não é? O paciente foi agressivo, mas o que me mobiliza é, é justamente porque eu sou apaixonada nisso, não é? Eu gosto. Eu me sinto bem. E aonde eu me sinto bem, o que me mobiliza é querer realmente dar essa atenção que eu sinto que falta, eu quero ouvir, eu quero poder ver ele sendo ativo na sociedade.

**AS3:** Eu vejo que é uma questão de ser justo, de ser humano com uma pessoa. Eu acho que o paciente precisa desse sentimento de humanidade. Se sentir acolhido, sentir que ali existe um apoio. E, eu acho que o serviço exerce esse papel não só de acolher mais, de oferecer uma forma justa. Para uma vida saudável, não é?

**AS4:** Nossa, são muitos sentimentos. Eu sou apaixonada porque eu gosto de ver essa evolução. E quando a gente trabalha, às vezes na urgência emergência, como eu já trabalhei, a gente não tem esse acompanhamento, né, de poder estar vendo ali cada conquista do paciente, de você poder sentar, de você poder elaborar um projeto terapêutico, de você ver cumprindo as metas dele, evoluindo. Então assim, eu tenho um sentimento assim, gratificante. Não é? Eu me sinto grata por ter tido essa oportunidade de trabalhar na saúde mental, porque eu gosto de trabalhar, de verdade. Eu gosto de gente. Então eu gosto muito.

**ENF.12:** Eu vejo assim, eu, enquanto enfermeira a minha colaboração é pouca, porque assim, a questão é psíquica, não é? Emocional, e é tão, tão ampla que eu, enquanto enfermeiro, o mínimo que eu posso fazer já vejo de grande ajuda, porque assim, é a dor da alma, né? A dor do interior é assim, é incomensurável. Intocável, não é? Mas eu me ponho no lugar. Eu acho que qualquer ajuda que seja, por mínima que seja, já é uma saída, é um apoio de qualquer forma e isso já é valorizar a pessoa

nesses sentimentos, sua vida mesmo. Ter um lugar assim na sociedade, saber que ele é visto, é reconhecido.

**PSICOL.7:** Ah, são todos, né. Eu sempre tive um carinho muito grande desde que eu vim para cá pelos esquizofrênicos. Esses pacientes me motivam muito. Quando eu vejo qualquer melhora neles, tanto na parte afetiva, aqueles mais embotados que conseguem sorrir, coisa que eles não faziam, conseguem dizer mais do que eles gostam. Então, para mim, esse público específico, os pacientes psicóticos, são os que eu tenho mais carinho. Então eu acho que é, que é sentimento de querer cuidar mesmo, de ver uma melhora nessas pessoas. E isso para mim, é o sentimento que me motiva a estar aqui, saber que eu posso melhorar algo por menorzinho, que talvez seja na vida daquela pessoa.

**AS5:** Amor, respeito.

**AS6:** Agora você me pegou, hein? Acho que gratidão, que a gente sabe que assim boa parte da população assim tem medo quando se trata de um paciente psiquiátrico. Isso mobiliza nas pessoas um receio. E do ponto de vista profissional eu gosto de ver resultado. Não é que eu não sei qual palavra, mas, nesse sentido, o sentimento de gostar de ver resultado, de você perceber que você fez diferença na vida de uma pessoa.

**AS7:** No geral é um aprendizado, não é? E é muito dinâmico o trabalho. Tem paciente com o mesmo perfil de cid, mas que ele tem uma outra forma de crise, de surto. Nem todos são iguais, mesmo que a doença seja a mesma. Mas a reação corporal, a expressão é diferente.

**ENF.13:** O desafio de ter que lidar com o cidadão muitas vezes excluído pela população. É um ser que está sofrendo preconceito, preconceito dele, da família mesmo. E a gente aos poucos, não é fácil reinseri-los na sociedade.

**ENF.14:** A gente tem um pouco de empatia, não é porque a gente vê que às vezes essas pessoas são estigmatizadas, não é? A gente sabe que existe hoje muito a questão do pessoal com espectro autista, pessoal que tem esquizofrenias, Transtorno bipolar de personalidade, essas coisas existem. E a sociedade? Grande parte da sociedade simplesmente se fecha ou fala que é frescura, não é?

**MÉD.:** Cuidado com as pessoas é o que mais me motiva, porque acho que faz parte da minha personalidade. E eu trago muito isso para os meus pacientes.

**PSICOL.8:** Eu sou psicóloga e eu comecei a trabalhar primeiro na assistência e quando eu vim para a saúde eu já vim para o CAPS e a gente percebe que essa é uma população que precisa ainda de muito auxílio, até por conta da discriminação da própria sociedade. As pessoas acham que a pessoa que é portadora de uma doença mental grave que ela é totalmente incapaz, que ela representa esse risco para a sociedade, que ela precisa estar fora do contexto da comunidade, que é totalmente diferente daquilo que a gente pensa, não é? Que quanto mais incluída na nossa sociedade, melhor ela vai ficar. Então esse sentimento de ter bons resultados em relação a isso, isso me faz bem, me motiva bastante, me incentiva.

## QUESTÃO 7

**AS1:** hoje eu vejo que a maior dificuldade é a família. Porque hoje todo o apoio vai para o paciente, né e quando a gente vai dar o apoio pra família, geralmente, a família já está muito esgotada. A família fala que não quer mais, que o paciente não tem mais jeito e fala que vai largar, abandonar, como já ouvi em muitos casos. Então eu vejo que a família tem um esgotamento físico e mental. Então a família acaba por desistir porque ela realmente não aguenta mais. Lidar com uma pessoa com transtorno mental é difícil, tem que ter manejo e precisa de insistência em cima dele. É uma pessoa



adulta, mas que não tem mentalidade nenhuma. Então eu vejo essa dificuldade com a família. Chega uma hora que eles dizem, eu não aguento mais. Por mais que a gente tente orientar, explicar, dizer: olha, está tudo com a gente, só precisa que você dê o remédio. A dificuldade é grande. Existe essa barreira muito grande com a família mesmo.

**AS2:** Então, assim, a gente tem um grupo de família aqui que é feito com os residentes e a gente ainda encontra bastante dificuldade com os familiares. Eles ainda têm o entendimento de que o serviço tem que fazer tudo e que seria melhor a internação, ficar no hospital. A gente ainda tem esse estigma da internação e toda a vivência que a gente tem e tudo o que acontecia nos hospitais não é saudável, eles não conseguiam ter essa liberdade, essa autonomia, poder produzir. E, isso tem que ser feito lá na comunidade também, né. Na igreja, nos espaços aonde eles frequentam, nas associações de bairro, acho que todo mundo tem que falar saúde mental. A gente teve a conferência esses dias, de saúde mental e eu falei assim saúde mental tem que ser igual a política de violência contra mulher, né. Todo mundo tem que conversar, todo mundo tem que saber como que acontece e aonde procurar. É um conjunto. A partir daí a gente vai diminuir as crises, vai ficar na unidade para que eles possam vir participar das consultas no ambulatório. Infelizmente, a gente não tem como saber como, quando e por que as pessoas vão desenvolver algum transtorno mental. Alguns tem um componente hereditário, tem outros que a gente sabe que é o ambiente que ele vive, do que ele passou na vida dele, a história de vida que ele tem e ele chegou a ter algum transtorno mental.

**ENF.1:** Os processos de trabalho, de saber implementar. A gente aprende um monte de teoria, mas a prática, a desempenhar papel de liderança, como aprender a trabalhar em equipe. A gente não aprendeu, mas a gente executa. A gente não teve uma formação para trabalhar com grupo, como que se cria um grupo, que se traz uma pessoa, que se vincula essa pessoa com o grupo.

**ENF.2:** A gente tem dificuldades principalmente de recursos, recursos humanos, hoje até que nem tanto porque a gente ainda conta com a colaboração dos residentes, nos ajudam bastante, mas a gente tem bastante dificuldade na questão de recursos financeiros, por exemplo, os colegas quando precisam realizam bazar. Se eu quero fazer alguma atividade de artesanato, tudo isso envolve a questão financeira e a gente acaba fazendo cotinha do nosso próprio dinheiro pra gente poder trabalhar com os pacientes. Se a gente quiser fazer um piquenique, é lógico que vai partir também da gente. Então essa questão financeira para gente é algo que acaba implicando bastante muitas situações.

**PSICOL.1:** Eu acho que é lidar com esses limites que a gente tem. Limites de recursos, limites de recursos humanos também, para gente atender, limite da rede. Nossa rede cresceu muito nos últimos 10 anos, mas ainda tem muita coisa para ser atendida. Então isso é um pouco angustiante, ter que lidar com esses limites o tempo todo. Todos os dias a gente está lidando com esses desafios. E sem falar que a gente trabalha com a população muito vulnerável, né, então assim a gente nunca cuida só da saúde, mas tá sempre linkado com o processo de vulnerabilidade social, cultural, educacional, familiar, vivência de violência. Então o nosso atendimento direcionado para a saúde mental está sempre atravessado por outras questões. Então, assim, isso é a parte mais cansativa, mais exaustiva, porque a gente o tempo todo é convidado a se retirar do nosso nicho, ele pequenininho, né, da nossa formação e tá o tempo todo conversando com outras instâncias para a gente conseguir acompanhar esse processo de vida e como a gente é uma equipe de saúde mental multidisciplinar e a própria organização do serviço é para olhar esse indivíduo do ponto de vista integral,

então a gente de fato precisa abraçar todos os aspectos de vida desse indivíduo que vem atravessado por tudo isso. Então a gente tá o tempo todo acompanhando questões sociais, amarradas nessas questões do transtorno, questões familiares, na escola, questões de deficiências culturais, de aprendizagem. Então, essa é a parte de grande desafio porque a gente tem que ficar conversando o tempo todo com outras políticas e a gente já lida o tempo todo com as deficiências das questões de saúde e tem que lidar com as deficiências das políticas de assistência social e outras políticas também. A gente precisa lidar com esses desafios de conhecer para saber como tá acontecendo. Então a gente se frustra, a gente ao mesmo tempo consegue abarcar as potências que todos têm, mas também lidamos com as frustrações de todas essas esferas, né. Então, acho que essa é a parte do grande desafio.

**PSICOL.2:** As situações de crise né e aí às vezes isso traz situações de risco né, físico, alguma coisa assim. Em relação ao serviço, a questão de investimento, por vezes a gente tem dificuldade com materiais, com insumos, tecnologias, formação. Eu acho que essas seriam as principais dificuldades e que por vezes nós mesmos servidores que a gente tem que buscar estratégias, correr atrás daquilo que são questões e sem ter nada a gente tem que buscar de forma estratégica como lidar com aquilo. Acho que seriam as principais dificuldades.

**PSIQ.1:** Acho que a maior dificuldade é o próprio estigma, por parte dos próprios pacientes, por parte dos familiares, por parte da sociedade. O paciente que chega com um bom suporte familiar, que aceita, que entende o transtorno mental. Eu gosto muito de chamar de doença na verdade, eu sempre falo para os pacientes que eles têm uma doença mental, explico que não é loucura, que isso é uma doença, que se trata. Porque as vezes o próprio paciente acha que é frescura, uma fase, que vai passar e acho que essa é a maior dificuldade porque eles vão, começam o tratamento, vinculam e logo abandona. E o que acontece? Volta. E a tendência é que a reincidência leve a cronificação, né, a perpetuação dos sintomas. E isso é muito ruim. Acho que a grande dificuldade é essa. A estigmatização como um todo.

**ENF.3:** Serviços que atendam com integralidade tudo o que o indivíduo precisa. Por exemplo, hoje eu preciso encaminhar uma criança para psicoterapia e, se de repente, não é na área de abuso, eu não tenho para onde encaminhar essa criança. Tem a fila de espera no CEM de 1 ano. E lugares aonde poderiam ter mais psicólogos ou de repente, aqui mesmo no serviço, não tem psicoterapia individual, porque em grupo não funciona para todo mundo.

**ENF.4:** Acho que as famílias. O preconceito da sociedade não é? Às vezes, até mesmo quando a gente fala que trabalha. 'Você é doida? Está trabalhando com aqueles loucos, eles vão te bater.' Aquela ideia das pessoas e a família que assim também tem preconceito e às vezes minimiza o sofrimento do familiar. Acho que é a maior dificuldade.

**PSICOL.3:** A primeira dificuldade é o acesso, eu vou dizer, muitos dos pacientes graves ficam em situações de periferia e, devido à situação econômica atual não encontram meios para eles poderem vir ao serviço. É difícil você conseguir atingir os pacientes mais afastados, então, uma das maiores dificuldades é você conseguir atingir um público que tem uma situação financeira melhor e aquele um pouco mais debilitado, que está mais escondido você tem muita dificuldade. É um problema. Têm pacientes que estão no final da Nova Lima, no final do carioca, nessa situação de extrema pobreza, que não tem dinheiro nem para comida direito, eles não vão comprar passe para vir e às vezes o paciente tem que vir aqui, 123 vezes no mês ou inclusive na semana. Então é um problema.

**PSICOL.4:** É muita demanda, tem hora que a gente não consegue dar conta de todos. E, assim não tem muito lugar para a gente encaminhar. Às vezes vou liberar, mas demora para ser chamado em outro lugar e essa família não vai dar conta de estar ali dando suporte todo dia e a gente acaba abraçando, porque é humano, né? Também de ter materiais adequados para trabalhar. O serviço de uma forma geral está sucateado. Muitas vezes tem que trazer, comprar um jogo diferente.

**PSIQ.2:** Estrutura. Hoje, a dificuldade que a gente tem é de estrutura. A gente mudou recente, mas a mudança que a gente saiu lá, do prédio antigo, veio para cá. A gente ainda não tem ar-condicionado, nem ventilador que seja. Nos dias quentes é insuportável, para atender o paciente tem que atender de porta aberta para dar uma amenizada no calor e mesmo assim. E assim o CAPS tem praticamente três andares, porque aqui tem um segundo e tem um andar embaixo. Então, dependendo de como está o preenchimento das salas tem que ficar subindo e descendo. Já vem aquele calor, a gente já fica nesse, a gente começa, não é? Chega num ponto de passar mal aqui dentro da casa. Tem a questão dos computadores, que a gente teve que se virar para gente ter essas antenas para poder ter acesso à internet. Porque se dependesse do serviço não teria. Até hoje não resolveram isso, então muita coisa sai do bolso da equipe para poder estruturar, porque acaba ficando por isso mesmo. A farmácia libera a medicação, mas é muito limitada, muito pouca opção que a gente tem. Se a gente for seguir um tratamento protocolo, fazer o tratamento padrão ou tentar uma medicação que às vezes é mais eficaz, o paciente tem que comprar. Aí a gente bate no ponto do poder de compra do paciente, tem uma boa parte aqui que não tem condição. Aí a gente vai fazer malabarismo com o remédio que tem. E, às vezes, o tratamento que a gente faz aqui, se um professor ou psiquiatra que nunca trabalhou na rede pública ver ele vai falar 'poxa, o que o pessoal está fazendo lá que está passando essa medicação?'. Então, tem essas limitações.

**FONO:** No serviço às vezes a gente tem, por exemplo, você precisa fazer uma busca ativa do paciente, não é? Às vezes a gente não tem carro, o meio de transporte. Já aconteceu de ter que ir com veículo próprio, então é uma dificuldade, né? Porque assim a gente tem ali o gasto, você coloca o seu carro, são locais longe, essa é uma dificuldade. E a dificuldade da família aderir também, igual eu falei, eu me coloco no lugar delas. Existe a dificuldade financeira de vir ao CAPS, principalmente, nesse novo prédio as famílias queixam muito da acessibilidade, os pontos de ônibus são longes, né? As famílias que buscam os serviços são locais mais longe do que a gente aqui no centro, né? Então é distante, então assim, muitas vezes a família não consegue aderir ao tratamento. Por mais que você coloque ali nas oficinas, nos atendimentos, eles faltam, então existe essa dificuldade.

**ENF.5:** A dificuldade do acompanhamento familiar porque o intuito é você devolver o paciente em sociedade. Essa dificuldade, assim, eu acho que se tivesse a família mais próxima, mas quando trazem para cá também a família não está dando conta mais, sabe? Então assim são sentimentos de vários segmentos e de vários níveis. Seria de suma importância o suporte familiar para dar continuidade a esse tratamento e para que isso aconteça. A dificuldade é muito grande, sabe? Isso é muita coisa para caminhar ainda.

**ENF.6:** Eu acho que o problema maior no trabalho da tratamento desses pacientes é eles fazerem o uso correto das medicações enquanto eles estão internados. Aí existe uma rotina diária de medicação. Eles ficam, estabilizam, saem daqui tranquilos. A partir do dia que chegou em casa é um outro contexto, uma família, talvez, totalmente desorganizada, onde também já deve ter outra pessoa que também faz uso, não trata. Então ele vai estar lidando com os dois lados, não? Um lado dele diz que ele tem que

tratar, ele está com as medicações e mais o lado mais forte que ela, da família, dos amigos, do convívio. Então assim, acho que a maior dificuldade nossa é o paciente aderir ao tratamento de fato e dar continuidade. Em relação ao serviço eu acho que talvez falta de profissional mesmo, não é? Eu acho que talvez se a gente tivesse algumas políticas públicas mais voltadas para isso, a parte da psiquiatria. Eu acho que essa parte da psiquiatria ficou um pouco jogada de lado, né? Então a gente precisa direcionar também, porque é uma urgência, a partir do momento que o paciente sai lá fora, que ele não consegue levar a sua vida, sua rotina. Ele precisa de atenção, ele precisa de cuidado, não é? Então eu acho que o nosso maior desafio é que existem investimentos, que existam profissionais e locais adaptados para poder tratar esses pacientes de fato.

**ENF.7:** Acho que é a falta de autonomia que a gente tem mesmo para poder disciplinar, para poder manter um fluxo. Porque são sempre os mesmos, eles querem sempre as mesmas coisas. Eles não aderem ao tratamento de fato. E as dificuldades do serviço, falta de recurso e essa questão, tipo assim, de receber muitos pacientes que não são exclusivamente nosso.

**T.O:** Tudo isso, material, recursos. É uma questão de infraestrutura, de tudo. Porque assim, não sei se você sabe pelo Ministério da saúde tem uma verba para cada uso, todo o tratamento dele. Nós somos cobrados, cada paciente dá um valor x. Mas a gente não vê esse repasse. Como ele deveria ser. Essa é a grande verdade. Então assim, não há valorização do profissional. Eles cobram muito da gente aqui e a equipe está sempre desfalcada, então, são todas essas situações que a gente tem que lidar. Além dessa dinâmica de trabalho, chefe, equipe às vezes não valoriza determinada profissão, determinado profissional, tipo respeitar como profissional mesmo. Entender o papel dele, a função, dar o suporte para que ele possa exercer aquela função que tem que ser feita. Então assim, são várias, inúmeras questões, bastante complicada.

**ENF.8:** Em relação ao serviço é o número escasso de profissionais. Em relação à parte física também, às vezes não tem sala. E às vezes, o prédio também não comporta aquele tipo de público. Fazer modificações, não é? Adequar em benefício não só do usuário, mas também do profissional. Isso daí é algo assim que deixa um pouco a calhar. A dificuldade com os usuários seriam aqueles que não querem mesmo aderir ao tratamento. Porque assim, os CAPS são portas abertas, não é? Quando o paciente vem pela própria vontade dele, ótimo, é servido, o paciente está interessado. É o que sempre falo, que primeira parte do tratamento é reconhecer que precisa de ajuda. Agora, quando o familiar acaba trazendo o paciente já é um pouco mais dificultoso o tratamento com esse paciente, porque o paciente não quer o tratamento. Quem quer é a família, devido ao todo, ao transtorno que esse paciente causa. Gera um sofrimento não só para o paciente, mas para toda a família e às vezes o o vizinho traz o paciente, mas você olha para o paciente, você vê que ele não quer tratamento, né? Quem quer a família diante de todo o transtorno que causa.

**ENF.9:** Falta de um fluxo de trabalho, todo mundo falar a mesma língua, fazer a mesma coisa. É muita ordem que vem de cima para baixo, de compras e aí você tem que mudar toda uma rotina, um esquema para fazer aquela demanda que você está recebendo. O que você não faria? De forma que você talvez não faria, não é? Conhecendo o fluxo da maioria dos pacientes, assim não falei aquilo, mas aí você recebe uma ordem de fazer aquilo que você tem que fazer. Além desse fluxograma, essa falta de apoio mesmo, a rede de apoio interligado, sabe com a Secretaria de assistência social, principalmente, porque a gente trabalha com muitos pacientes que não seriam demandas do CAPS AD. E aí acaba a gente tendo que resolver sozinho, questões que não seriam desse setor resolver e a gente acaba tendo que fazer. Além

disso, tem muita gente, você não tem onde referenciar ele para fazer alguma coisa. Você não tem muitos recursos pra fazer um projeto terapêutico para ele, você vai falar para ele fazer o quê? A gente acaba tendo as terapias, os grupos, mas os outros atendimentos da rede não são direcionados para esse tipo de paciente, para esse público. No geral, tem um grande preconceito da sociedade toda, tem um grande preconceito com esse público, né? Então, assim a gente fica meio de mãos atadas, muitas vezes não consegue encaminhar para o lugar.

**PSICOL.5:** Do serviço é complicado em questão até de ter um material básico para trabalho, para as oficinas terapêuticas, visitas domiciliares. E até um certo um tipo de respaldo na questão técnica, eu digo, às vezes é uma questão técnica, você atuar como técnico. Você também esbarra na questão política, na troca de gestão, na troca de profissional. Perde a continuidade, troca um médico hoje, amanhã não tá mais. Daí está havendo vínculo com o paciente, ele já tá acostumado com fulano, aí troca de local de trabalho e isso é muito complicado, porque até eles falam isso quando estão em reunião de assembleia. Então essa questão dos contratos. Se fosse uma coisa mais de concurso efetivo a maioria, eu penso que não teria tanto essa troca, mas como é contrato, quando vence, ele pega outro. Tem o aspecto dessa dificuldade em fazer as oficinas, assim, no sentido, de não ter material específico e às vezes temos que ser criativos, mas criativos como? Faltando o básico. E nas unidades que eu trabalhei eu percebi assim que é importante, essa coisa de inovar, trazer uma coisa diferente. Eu acabei de pesquisar sobre terapia com cães, né, para tratar vendo essa possibilidade de estar atuando no CAPS com esse recurso, ter essa interação, uma coisa mais ativa. Acho que essa proposta de ter só oficinas, só escuta, eu fui perceber que não tem tanta eficácia. É importante uma coisa mais terapêutica, uma coisa mais que, né, que vai funcionar, porque o usuário, acho que é essa a questão. Falta inovação para ele, faltam coisas novas. Também tem os casos que são mais graves que a gente não consegue fazer o manejo, daí a gente tem que encaminhar para o nosso lar ou para algum outro serviço de saúde, porque a gente está com a equipe reduzida e não consegue fazer o manejo aqui. Acho que também interfere a sobrecarga de trabalho. A questão assim, quando aposenta uma pessoa, não colocam outro no lugar dessa. Sobrecarrega a equipe, sobrecarrega o serviço, às vezes a equipe tem que parar o atendimento e ajudar a equipe de enfermagem. Tem a questão da escuta terapêutica, de escutar o paciente, entender que a escuta todo mundo pode fazer, não é porque é uma escuta que não pode fazer, todo mundo pode escutar sim, né? Não só o psicólogo. E eu acho que também tem um pouco dessa falta de cursos na saúde mental, para entender que escuta você pode fazer, ter um olhar diferente. Daí eu vejo muito isso, pessoas muito reativas e volta naquilo que eu te falei no começo, da questão do burnout, da sobrecarga e a pessoa já chega cansada, irritada e impacta na questão atendimento ao usuário. É isso. Assim, às vezes até o se o servidor não conseguir lidar com suas emoções sim e impactar nele.

**PSICOL.6:** Uma dificuldade muito grande aqui é a pobreza. Esse nível extremo de pobreza que às vezes é difícil o paciente chegar aqui. A gente conseguir manter ele em uma oficina, em alguma coisa que exige que ele venha toda semana, ou mesmo esses pacientes que ficam para convivência, que vem quase todos os dias, não é? Às vezes a alimentação, não é? a gente sabe como as coisas estão, como a alimentação é difícil para eles. Eu acho que a maior dificuldade é financeira. A nossa infraestrutura é bastante precária. A gente precisa muito melhorar, ter uma proposta de ampliação, é bem complicado os banheiros para os próprios pacientes aqui. Os banheiros tem só dois banheiros individuais e não compreende toda a demanda dos pacientes, de funcionário, da equipe. Posso pegar de um lado um pouco mais subjetivo também?

Acho que a dificuldade é paciência, paciência dos trabalhadores. Assim, isso é difícil porque tem que ter muita paciência para o serviço. E às vezes puxando a sardinha um pouco para meu lado, eu acho que a gente que é psicóloga, às vezes tem uma formação um pouco mais treinada para dar conta disso. Para ser mais paciente E alguns não conseguem atender aquele paciente demandante, às vezes não conseguem validar o discurso do paciente, não conseguem atender a demanda porque acha que ele está só enchendo o saco.

**PSIQ.3:** Volta um pouquinho do que eu falei lá no início, a dificuldade de você conseguir desenvolver a mais do que pode, assim, sabe do que é permitido. Eu sei que a gente segue uma cartilha do SUS, do Ministério da saúde e tudo mais. Eu sei que a gente pode fazer mais, mas tem algumas coisas que impactam nos colegas mesmo porque eu não consigo ir além da onde o colega vai, por exemplo, não é? Vou dar um exemplo. Eu tenho uma paciente, hoje mesmo, estava atendendo e ela precisa de psicoterapia individual. Eu não tenho um serviço que faça, que ofereça. Os nossos pacientes graves precisam do grupo até para poder se desenvolver, autonomia e tudo mais. Mas tem uns que precisam de individualidade e aí a gente não consegue. Então, eu acho que é essa, assim, que a dificuldade que eu encontro é de conseguir fazer exatamente o que o paciente precisa, sabe, desenvolver exatamente o que ele precisa. É claro que a gente consegue fazer muito, mas às vezes a gente não consegue individualizar o paciente.

**FARM.:** Falta recursos financeiros, falta recursos humanos, falta capacitação, porque o CAPS geralmente é aquele espaço para o servidor problema, deu trabalho, então você vai para o CAPS, não é? Tem muito disso, não é? Tirando assim, o psicólogo, que está na área de atuação, mas os demais profissionais de saúde é a área castigo. Você tem muito trabalho, tem muito manejo. E outra, para o farmacêutico, você tem um trabalho além do seu serviço de gestão farmacêutica. Você tem um trabalho de campo.

**ENF.10:** Eu acho que dificuldade mais estrutural. Eu acho que a primeira dificuldade que a gente pensa é organizacional, ambiente material, equipe de RH. Então hoje eu sinto falta de uma regra maior pela quantidade de atividades que a gente tem dentro de uma unidade. Então hoje, o Ministério preconiza um quantitativo mínimo de profissional e é esse mínimo que a gente trabalha. Então, trabalhar com o mínimo é muito complicado, porque a gente não tem para repor. A gente não tem. Quando a gente precisa mais e nós como enfermeiros, a gente faz diversas atividades, não é? Então a gente atende pacientes, faz medicação, faz oficina, a gente faz domiciliar, a gente faz matriciamento, a gente faz muita coisa. Eu acho que a maior dificuldade que eu enxergo é administrar todas as atividades que eu como profissional tenho que cumprir com um quadro de profissionais que eu tenho, com a carga horária que eu trabalho, então acaba sobrecarregando um pouco. Acho que a sobrecarga de serviço é a maior dificuldade e a questão estrutural mesmo, sabe? De falta de material, de estrutura física.

**ENF.11:** Olha a dificuldade às vezes que eu sinto é de não saber. Eu digo o não saber lidar com o manejo, de não poder oferecer ajuda que a pessoa está precisando naquele momento, seja por embasamento, seja pelos estudos, ou seja por não conseguir mesmo, não é? Tem alguns transtornos assim que mexem mais, não é? Então, às vezes eu não consigo lidar com alguns determinados usuários e eu não me forço. Eu chamo um colega e eu falo, olha esse aqui, eu não consigo. Em relação ao serviço eu sinto que é mais essa sobrecarga da saúde mental mesmo, porque a gente precisa ter essa de visão de articulação da atenção básica e saúde mental, porque acaba vindo tudo para a gente. Então, o servidor, ele já está cansado e às vezes

chega alguém que precisa realmente de uma atenção e você não vai dar atenção que ele merece, né? Então eu acho que o problema está mais nisso.

**AS3:** A unidade é responsável por um território bastante abrangente e ela fica em um local que é de difícil acesso para alguns. E, isso dificulta, por exemplo, eu trazer para o CAPS um paciente esquizofrênico grave que precisaria de atendimento intensivo durante a semana. Vir todos os dias, né? Estar aqui na unidade o máximo possível, porque ele mora lá na moreninha. Então, se ele não tem uma boa estrutura familiar para dar esse suporte, para ele chegar até aqui o atendimento fica mais difícil. Então eu acho que a nossa localidade é um ponto negativo assim, sabe? E eu acho que também precisaria de mais suporte da secretaria, a gente precisa de carro e tem só uma vez na semana. Se você tivesse um veículo próprio na unidade, você conseguiria fazer mais esse serviço de campo, não é? E com todas as todas as categorias do serviço, psicólogo, assistente social, enfermeiro. Às vezes, um paciente que está com dificuldades, com resistência de tomar um medicamento injetável que ele toma uma vez por mês, se a gente tivesse esse carro o enfermeiro poderia ir lá e fazer esse medicamento. E trabalhar essa necessidade com a atenção básica até se formar um vínculo ali. A gente conseguiria manter esse paciente estável. Mas a estrutura que a Secretaria apresenta hoje a gente não consegue fazer isso, então isso é um ponto negativo.

**AS4:** Nossa dificuldade é o que não falta. É questão de equipe, é como eu disse, o preconceito às vezes está no nos próprios profissionais. A gente não está ileso disso. É questão de recursos financeiros. É falta de material, carro é uma vez na vida e outra na morte tinha. Então tudo isso limita o nosso trabalho. A questão de recursos acaba que de certa forma limita a nossas atividades. Então a gente tem dificuldade de pessoal, dificuldade de trabalhar na própria comunidade também. A gente tem esse receio e falou que é caps, né, pessoal, já fica. Não é? Então assim. Acho que a gente tem muita coisa. De empecilhos para a execução do nosso trabalho, principalmente essa questão de corte de verbas e tantas coisas e interfere diretamente na execução dos serviços. A gente trabalha limita, com pouco recurso, igual as oficinas, por exemplo. Muitas das vezes a gente tem que tirar material do bolso, se a gente quiser desenvolver um trabalho um pouco melhor, né? Se a gente quiser ofertar alguma coisa de qualidade para os usuários, às vezes a gente tem que se dispor a fornecer alguma coisa. Porque não vem material, então tudo isso acaba dificultando aquilo que você realiza, o que você realmente gostaria. Nem sempre a gente também tem como estar custeando tudo isso.

**ENF.12:** Aos usuários digamos que uma primeira dificuldade são aqueles que, na maioria, são trazidos pela família que eles não reconhecem como doença, como também pode ser o inverso. Paciente quer vir e a família não acredita que ele precisa de ajuda, não reconhece. Isso é um dos obstáculos. Outro é em relação a, digamos assim, o próprio sistema, a gente depende de para que a equipe funcione, a equipe multidisciplinar. A gente precisa de recursos. Como por exemplo, um carro para fazer visita e fazer busca ativa. Isso nos é cobrado judicialmente, não é? E muitas vezes a gente não tem esses suportes, não é? Não se trata só de carro, não é? São vários insumos, não é? Mas agora eu estou me recordando bem desse, porque esse é um que toda semana a gente teria que fazer uma visita ou procurar um paciente ou uma unidade para dar alguma referência sobre esse paciente. E nem sempre é possível e tem uma área muito grande. Mesmo dividida em equipes, não é? Então toda equipe, por exemplo, ela sente isso, porque é uma semana de uma, uma semana de outro e uma visita, digamos, por mês. É muito pouco. Dependendo assim da população é muito grande. Eu acho que aqui no CAPS nós temos mais de, eu não sei exatamente

o número, porque é todo dia incluído. Mas temos mais de 1000 pacientes. Quer dizer, dá uma média de 250 pacientes por área. E aí a gente fica pensando, eu tenho uma área de 250 pacientes para cuidar, para saber e a gente não tem tempo, não tem espaço, então, eu acho que uma equipe maior atenderia bem melhor, claro, mas como o preconizado, né? E um, digamos, níveis, cada nível superior. Enfermeiro ou pelo horário, independente da unidade, dois enfermeiros daria. Se pudesse ser dobrado, digamos assim, já alcançaríamos mais pacientes, não é? Em termos de consulta médica, por exemplo, os médicos que temos aqui não são poucos, teria que fazer um ambulatório para atender esses pacientes, mas mesmo assim, ainda, não conseguem atender. Às vezes ficou sem a consulta porque deixou de vir e aí quando quer retornar tem que ser feito uma nova agenda e aí, para aquele mês já não tem mais, né? E aí vai retardando o atendimento.

**PSICOL.7:** Eu vejo mais a questão de resistência da família, a família não trazer e colocar que o tratamento não é necessário para eles ou que melhorou, pode parar. Tem a questão financeira também, até para eles estarem vindo fazer terapias, para fazerem algo que seja fora do território, por muitas vezes terem uma dependência do familiar. Para se locomover, muitas vezes ele não pode fazer um curso, uma coisa, porque ele não anda sozinho, então depende do familiar trazer e aí esse familiar trabalha. Então, essas questões sociais são coisas que contam muito, também a questão financeira, deles não conseguem participar de algumas coisas. Tem a questão de falta de alguns profissionais na rede que a gente precisaria ter, uma equipe multi, nesse sentido. Por exemplo, muitos queixam de questões nutricionais. Gostariam de emagrecer? Gostaria de engordar? A medicação mudou? a gente não ter esse acesso ao nutricionista. É muito difícil conseguir um educador físico. Então essa falta de profissionais às vezes deixa a desejar nesse sentido, para nós, que a gente precisaria desse suporte e não tem como a gente fazer tudo, né? Porque já foge da parte da psicologia, da parte social que o CAPS se propõe a fazer.

**AS5:** Eu acho que é mais a família. E que às vezes não vem carro, não é? Pra gente fazer as visitas, fazer as demandas. Transporte mesmo, né? Eu acho que isso falta bastante.

**AS6:** É justamente esse preconceito da sociedade. Até mesmo dos próprios profissionais. Às vezes tem profissional na área em que você fala, meu Deus, o que essa pessoa está fazendo aqui? Porque não sabe, não entende a importância de lidar com aquilo. Quando a gente fala de redução de danos, por exemplo, tem profissional que não entende a importância, sabe? Então a dificuldade é essa, são as barreiras que a sociedade impõe e dentro do próprio serviço, com os próprios colegas, sabe? Tem bastante.

**AS7:** Burocracia no contexto, geralmente a burocracia. Porque um paciente que vem para o CAPS que ele necessita da psicoterapia, ou ele vai para a UPA que ele necessita de uma vaga no CAPS ou no nosso lar, ou no CEM, então é muito burocrático. A demanda também é muito grande e os profissionais são poucos ainda para atuar nessa área.

**ENF.13:** Sem dúvida nenhuma a adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento e da família ao tratamento do paciente, sem dúvida nenhuma, essa é a maior. Na minha concepção, é a maior dificuldade que temos.

**ENF.14:** Tem paciente que evade, não é? Dificuldade de manejo. Durante o tratamento o paciente evade e é unidade de porta aberta, não tem como a gente evitar esse tipo de coisa. Se o paciente botar na cabeça que ele vai evadir e a gente não detectar, ele vai embora mesmo, como já aconteceu. E aí fica aquela coisa, quem vai ser responsabilizado no CAPS? Aqui é porta aberta. Deveria ter guarda municipal



tanto de manhã, à tarde e noite, não é? Mas nem sempre é possível. Na maioria das vezes não é possível, mas em algumas ocasiões é preciso conter os pacientes. Às vezes assim, quando o paciente fica super agitado, às vezes agressivo com a equipe, não é? Às vezes tem que conter de forma que não vai machucar o paciente.

**MÉD.:** De infraestrutura eu vejo que a gente tem uma possibilidade terapêutica muito restrita porque a gente não tem muita opção medicamentosa, não é? Então, vamos colocar aí uma classe medicamentosa, um inibidor seletivo da recaptação de serotonina. A gente só tem uma opção. E, necessariamente, tem que ser o remédio que é dispensado pela rede. E a maioria das vezes a gente entra em confronto com a condição social do paciente, não é? Então assim, eu, eu costumo abordar essa parte também falo: 'olha, você não se adaptou com essa medicação? Você tem condição de arcar com o custeio de uma outra medicação?' Até tem medicações de alto custo que a gente consegue pelo estado, pela casa da saúde. Mas eu digo assim, eu não tenho, por exemplo, 23 opções de uma medicação de cada classe de antidepressivos, por exemplo. Então, o paciente tem que acabar pagando, porque se não tem aqui e não tem na casa da saúde. Então, os mais caros, que seriam os antipsicóticos atípicos, tipo uma clozapina olanzapin a gente tem lá, aí tudo bem. Mas às vezes, antidepressivo tem um e tem antidepressivo de 60, 80 reais que já é caro para o paciente. Eu vejo isso como uma grande dificuldade e também o acesso a terapia. É muito difícil pelo SUS, muito escasso, muito escasso mesmo. É essencial e muito difícil o acesso dos pacientes à terapia individual. Porque hoje a gente tem o CEM, com uma fila enorme e a gente tem as universidades que também tem uma fila enorme. Tem alguns projetos, algumas ONGs, acho que na igreja perpétuo Socorro, mas não conheço mais nenhum. Mas não, não basta. Nem dá conta da demanda e aí, assim, a pessoa vai escolher entre a medicação ou uma sessão de terapia? Uma terapia semanal para ele já é totalmente fora do contexto de vida dele, totalmente fora e tem casos assim que necessitavam muito. Aí, o que que eu, particularmente, faço uma conduta minha. Às vezes eu acabo deixando os retornos um pouco mais próximos. Não é que eu seja terapeuta, não é porque sou médica, não tenho informação nenhuma para estar atuando como terapeuta, mas às vezes só a escuta já alivia.

**PSICOL.8:** Em relação ao atendimento com o paciente muitas vezes é a dificuldade com a família, da família não entender a doença, da família negligenciar esse paciente. Muitas vezes a gente tem caso de abandono de paciente aqui no CAPS por conta da família não conseguir lidar, né? E também não incentivar esse tratamento, achar que muitas vezes a pessoa ficou boa, né? E que ela não precisa dar continuidade ao tratamento. Eles não entendem como uma doença crônica, que vai precisar de tratamento para o resto da vida, não é? Quanto a questão da infraestrutura eu acho que a gente ainda tem pouco, a gente ainda não conseguiu formar vínculos com a rede toda. Como serviço de saúde, a gente vem desenvolvendo um bom trabalho, mas a gente precisava ter um melhor trabalho com a questão social, né? Com o jurídico, a gente já tem esse trabalho, pessoal da eap e que muitas vezes eles estão presos e tem uma doença mental, então eles fazem tratamento aqui. Mas, por exemplo, carro para fazer visita. A gente só tem uma vez por semana, então isso dificulta. Muitas vezes a gente ia até a família buscar esse paciente, trazer esse paciente para perto. Nosso território é grande, então isso inviabiliza muitas vezes essa questão da gente traçar objetivos, fazer um projeto terapêutico para o paciente na própria comunidade. Tem pacientes que eles vêm aqui, eles moram longe, mas eles vêm aqui porque na comunidade deles eles não conseguem encontrar locais onde eles consigam se encaixar, né? A gente tem poucos NASF. Eu acho que se a gente

tivesse mais NASF apoiando a gente seria bem bacana. Aqui mesmo na região, a gente atua em 2 regiões e a gente só tem um NASF para atender toda a região. É uma região grande. A gente está contando agora com um psicólogo só, porque o outro psicólogo aposentou e ficamos sem. Então assim a gente ainda tem essa dificuldade com o serviço na comunidade, no território. Acho que a dificuldade maior é essa.

### **QUESTÃO 8**

**AS1:** Pra mim ainda tem que evoluir muito, principalmente, o tratamento. O CAPS aqui por ser referência eu vejo que é excelente, ser um serviço de porta aberta, trabalhar a socialização do paciente, mas precisa trabalhar a família como eu falei. Trazer mais a família, fazer com que participe mais nesse convívio. As pessoas carregam a ideia de que é louco e que não vai ter mais cura. E hoje você vê que a pessoa mesmo com depressão tem o convívio normal. E o que eu vejo que precisa melhorar muito são as campanhas, né. Não dá pra colocar só o setembro amarelo. Saúde mental tem que falar o ano inteiro. Inclusive com os servidores também. Então a saúde mental tem que ser trabalhada, exposta, tanto na sociedade como nas empresas privadas. Tem que ter palestras, campanhas, porque sempre tem alguém ali que está adoecido e às vezes nem sabe o porquê chora. A gente vê muito funcionário no cantinho dele, isolado. Às vezes o colega até fica com receio de perguntar o que é e de acabar taxado, de estar com depressão, de minimizarem. Tem que ampliar o trabalho de conscientização, trazer a sociedade pra perto, mostrar que a saúde mental não é só esquizofrenia, bipolaridade, que engloba tudo.

**AS2:** Eu acho que o desafio maior que a gente tem é realmente efetivar como uma política pública, com orçamento. Hoje a gente tem esse orçamento e ainda é muito apertado. Esse orçamento não trabalha ações afirmativas, a valorização do servidor que está trabalhando nessa política. Por que é um atendimento pesado, né. Não é uma coisa assim que você só atende. Eles necessitam de atenção a todo momento. Então acho que é um conjunto. Eu acho que a gente necessita de mais um CAPS infantil porque a demanda é muito grande. Eu acredito que a gente precisa ter também outras estruturas que atendam eles lá no seu território, né. Eu acho que o Centro de Referência da Assistência Social seriam um caminho, mas para isso a gente precisa ter um orçamento efetivo. E eu acho que um grande desafio também é a gente efetivar a Política Municipal de Saúde Pública, que ela tenha esse orçamento. Um orçamento melhor que não seja só pra pagar a estrutura, água, luz, internet. Um orçamento que a gente tenha pra vir material para trabalhar com eles, audiovisuais que a gente precisa ter, por exemplo, uma tv grande, equipamento de som, porque eles amam música. Nós temos, mas assim, é sucateado, não é um material de qualidade. Então assim, tv, caixa de som, microfone, tudo isso ajudaria bastante porque eles gostam de filme, eles gostam de música, por exemplo, deixar uma música suave tocando na recepção enquanto eles esperam os atendimentos. Esses recursos melhorariam muito os serviços.

**ENF.1:** Os desafios são bem grandes. A gente vem de uma gestão, desde a anterior que é contrária à reforma. Então tem os retrocessos. Campo Grande está tentando ir na contramão, tanto que está tentando aprovar o Plano Municipal em Saúde Mental. Tem a questão dos recursos, que vem diminuindo. Por exemplo, a gente tem 10 milhões que foram destinados a hospitais psiquiátricos privados, em torno de 500 milhões para comunidades terapêuticas e 70% desses recursos para pôr nas comunidades terapêuticas Cristãs. E pra gente falta recursos, materiais pra

desenvolver os grupos, as oficinas, algo que possa gerar uma renda pro paciente. Uma outra dificuldade é a formação psiquiátrica que ainda é muito voltada pra esse modelo biomédico e se desconsidera a questão social, a questão cultural, a questão histórica, né. Aí você pega a antropologia, a sociologia que vem com toda uma bagagem, mas não chega na formação. E aí a pessoa não entende porque uma pessoa com dificuldades econômicas está adoecida.

**ENF.2:** Acho que dá pra melhorar muita coisa, da política em saúde mental em prol deles. Já melhorou muito, a questão da residência terapêutica. A conscientização da sociedade, da família, que não quer se envolver, ter o manejo. Porque às vezes é muito mais fácil jogar a responsabilidade só para o serviço, para a política, para gestão. E aí eles não querem e isso para gente acaba dificultando porque a gente acaba ficando com uma lista imensa de pacientes sem um apoio, sem vínculo nenhum da família e a gente tem que encaixar em uma residência terapêutica. São pacientes que a gente ainda precisa melhorar bastante isso, pacientes que não tem vínculo familiar e a gente tem que encaixar em residências terapêuticas.

**PSICOL.1:** É muito interessante ver essas pesquisas acontecendo na rede. Pra mim é muito novo. Eu estou há dez anos na rede e não se via muita gente interessada em pesquisar, estudar essa temática. Então pra mim é um bom sinal. Quanto mais a gente estudar sobre isso, pesquisar, fazer essas pesquisas, a expectativa é que isso seja devolvido para política, para que a política se aprimore, para que a política se desenvolva melhor. Então, expectativas, esperanças a gente tem, né. Apesar que a gente tá no cenário político no momento bem desfavorável para nossa política, mas assim todo mundo que está inserido dentro desse ramo ninguém esmoreceu, né. Tá todo mundo sustentando essa direção de trabalho. A gente aqui nesse CAPS, está com o programa de residência, então assim é o programa que mantém essa chama sempre ativa, né, do estudo, da pesquisa, de vamos tentar melhorar. Acho que ainda vai muito tempo assim até que a gente consiga de fato se firmar e ainda não sei se a gente se firma não. Eu acho que ela vai ser sempre em certa medida ameaçada. Então a gente precisa sustentar. Não só abrir os serviços, mas depois que abrir, tem o trabalho de sustentar, não dá para relaxar. Mas eu tenho expectativas, boas esperanças mesmo assim, que a gente consiga ir avançando, ainda que atrás um pouquinho por determinado período por que a gente depende dessas políticas, mas vamos indo.

**PSICOL.2:** Em relação as possibilidades são sempre quando a gente consegue inserir o maior número de serviços dentro da rede de atenção psicossocial, quando a gente consegue essa integração mesmo com a atenção básica, com assistente social, isso acaba que potencializa bastante o atendimento ao usuário. Esse atendimento, esse usuário acaba que não fica solto em outro serviço, quando a gente consegue amarrar bastante com outros serviços, acaba potencializando bastante esse serviço. Eu vejo que os colegas buscam constantemente estar em formação, em comunicação com outras áreas, buscam se atualizar e isso naturalmente vai trazer um resultado melhor para os pacientes.

**PSIQ.1:** o serviço está caminhando bem, se pensar em algo macro da Saúde Mental, eu acho que a psiquiatria é uma pontinha porque eu enxergo a saúde mental como multidisciplinar, isso é uma coisa muito dentro do CAPS, né, então é diferente da pessoa que sai de dentro de CAPS para trabalhar lá fora, para quem vem para trabalhar aqui. Então eu acho que é as pessoas se conscientizarem. É uma educação. Hoje todo mundo entende a importância das doenças cardiovasculares, eu falo com a pessoa que tem pressão alta e ela morre de medo de ter um infarto. A pessoa com doença mental não morre de medo de piorar, de cometer suicídio, de chegar ao ponto

de ficar incapaz e a doença psiquiátrica é uma grande causa de incapacidade, mas o paciente não tem esse medo. Então tem que partir do próprio doente mental, deles entenderam a gravidade, é uma doença como qualquer outra. Assim como o diabético tipo 1 que toma insulina o resto da vida, às vezes as pessoas com depressão crônica, depressão recorrente, esquizofrenia também vai ter que tratar o resto da vida. É um desafio, fazer o indivíduo entender, porque a sociedade a gente vai indo mais devagar, mas os pacientes eles mesmos falham muito nisso.

**ENF.3:** Ter mais investimento, capacitar melhor a equipe, sabe? Estimular a equipe com alguma produtividade. Porque está desestimulado por excesso de serviço, falta de resolutividade das coisas, falta de informação também. Eu acho que podia ser mais informado a respeito de como as coisas funcionam dentro da rede. Não é bem passado isso para a gente. Baixos salários da equipe em geral.

**ENF.4:** Eu acho que mais gente ter acesso, não é? Para os nossos jovens porque a demanda está aumentando muito, é uma coisa assustadora. O tanto de jovens com tentativa de suicídio, ideação suicida. Que mais pessoas tenham acesso ao serviço e consiga atender a todos, porque assim, apesar de ter, tem muita procura e é só este CAPS para atender todos e assim o CAPS é para transtornos mentais graves. Mas 70% da procura, principalmente que vem encaminhado, tem muito encaminhamento errado. As escolas não estão sabendo lidar também com o aumento da demanda. Nem todos os casos são graves. Então, assim o CAPS está tendo muitos pacientes que poderiam estar sendo assistidos em outro lugar, poderia ter uma rede de apoio maior na saúde mental, principalmente na atenção básica.

**PSICOL.3:** Além dessa questão do território, precisa de mais apoio. Além da prefeitura, precisa de mais parcerias com outros órgãos. Então, é, é atualmente o serviço assim, atende em média, quantos jovens, adolescentes, crianças? Depende. Ontem eu atendi 16. Em um dia. São 6 horas e não têm mais psicólogos aqui, somos em três. Três psicólogos e a demanda não para. E, tem mais atendimentos para fazer lá embaixo. É uma demanda assim bem exaustiva. Precisaria de pelo menos, mais algumas unidades. E enquanto você não tratar a questão da saúde mental como uma questão de saúde, porque o que eles fazem? Eles criam um CAPS e esperam que o paciente possa fazer tudo o que ele precisa no CAPS, mas não é assim que funciona. Um paciente psiquiátrico precisa estar inserido nos meios, então, ao invés de criar mais CAPS, mais centros, tratar a saúde mental dentro das unidades básicas. Esse é ponto, enfrenta muita resistência, ninguém quer o paciente psicótico, paciente com conduta agressiva, uma criança com tdah grave, um TOD numa UBS mobiliza muito. Criar mais CAPS ajuda? Ajuda. Resolve? Não. Saúde mental na saúde tem que estar já lá na atenção básica, não é? Partir da atenção básica.

**PSICOL.4:** Eu acho assim, teria que ter mais um CAPS infantil, não é? E aí, assim também tentar estruturar fora daqui lugares que possam estar atendendo crianças e não necessariamente só os CAPS. Aumentar o suporte, os investimentos, melhorar a estrutura. Não muito tempo atrás, a gente tinha passe, não é? A gente conseguia fornecer para essas famílias. Hoje em dia não, só pela escola municipal a gente consegue. Então seria uma coisa legal também se a gente conseguisse trazer mais desses pacientes para cá.

**PSIQ.2:** Acho que recursos humanos ainda é bem limitado. A gente trabalha hoje com a equipe multiprofissional, terapia de grupo, oficinas, mas não tem condição da demanda de pacientes para a quantidade de psicólogos, não tem condição de fazer um atendimento individual, muito paciente para pouca equipe. Então tem essa questão da quantidade de funcionários. A gente tem a divisão do CAPS adulto por região, mas o CAPS infantil é um CAPS infantil para Campo Grande inteira. A gente

não tem tanto a questão da internação, mas o ambulatório é muito puxado, é muita gente procurando atendimento para pouca equipe para atender. Então, a parte da farmácia, do acesso, também é difícil. A gente ouve que vai melhorar. A gente sabe que não é só o CAPS que está assim. As unidades básicas, outras também têm as deficiências deles, disso tudo. Mas da nossa parte aqui também está meio jogado. A pandemia acabou com os serviços de saúde, ficaram bem sobrecarregados. E agora que voltaram as aulas, a parte aqui do CAPS infantil aumentou mais a demanda para gente. Então? Já não era boa, já era uma quantidade absurda. Agora piorou. Vai ficando difícil.

**FONO:** Eu acho que mais investimentos. E aumentar o número de profissionais. Buscar de alguma maneira, é claro que não depende só do nosso serviço específico aqui do CAPS. Seriam várias redes envolvidas, não é? Mas alguma maneira de facilitar para essa família poder aderir também ao tratamento de forma mais frequente mesmo. Eles não têm o passe de ônibus, não tem a comida e tem que passar o dia, entendeu? Então assim, né? É articular até com outras redes, uma maneira de facilitar esse atendimento para o paciente.

**ENF.5:** Eu acho que os recursos humanos. Deveria ter um pouquinho mais de qualidade. Eu acho que a gente deveria ter um pouquinho mais de instruções, a gente não tem palestras, divulgação do trabalho, o que é pra gente fazer, um segmento para ser feito, sabe? É só que eu acho que deveria ter um RH mesmo, deveria ser um pouco mais enriquecido assim com coisas novas. O funcionário, a pessoa que trabalha também tem que ir atrás de conhecimento por si só. É claro que é válido, né? Eu acho que para você ter conhecimento, tem que ir atrás mesmo. Mas eu acho que a gestão deveria olhar com mais cuidado em relação aos funcionários, porque às vezes vem muita demanda para se resolver, principalmente quando é ordem judicial. Então assim, eu vejo que a gente se sente muito pressionado, sabe? Para dar resposta ao Ministério público. Só que a gente também se sente um pouco desamparado em relação a feedback da gestão conosco, sabe?

**ENF.6:** Eu acho que os desafios são justamente você conseguir captar esses pacientes e introduzir um tratamento em que eles dão continuidade, que é uma coisa que a gente ainda precisa melhorar muito. É um desafio muito grande, você acolher esse paciente, orientar, dar a medicação e fazer com que ele faça uso. Que ele compreenda que ele necessita daquilo, então é esse meio termo aí ainda tem muito o que melhorar, não é? Em buscar alguma solução para isso, né? A possibilidade de oferecer mais profissionais e uma estrutura melhor e do outro lado, o paciente realmente se sentir acolhido e conseguir levar adiante esse tratamento. A gente precisa unir isso daí para poder realmente melhorar.

**ENF.7:** Eu acho que a gestão ouvir mais quem está aqui na ponta, ver mais o nosso dia a dia. Como é fácil, estar lá em cima e mandar, tem que fazer isso. Tem problemas graves aqui dentro, que a gente não consegue resolver, vive recorrente, não é? A gente não pode sair porque não pode ser resolvido como tem que ser. E isso se torna algo recorrente. E que vai desestimulando, acho que todo mundo. Sabe? Um enxuga gelo? É isso.

**T.O:** Mudar a sociedade como um todo. A curto prazo, nem sei como te dizer, porque assim é uma luta mesmo. Pra você ter uma ideia eu adoeci, não por causa dos pacientes. Eu fiquei afastada por muitos anos, quase mudei de profissão, não por conta dos pacientes. Mas, eu entrava em crise. Tem que melhorar nossas políticas públicas, na verdade, porque assim papel tem. Mas, colocar isso de fato em prática.

**ENF.8:** No caso, seria a construção de um novo CAPS AD para aumentar a assistência para esse tipo de público. Talvez um apoio maior também da parte

hospitalar, não é? Da parte do hospital, não digo retornar os manicômios, mas assim, nós recebemos muitas demandas judiciais, às vezes internações compulsórias, em que o paciente precisa de um lugar fechado. Não passar toda a vida do paciente, mas um período ali, ele necessita de um lugar fechado para ter uma melhor assistência diante dessa dependência dele e o do risco de fuga também.

**ENF.9:** Falta muito treinamento da equipe, treinamento de tudo, oferta. Eu vim de unidade básica, então lá toda semana você treinamento de alguma coisa. Desde que eu cheguei aqui, nunca recebi, sabe? Para a gente ofertar um serviço melhor. Eu vim para cá, eu fiz uma pós, eu paguei uma pós de saúde mental para poder especializar mais, mas porque eu quis. Eu fui atrás. Mas não tem nada assim nesse sentido para a gente, não é? E sim, tem muito assim. Possibilidades têm milhões assim de melhoria, mas, fica muito restrita à parte mesmo da prefeitura, coordenação, não nós aqui, do funcionário da ponta, que a gente faz tudo o que a gente pode, um pouquinho mais além, muitas coisas usando até do nosso dinheiro para poder melhorar e. E aí falta muita coisa mais dessa outra parte, sabe?

**PSICOL.5:** A gente tem que ter carro, ter uma política de saúde mental com mais alguns direitos, deveres na questão da saúde mental. Melhorar a política e a gestão. Valorizar os servidores, ter um reconhecimento de salário, ter um atendimento em rede. Eu acho que ela tá caminhando, para esse cuidado em rede, para essa proposta. Mas, realmente ter essa coisa mais ampliada, mais sistêmica mesmo. É, então eu pensei que com esses caminhos a gente vai ter grande avanço. Porque ainda é aquela questão de desafio, de mudar mentalidades. Então os avanços, desafios são essas questões, até do nível, crença, pensamento, tudo tá muito forte ainda.

**PSICOL.6:** Eu acho que as possibilidades dos serviços são nesse sentido do território, de mais contato com o território, mais contato com a atenção básica. Não deixa de ser um desafio. Da mesma forma, é esse contato com os outros níveis da saúde. Assim, eu achei que eu ia entrar aqui, que eu ia entender como funciona toda a saúde, mas eu mal entendo como funciona a saúde mental. Então, é porque isso é muito complexo, assim, então a gente tem dificuldade com a atenção básica e eu acho que isso, se a gente for usar, fazer uma boa troca com a atenção básica, que já tem todo um mapeamento no território, onde os usuários estão, para onde eles podem ir? Eu acho que isso ajuda demais o serviço a ir para frente. A gente precisava de mais CAPS na cidade para dar conta. Tem um limbo que me preocupa um pouco, que é o paciente que ele não tem um transtorno, mas é um paciente que tem um sofrimento psíquico, é um paciente com uma ansiedade leve, uma depressão leve e esse paciente fica num limbo que a gente não consegue atingir porque não é a proposta. Nossa proposta é lidar com os pacientes graves. E o CEM não dá conta da demanda, a atenção básica e os NASF também não dão conta disso. Então essa é minha preocupação e acho que esse é um desafio muito grande. Nesse sentido, de abordar talvez a prevenção e o cuidado ali com esse sofrimento leve para que ele não depois vire um transtorno e venha direto para cá, entendeu? É tipo isso, a gente dá conta, mas o básico, a gente está falhando.

**PSIQ.3:** Então a gente tem recurso que vem específico para a capital, tem recurso específico para a saúde, tem recursos específicos para a saúde mental. Então eu acho que talvez ampliar equipe é o principal. Ter duas equipes, uma do período da manhã e uma do período da tarde, isso a gente consegue ampliar em quantas horas de atendimento para o paciente, entende? É um desafio óbvio. A gente conseguir manter vínculo, porque entra um, sai outro, entra um médico, sai outro médico. O médico é o que pega mais, porque a equipe de psicologia, assistente social é um pouco mais fixa já faz muito tempo aqui, mas nas outras unidades não. Então assim, não ficar trocando

tanto, sabe? A gente conseguir fazer um vínculo com esse médico, que é um médico que sempre acaba saindo, promover alguma melhoria de atendimento para que esse médico fique. Não sei te dizer, mas é uma coisa que eu acredito que pode funcionar. Complemento da equipe, fazer duas equipes do multiprofissional, talvez usar os residentes às vezes para uma terapia individual ou um grupo um pouco menor, um grupo mais específico, por exemplo, mulheres abusadas, transexuais, entende? uma coisa mais específica para a gente conseguir atingir.

**FARM.:** As possibilidades são você ter mais recursos financeiros, uma infraestrutura melhor, você ter um olhar diferenciado da gestão para saúde mental. Você estruturar melhor, você ter uma sala melhor para atender esse paciente que está agitado. Se chega outro paciente agitado, a gente não tem como dar assistência, não tem recurso. Você tem que fazer referência, contra referência com as unidades. Então falta muito. Esse olhar, falta de recurso, falta muita assistência, falta transporte, logística, questão da medicação está bem sucateada porque a gente só tá com um medicamento em falta. Nós temos um rol de mais de 20 itens terapêuticos e a gente só tá com ele, falta também estar bem abastecido, tipo, faltou carbonato de lítio, paciente com transtorno afetivo bipolar não tem recursos financeiros, é só as alternativas terapêuticas disponíveis. Falta esse olhar, falta uma consistência, falta uma continuidade realmente, de uma forma geral, estamos sucateados. A saúde está sucateada.

**ENF.10:** Talvez um RH mais adequado, um ambiente de trabalho um pouco melhor. Melhorar as dificuldades em relação à atenção básica. Esse matriciamento, o entendimento deles, de quem é paciente deles, como eles podem ajudar. Eu acho que isso, melhorar esse trabalho na atenção primária para não ser mais um trabalho do CAPS, né, da saúde mental. Então a gente faz esse trabalho, mas ainda precisa de uma conscientização maior. Talvez trabalhar nas universidades o processo de formação dos profissionais e aí entra todos os profissionais que trabalham na atenção básica. Então acho que tem n coisas que de acordo com os desafios, a gente tem possibilidades.

**ENF.11:** Educação permanente. A educação dos servidores e mais informação para a população. E, os servidores com a população, ter paciência com a população também, porque querendo ou não, a reforma psiquiátrica é muito nova, né? Então tem muita gente que ainda tem enraizada essa coisa de porque é CAPS vai internar e vai curar e não é. Tipo, 'eu cansei de cuidar do meu filho, toma', não é assim, não é? Transtorno mental é para a vida toda.

**AS3:** Possibilidades eu acho que a gente provoca todos os dias, entendeu? Por exemplo, um colega lá da atenção básica que você conversava, tinha um bom relacionamento e troca, de repente ele é transferido, aí você começa tudo de novo com um novo profissional que chegou lá. Então, isso é um desafio diário. Todos os dias você tem uma situação nova para resolver. Agora, é isso, possibilidade de melhorar a gente depende muito de coisas mais estruturais da Secretaria. Esse apoio da Secretaria. E, eu vou além do serviço de saúde mental da Secretaria, eu vou mais pela situação política mesmo, não é? É organização da gestão. Porque precisa haver interesse em ampliar o serviço e melhorar uma estrutura do prédio, capacitar a equipe e aumentar o número de equipe, não é? Enfim, eu acho que isso vai além da nossa coordenação, nossa gestão na unidade, depende da gestão política ter iniciativa.

**AS4:** Acho que para melhorar os serviços, a gente precisava rever ele. Somente essa questão de recursos seria importante, né? Oferta de mais oficinas, talvez contratação de oficinheiros para poder desenvolver atividades diferenciadas. Com esses pacientes até na questão de talvez, de uma possível inserção no mercado de trabalho. Investir nisso. Seria muito bom. Muitas vezes a gente tem o desejo até de desenvolver alguma

atividade, não é? Mas tem uma certa limitação, uma certa dificuldade. Acredito que se tivesse alguma coisa nesse sentido, de poder estar capacitando eles, de poder estar promovendo as inserções no mercado de trabalho, seria muito importante, porque isso, querendo ou não deixam eles às vezes muito mais frustrados, não é? Deprimidos, que eles têm aquele desejo e às vezes não conseguem, não é? Então acho que isso seria legal.

**ENF.12:** Os desafios são muitos, não é? Mas a gente acredita assim, que vamos ter realmente uma melhora nesse sentido, porque, apesar de tanto tempo, foi uma vitória estas instituições. Mas a gente sabe que tem casos que realmente não é só no CAPS e não tem como viabilizar, não é? Também não pode pensar que em, em alguns casos, necessita de um de um maior suporte em termos assim, de um abrigo, não é? A questão da internação propriamente dita. Eu acho que não pode deixar de existir. Mas sendo o CAPS, assim, se fosse melhorado no sentido de números de profissionais, aumentassem, pra ter um bom suporte, seria um grande ganho para todos nós, tanto para os pacientes, quanto para a equipe, e aí a gente vê o melhor com mais rapidez, não é? O resultado, o resultado positivo. E também é, é claro que, cuidando deles, a reinserção deles na sociedade, porque mesmo com toda a melhora, ainda existe muito preconceito em relação a esse paciente.

**PSICOL.7:** Eu acho que a gente deveria ter uma ampliação na rede que oferecesse mais serviços, mais atividades e aí não só a questão de outros profissionais para compor essa multi, né? Que a gente tem uma, mas que não consegue abraçar todas as causas. Mas eu penso que mais projetos sociais sejam de cursos de atividade física, cenários possíveis para estar inserindo, porque, por exemplo, o idoso, ele tem um centro de convivência do idoso, é um suporte que a gente tem, mas muitas vezes aqueles pacientes jovens, eles não têm uma atividade no território deles para recorrer. Então eu acho que uma ampliação de projetos sociais seria muito bom para essa população, para eles estarem mais atuantes na vida mesmo, mais atuantes no território deles, conhecendo possibilidades para que se tornarem mais independentes, não ficarem só no CAPS, restritos a as atividades que tenham no CAPS .

**AS5:** Eu acho que é de disponibilizar mais transportes, que se tivessem mais transportes, dava para fazer as visitas. Essas demandas não ficariam aquela correria para fazer as coisas.

**AS6:** Essa renovação de profissionais. Eu acho que colocar profissionais realmente mais capacitados na área de saúde mental para entender realmente qual é a diferença, o que ele pode fazer na vida daquela pessoa. De entender que é um público diferente, não tem como, é saúde, mas é saúde mental, então é, é diferente. Então acho que essa renovação de profissionais ajudaria muito. A gente percebe equipes muito desmotivadas, sabe? Algumas equipes que não veem as possibilidades. E falta isso. Eu acho que é o que mais falta no serviço, é essa renovação de profissionais mesmo.

**AS7:** Eu creio que seria mais agilidade, né? Para não ter tanta fila de espera, porque o sistema já começa na burocracia, quando depende da casa da saúde. Até a montagem do processo, até ele ter acesso a essa medicação, ele já passou um bom tempo sem tomar a medicação por questões até financeiras mesmo, não é?

**ENF.13:** Acho que a gente deveria tratar a família do paciente. Não sei como isso aí, mas assim, se a gente tratar a família dos pacientes tratados e o entorno do paciente nossos ganhos seriam muito mais objetivos e muito mais significativos. Eu noto a família do paciente muito ausente e muitas vezes o paciente vem por várias vezes aqui no CAPS, aí eu vejo a família internar e depois eu só vejo a família na alta. Eu não vejo uma interação familiar junto com o paciente. Então muitas vezes a gente trata



o paciente, mas não trata a família que às vezes sofre de forma igual ou até mais por aguentar por, digamos, suportar o paciente não tratável.

**ENF.14:** Bom, primeiro direcionar os pacientes. No caso, tem uma unidade lá na área central, o CAPS de álcool e drogas e eu acho que pacientes, álcool e drogas e vício já deveriam ser direcionados para essa unidade, não é? Agora aqui, por exemplo, é um CAPS III, é apoio psicossocial. É caso de paciente com transtorno bipolar, depressão, esquizofrenias, que está em acompanhamento. Agora meio que misturado a situação no momento. Tinha paciente aqui com tornozeleira eletrônica. Tem que ter um, vamos dizer, equalizar, não é? Direcionar para cada CAPS específico. A gente fica meio apreensivo, não é? Principalmente dependendo das pessoas que estão aqui no serviço na hora, não é?

**MÉD.:** A médio, longo prazo, investir em profissionais mais capacitados, tipo ter especialistas mesmo, psiquiatras no CAPS, não só clínico. Porque hoje a maioria dos médicos é clínico. Só nossa diretora técnica que é psiquiatra de fato. E também ampliar, criar, talvez algum serviço voltado para a parte da psicologia, associado ao CAPS, porque a gente tem psicólogos no caps, mas tem um número muito restrito de profissionais, né? Então talvez, programar um serviço nesse sentido. E, assim são coisas de custo elevado. Seriam mais a longo prazo para melhorar a possibilidade de tratamento dos pacientes. Ter mais opções.

**PSICOL.8:** As possibilidades eu acho que quanto mais a gente ampliar esse cuidado, compartilhar esse cuidado, melhor vai ser para a gente, para o sistema de saúde em geral, porque a gente vai poder abordar esse paciente em diversas interfaces, família, educação, trabalho. Eu acho que são ainda possibilidades que a gente tem que explorar. Eu acho que a gente manter acesa a mesma chama da desinstitucionalização da luta Antimanicomial, não é? Tudo isso ainda está muito enraizado, essa questão hospitalocêntrica, que o paciente tem que ser medicado. Esse é o nosso desafio, de tratar o paciente muito mais no manejo do que na medicalização. Ir justamente para a equipe multi, que são assistentes sociais, psicólogos, né? Então, assim, da gente estar à frente desse serviço, da gente se fortalecer mesmo, né? Como equipe. Para a gente poder mostrar que a gente pode sim tratar um paciente grave, sem tanta medicação, mais com o manejo e com todas as atividades que a gente propor, os grupos, não é? Isso facilita bastante o tratamento.

## ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DOS USUÁRIOS NA ÍNTEGRA

**QUESTÃO 1:**

**USUÁRIO 1:** Olha, o que eu sinto é muita solidão em casa, isso é muito chato. Eu já tive várias crises de crises de depressão. E, outra vez, eu acabei chorando. Eu telefonei para minha irmã e daí ela e meus outros irmãos me levaram as pressas para esse CAPS daqui. Teve um ano aí que eu tive uma depressão atrás da outra, agora estou melhor. Eu venho aqui todo dia, quase todo dia. Eu me sinto bem aqui.

**USUÁRIO 2:** É uma bagunça que eu sinto, é depressão. Tem horas que vem aquela angústia e eu penso em me suicidar. Eu já tentei me suicidar umas três vezes. E quando estou assim minha família já me traz aqui. É muito bom ver o pessoal daqui, me tratam muito bem.

**USUÁRIO 3:** Eu não estou doente, venho pela moradia. Estou aqui há 5 meses.

**USUÁRIO 4:** Eu perco tempo porque quando eu fico em crise, eu fico até 2 meses em crise e aí é uma perda de tempo, não é? porque eu fico sem noção do tempo, eu faço as coisas inconsciente, meio inconsciente, porque alguma coisa eu lembro. E eu estou tremendo, até difícil depois do médico avaliar os remédios que eu devo tomar. E eu moro sozinha, minha família ajuda com dinheiro. Eles preferem dar o dinheiro do que estar perto. E isso é ruim, não é? Mas agora eu já acostumei. Antes eu me sentia sozinha, agora não. Agora vem assim, a saudade não é? Mas não como antes.

**USUÁRIO 5:** A gente tem que vir no CAPS, precisa tomar remédio. E eu venho no CAPS fazer atividade e eu tomo remédio para nervoso, as vozes, para poder controlar a minha raiva.

**USUÁRIO 6:** Meu problema é que eu escuto vozes. Elas me dão comando para me matar, me suicidar. E eu venho para o CAPS porque aqui é um lugar que eu me sinto seguro. Mas é ruim por causa disso, ter que ficar internado.

**USUÁRIO 7:** A minha doença eu enxergo através dos médicos, das outras pessoas que eu tenho um problema, de ansiedade e eu tenho um problema que eu tiro a roupa. Eu boto fogo nas coisas, eu fico violenta, fico agressiva, então é por isso que eu tenho que tomar os medicamentos. A doença me traz prejuízos sim.

**USUÁRIO 8:** Prejuízo só antigamente, passava muito mal, não é? Tinha problemas assim, não queria tomar a medicação. E depois vinha para o CAPS e passava umas situações chatas, tinha que tomar injeções. Mas depois que eu fui para a igreja, é como se tivesse nascido uma vida nova, sabe? Eu sei que tem que continuar com os medicamentos. Eu não sei por que eu ainda estou medicamento, mas Deus sabe de todas as coisas, né?

**USUÁRIO 9:** Agora que está me trazendo, me prendeu muito, porque eu tenho que sair com alguém, antes era tudo eu, tudo eu e agora eu tenho que sair com alguém, eu me sinto muito amarrada, presa, tipo, eu fazia minhas coisas, agora eu tenho que tá saindo com a minha neta ou com meu marido, sabe? Eu trabalhava na justiça militar, eu ia e vinha sozinha. Agora eu não posso sair sozinha, minhas pernas estão machucadas, é que me dá ataque, lá em casa mesmo no quintal e machuca tudo, né? Passei a vida tomando medicamento e eu nunca me vi sem tomar, nunca me vi fora do hospital militar e do sanatório.

**USUÁRIO 10:** Traz, ela me deixa inquieta, desassossegada, temerosa mediante a percepção que eu tenho das coisas. A minha imaginação é tão fértil que me faz mal, trabalha contra mim. Até hoje. Ela trabalha contra mim quando estou com vozes.

**USUÁRIO 11:** Quando eu tinha 2 anos de idade, eu tinha convulsão. Essa doença me trouxe convulsão. E foi muito difícil para tratar. Foi muito difícil, aí eu fui crescendo, fui crescendo, a doença foi se agravando mais ainda.

**USUÁRIO 12:** Um pouco, parei de trabalhar, estou tomando remédios, estou morando na RT agora.

**USUÁRIO 13:** Olha, a doença desde que você tenha uma rotina saudável você consegue viver equilibradamente com a doença. Você tem que ter uma rotina saudável. Remédio? Tem que tomar. Uma igreja é importante para o paciente, porque às vezes a igreja é perto e o posto é longe, não é? É importante ter uma igreja, a igreja funciona como uma rede de apoio, não é? Eu queria fazer faculdade e tinha uma enfermeira que me incentivava, disse pra começar fazendo técnico. Você começa fazendo faculdades técnica. Depois que você fizer a faculdade técnica, você vai se sentir mais firme para fazer uma faculdade um pouquinho mais complexa. Então, a enfermeira sabia que tinha alguns pacientes que tinham um potencial para trabalhar, para estudar, então ela sabia diferenciar aquele paciente um pouquinho mais difícil daquele paciente um pouco mais inserido na sociedade. Então eu fui. Fiz a minha primeira faculdade de técnica incentivada pela enfermeira. Eu tive uma professora muito carinhosa que me ensinou a lidar com a internet, me ensinou a fazer os exercícios pela internet.

**USUÁRIO 14:** Eu acredito que não, a doutora disse que várias pessoas conseguem conviver com o transtorno bipolar, até mesmo trabalhar.

**USUÁRIO 15:** Já trouxe, não no momento. Eu estou de boa hoje. Mas já perdi tudo, já perdi família, perdi emprego, documento, estou sem poder tirar documentos porque que eu não passo no exame toxicológico, eu sou carreteiro. Trabalho com carreta. Eu comecei minha dependência no quartel, não é? Eu fui servir e eu comecei lá.

**USUÁRIO 16:** Eu uso drogas há 42 anos, mas, vou te falar, eu nunca vendi nada meu, nunca me deu esse tipo de problema. O meu problema é espiritual e traz pra gente, você sabe mesmo, né, muita confusão.

**USUÁRIO 17:** Sim, a minha dependência química do álcool tem me trazido muito prejuízo já há vários anos. E agora chegou no limite que eu não consigo mais ter controle com as coisas, tanto financeiramente, com a vida amorosa, com o trabalho. Se eu pegar, por exemplo, esses dias atrás agora mesmo eu peguei quase 7000 reais. De 7000 reais, só gastei 2000 com necessidades. O resto eu gastei tudo com coisas supérfluas, uma parte com bebida, ficando no hotel sem ter necessidade, porque eu tenho meu apartamento. Então são prejuízos que no fim se tornam um prejuízo irreparável. Se você não consegue ter uma recuperação rápida, você perde trabalho, nenhuma mulher que se preze vai querer ficar com uma pessoa que bebe quase todo dia. Fora os problemas de saúde, arritmia cardíaca, depressão.

**USUÁRIO 18:** Me traz muito, me trouxe muito prejuízo para mim, para minha família, para minha filha, até do meu trabalho, por causa da dependência da droga. Eu tenho um vício em cocaína. E me levou a isso, não é? E eu não tive mais força de sair, né, cara? Eu fiquei dependente mesmo. Usando todo dia, cachaça também.

**USUÁRIO 19:** Qualquer vício te traz prejuízo, ainda mais eu que sou alcoolatra desde os 17anos, depois passei para maconha. Me traz abandono, perdi minhas mulheres. Uma a troco de álcool há pouco tempo. Ela falou que eu tinha uma semana para parar com a bebida e eu não parei. Eu tinha parado, não é? Aí eu comecei, cheguei em casa e ela estava no Uber, ela foi embora, falou que ia voltar e não voltou mais.

**QUESTÃO 2:**

**USUÁRIO 1:** Os serviços daqui são muito bons, viu? Os profissionais são altamente competentes, são muito bons. Olha, eu pediria um lugar maior, com mais natureza com animais que a gente pudesse ter um contato para que tivesse uma troca de energia entre a gente. Para que a gente se sentisse bem com eles, porque eu já fiquei sabendo que tem gente que faz um trabalho com cavalos. E talvez se tivesse contato com os animais seria bom assim, um lugar melhor, com vários tipos de animais dóceis, domesticados e que ajudasse a gente nisso.

**USUÁRIO 2:** De modo geral eu não posso falar nada aqui, me atendem muito bem.

**USUÁRIO 3:** O serviço é bom.

**USUÁRIO 4:** Ótimo. Eu gosto de todo mundo. Não tenho preferência. Cada um tem a sua profissão e todos desenvolvem bem, começando pelo médico. Pra mim está bom porque eu me ocupo naquela atividade e elas desenvolvem muito bem e eu gosto do jeito que elas tratam todo mundo, não tem preferência de ninguém.

**USUÁRIO 5:** Eu estou gostando daqui. Eu posso fazer minhas atividades. Eu pego o lápis de cor, vou pintar. Eu só sei pintar, eu não sei fazer outras coisas. Aí pego a caixa, lápis de cor e eu vou pintando.

**USUÁRIO 6:** Eu gosto muito daqui, do tratamento. Tratam a gente muito bem. Não tem nada pra mudar. Tudo perfeito.

**USUÁRIO 7:** Aqui é maravilhoso, os atendimentos, não tenho que reclamar não.

**USUÁRIO 8:** Nossa nota 10, a equipe é super dedicada no que faz, não é? Não tenho do que reclamar do pessoal, o pessoal é simpático, trabalham com vontade, assim em ajudar as pessoas, não é? Não tenho do que reclamar deles.

**USUÁRIO 9:** Muito bem, amei, gostei muito. Eu toda vida só ia no hospital militar, hospital militar, não é?

**USUÁRIO 10:** Eu acho ótimo. Eu sou muito bem atendida em todos os sentidos.

**USUÁRIO 11:** De uma forma geral é um bom atendimento, eu gosto. Tem atividade, bastante coisa para fazer, entendeu? Bastante coisa, pintura, escrever, desenhar.

**USUÁRIO 12:** Depende, era pra estar lotado aqui, tem um monte de pessoas precisando vir aqui e não vem por causa da pandemia.

**USUÁRIO 13:** São muito bons. Eu gosto do atendimento.

**USUÁRIO 14:** Aqui no CAPS está sendo muito bom. Toda equipe está me tratando muito bem.

**USUÁRIO 15:** No caso pra mim é ótimo. Eles me ajudam em tudo, até porque estou desempregado, eu não tenho dinheiro. Eu não tenho rendimento nenhum, meu rendimento é só esses 100 reais por mês do governo, desse auxílio emergencial. Eu pago aluguel, água, luz. Às vezes meus parentes dão mais um pouquinho.

**USUÁRIO 16:** É ótimo.

**USUÁRIO 17:** Olha, vou ser bem sincero para você. Eu estou muito feliz com o tratamento que eu estou recebendo aqui no CAPS. Para mim aqui é nota 10, pessoal me trata bem, eu procuro ser uma pessoa educada com todo mundo, da mesma forma que eles também são comigo. Se eu preciso de um remédio, seja de madrugada, eu procuro e sou atendido na hora. Eles estão prontos para te entender a todo minuto que você necessitar.

**USUÁRIO 18:** É muito bom, as pessoas são muito delicadas, estimulam a gente a restaurar nossa vida lá fora.

**USUÁRIO 19:** Aqui é 10, bem legal, não tenho reclamação daqui, só que eu estou com saudade da minha casa.

**QUESTÃO 3:**

**USUÁRIO 1:** Olha, só a presença dos profissionais aqui e dos colegas já me ajudou muito, porque eu sou um ser social. Eu detesto ficar sozinho.

**USUÁRIO 2:** O serviço me ajuda. Eles passam remédio. Eu passo pelo médico e ele passa remédio e eu bebo e vou melhorando, melhorando.

**USUÁRIO 3:** Ajudando na minha saúde, eu tomo os remédios aqui.

**USUÁRIO 4:** A desenvolver a mente. Ajuda a assimilar de maneira clara como se tivesse colocando o abecedário, de maneira normal, porque quando a gente começa, quando sai da crise, a cabeça da gente está confusa. Então ajuda a assimilar tudo.

**USUÁRIO 5:** Me ajuda a ficar mais calma. Eu venho aqui e eu fico aliviada. Acalma meu nervoso.

**USUÁRIO 6:** Tomando a medicação certinha. Tem toda uma equipe que ajuda, se está com dor de cabeça, vai lá e dão gotinha. Se tiver ruim, dão injeção.

**USUÁRIO 7:** Quando eu preciso falar com alguém, as pessoas me ouvem, me escutam. Ontem eu queria ir embora, eles conversaram comigo, me acalmaram porque eu sou mãe de 5 filhos, né? Eu fico preocupada com os meus filhos. Aí ela ligou, colocou no viva-voz pra eu conversar, eu queria saber como eles estavam.

**USUÁRIO 8:** O apoio que eles dão.

**USUÁRIO 9:** A Dra. é uma graça, é uma simpatia, é uma pessoa assim que tem paciência, conversa muito bem. Depois que começou a me dar esses ataques, meu marido veio, conversou com ela, explicou o que me deu, né? E eu fui parar no hospital militar, não lembro de nada, não sei, eu acordei, né, eu bati a cabeça, acho, não sei quanto tempo que eu estava no chão, meu marido me achou lá e aí depois disso me indicaram aqui porque não tem psiquiatra no hospital militar. Aí eu estou aqui, mas estou gostando muito.

**USUÁRIO 10:** Nossa, me ajudam muito. Eu sou bem querida no meio, eu sou bem acolhida, eu faço terapia ocupacional, eu faço psicólogo, o psicólogo me ajuda, conversa comigo. Eu tenho horário com eles.

**USUÁRIO 11:** Me ajuda assim, conversando, me ensinando a desenhar, pintar. Conversando no grupo de doídice, tagarelice. A minha mãe participa do grupo também.

**USUÁRIO 12:** Ajudam a me controlar, a vencer a voz, 'elas ficam me dizendo, porque você não se mata? Agora, eu falo: se mata você', o remédio me ajuda. Eu fiquei louco, não foi depois de adulto. Eu fiquei doido com 15 ou 16 anos.

**USUÁRIO 13:** O serviço me ajuda com a terapia, com o trabalho, a preencher a mente. Eu fui mirim. Eu comecei a fazer o tratamento psiquiátrico na mirim. Com 17 anos a menina me encaminhou para uma psicóloga. E depois da psicóloga, a psicóloga me encaminhou para o psiquiatra. Então é quando eu saí da mirim foi interrompido todo esse ciclo de proteção, não é?

**USUÁRIO 14:** De toda forma porque a gente mexe com tinta, jóias, jogos de xadrez. As meninas da faculdade também vêm aqui, aí acabam me distraíndo, conversando, elas fizeram a trança no meu cabelo. Eu já desfiz porque eu ia deitar, mas se ela vir de novo vou pedir.

**USUÁRIO 15:** Eu venho aqui, fico o dia todo na palestra, tem alimentação, consultas, já me dá um suporte muito bom.

**USUÁRIO 16:** Poder falar para obter uma compreensão.

**USUÁRIO 17:** Tem ajudado bastante. Eu tenho me sentido feliz aqui. Estou me sentindo bem, estou me sentindo acolhido, estou me sentindo cuidado. Então eu

procuro retribuir também o mesmo carinho que recebi. Eu procuro retribuir esse carinho também, porque o serviço que eu tenho recebido deles aqui para mim é nota 10.

**USUÁRIO 18:** Me ajudam a tomar a medicação, tem um psicólogo que conversa com a gente, pergunta o que a gente está sentindo, o que a gente está passando naquele momento. Às vezes a gente está numa aflição, ansioso ou com vontade de usar a droga e melhora.

**USUÁRIO 19:** Ajuda para quem está precisando. Eu, desde quando cheguei aqui, eu queria ir embora. Então, estou preocupado com os negócios de ir embora e não aproveitei tanto. Mas eu gostei daqui. Eu já tratei aqui antes. Eu vinha todo dia cedo, vinha de ônibus, aí eu parei, abandonei o tratamento.

#### **QUESTÃO 4:**

**USUÁRIO 1:** Eu faço crochê, eu faço tricô de dedo e eu faço cachecol no tear de madeira e pregos.

**USUÁRIO 2:** Quando eu chego aqui eu faço pintura para distrair um pouco.

**USUÁRIO 3:** A gente faz pintura, faz caminhada.

**USUÁRIO 4:** A terapia ocupacional, são diversas atividades.

**USUÁRIO 5:** Assisto tv.

**USUÁRIO 6:** Ficar no WhatsApp, no celular.

**USUÁRIO 7:** É a mesma, dormir, tomar remédio. Eu faço atividade física, só que como eu estou só de chinelo, machuca o meu pé. Estou esperando, a médica falou que vai trazer um tênis para mim, que é do marido dela e aí vai ficar melhor para mim, fazer física.

**USUÁRIO 8:** Quando eu fico no hospital da mente, eu não gosto de falar sanatório, é uma palavra muito forte para se falar. Tem terapia e é interessante porque tira a gente daquela situação pesada, não é? Da pessoa que está ali tirando a roupa. Eu gostava das caminhadas. Teve caminhada perto do shopping Campo Grande, naquele parque grande e é bom que tira um pouco a gente daquele lugar que é pesado, não é? Traz uma coisa nova. Tinha a parte de animação também, mas eu não sou muito disso, minha cabeça não é criada assim. Sou da igreja, né?

**USUÁRIO 9:** Eu só venho para as consultas, gosto do atendimento da dra., ela é bem atenciosa.

**USUÁRIO 10:** Terapia ocupacional, eu gosto muito. Eu aprendi muita coisa, faço fuxico.

**USUÁRIO 11:** Eu gosto de pintar, da oficina de pintura na quarta-feira. Tem jogos também.

**USUÁRIO 12:** Eu gosto de cantar, gosto de um monte de coisa. Eu pinto, converso, também gosto muito da comida aqui.

**USUÁRIO 13:** Eu gosto de escrever, fazer os relatos do que eu estou passando. Tenho meu caderninho aqui no CAPS, tipo um diário onde eu faço os meus relatos. E as técnicas, psicólogos, psiquiatras, eles tem como saber o que está acontecendo comigo fora da unidade.

**USUÁRIO 14:** Acordo cedo, faço café da manhã aí depois almoço, café da tarde e janta. E aí a gente se prepara, normal, e aí nesse meio tempo, tem as oficinas, pode andar em volta.

**USUÁRIO 15:** Eu venho quase todos os dias, cada dia tem uma palestra, com assistência social, psicólogo, o professor de educação física dá física para nós.

**USUÁRIO 16:** Eu converso, fico com o pessoal ali.

**USUÁRIO 17:** Eu gosto de participar das reuniões que tem, as reuniões de manhã cedo, eu gosto de participar delas porque eu acho que são criativas. E vai me ajudar bastante nisso aí. Então eu gosto de participar de todas elas. Hoje eu fui ajudar a fazer um pouco de limpeza. Queria ver o pessoal limpando e fui ajudar a fazer um pouco de limpeza, fazer essas coisas, tudo aí. Porque são coisas assim que eu ocupam o tempo da gente. E isso ajuda a diminuir a depressão. E vai querendo readquirir um desejo de vida e um objetivo de vida.

**USUÁRIO 18:** Acordo, arrumo minha cama. De vez em quando vou ali com o pessoal conversar.

**USUÁRIO 19:** Participo dos grupos, das oficinas de vez em quando. Fico conversando com a turma lá embaixo.

### **QUESTÃO 5:**

**USUÁRIO 1:** Seria isso aí, ter mais contato com a natureza e ter um lugar maior. Como eu falei, com animais domésticos pra gente ter como viver com eles.

**USUÁRIO 2:** Eu gostaria de melhorar, não vir mais aqui, não dar trabalho para ninguém. Ficar bom.

**USUÁRIO 3:** Eu gostaria que o prefeito mandasse manteiga e leite em pó. Nós estamos sem leite em pó. Leite em pó e manteiga.

**USUÁRIO 4:** Não, porque cada dia é uma atividade diferente.

**USUÁRIO 5:** Pra mim tá bom. Eu gosto de pintar.

**USUÁRIO 6:** Não tem nada.

**USUÁRIO 7:** Eu gostaria que quando o paciente tem um problema e só ele que pode resolver, que eles liberassem, não é? Às vezes a gente se sente presa aqui. Às vezes sim, não é porque é ruim. Foram muitos dias e eu acho assim que não resolve ficar. Cada caso é um caso. Tem paciente que tem que ficar mais dias, tem paciente que tem que ficar menos dias. Eu mesma, não me vejo uma paciente que tem problema. Por que eu tô tomando os medicamentos. E eu fiquei triste também quando chegou minha amiga, de um dia para o outro ela foi embora, já teve alta e ela está com problema. Ela não está bem ainda. Daí ela foi mandada embora. E eu que não estou com esse problema igual ela estou aqui presa. Isso que me entristece, só isso.

**USUÁRIO 8:** Não é só a sabedoria do homem que ajuda, né? Sabedoria dele, mas sim sabedoria de Deus também. Então tinha que trabalhar com os dois. Deus dá entendimento, pode ser uma pessoa assim sem estudos, sem qualquer tipo de qualificação, mas com Ele, faz a diferença.

**USUÁRIO 9:** Uma terapeuta para conversar mais, a Dra. para mim, ela é uma terapeuta, porque ela conversa muito comigo, conversou muito bem com meu marido, né? Explicou os medicamentos.

**USUÁRIO 10:** Eu acho que mais médicos, mais pessoas nos atendendo, médicos, atendentes, mais remédios nos postos. Ah, mais terapia ocupacional.

**USUÁRIO 11:** Eu gostaria que tivesse mais coisas, mais atividades.

**USUÁRIO 12:** Eu gostaria que tivesse água quente no banheiro, melhorar a infraestrutura no quarto.

**USUÁRIO 13:** Uma coisa que eu gostaria de pedir de volta aqui no caps é o artesanato. Tinha uma técnica aqui que fazia arteterapia, era muito terapêutico sim, não é? Então eu gostaria que voltasse na unidade a sessão de artesanato.

**USUÁRIO 14:** Eu gostaria de ir para minha casa. Eu acho que eu vou conseguir dormir, organizar minhas coisas melhor.

**USUÁRIO 15:** Não, acho que não, tá normal. Da minha parte tá normal.

**USUÁRIO 16:** Eu gosto porque é aberto, mas também tem muita gente que vem usar aqui dentro, traz coisa aqui, entendeu? E isso é ruim.

**USUÁRIO 17:** Aqui por enquanto está excelente.

**USUÁRIO 18:** Não, para mim está tudo OK.

**USUÁRIO 19:** Não, o serviço aqui é 10.

#### **QUESTÃO 6:**

**USUÁRIO 1:** A variedade de profissionais que tem aqui é muito bom. Muito bom, o lugar é muito bom também. Eu gosto do atendimento.

**USUÁRIO 2:** Eu gosto de conversar, dos meus amigos aqui.

**USUÁRIO 3:** Está bom assim do jeito que está.

**USUÁRIO 4:** Mais da terapia ocupacional porque cada dia tem uma coisa, é diferente, é isso, é bom, ocupa a cabeça.

**USUÁRIO 5:** Eu sinto falta das minhas amigas aqui, a Talita. Eu não sou daqui de Campo Grande, sou de Glória de Dourados.

**USUÁRIO 6:** Conversar com a gente, conversar com meus amigos.

**USUÁRIO 7:** Tem bastante atividade ocupacional, oficinas, ajuda bastante, distrai a cabeça. É maravilhoso.

**USUÁRIO 8:** Manter essa questão da terapia, manter essa questão de passeio, manter essa questão de uma forma, das pessoas cuidando da gente.

**USUÁRIO 9:** Para mim está tudo bem, eu só quero arrumar uma terapeuta.

**USUÁRIO 10:** A terapia ocupacional, a psicologia e os atendimentos, do que já tem.

**USUÁRIO 11:** As pinturas.

**USUÁRIO 12:** Meus amigos, a gente tem um clube do bolinha, a gente fala coisas de mulher, mas não conta não.

**USUÁRIO 13:** Eu acho que está tudo certo. Eu acho que está faltando só artesanato.

**USUÁRIO 14:** Todas as oficinas que existem, eu fiz amigos também, que eu quero guardar para sempre.

**USUÁRIO 15:** O atendimento, a alimentação certinha, todo dia, para mim está ajudando.

**USUÁRIO 16:** Eu gosto do atendimento. Às vezes a pessoa muda seu dia com um sorriso, um bom dia diferente, né? Gosto da maioria das pessoas que atendem aqui, só não gosto de um que está sempre com a cara fechada, mal humorado, tem que fazer o trabalho com amor.

**USUÁRIO 17:** Dos dias que eu estou aqui de três dias para cá, eu estou raciocinando melhor as coisas. Já estou bem mais estabilizado. Mas eu acho que aqui todo o trabalho está sendo feito aqui precisa ser mantido. Eu não vi aqui nenhum trabalho que desabone algum funcionário. Bons médicos, residentes, não vi nenhum trabalho que desabone ele. Eles têm feito um trabalho aqui de uma forma maravilhosa.

**USUÁRIO 18:** A medicação e a psicóloga, ela conversa muito com a gente.

**USUÁRIO 19:** Gostaria que fosse mantido tudo, está funcionando 100%. De todos os lugares que fiquei internado aqui foi o melhor.

#### **QUESTÃO 7:**

**USUÁRIO 1:** Isso não sei porque uma vez eu falei para duas mulheres que estava procurando um local e eu falei que era do CAPS e elas me olharam assim com cara de receio, de medo. São pessoas que não tem conhecimento, tem medo do



desconhecido. Esse que é o negócio, é bem isso, o medo do desconhecido. Me olharam com medo só porque falei do CAPS, demonstraram medo de mim.

**USUÁRIO 2:** Eu não sei responder, mas acho que enxerga diferente.

**USUÁRIO 3:** Eu não sei ainda não.

**USUÁRIO 4:** Mal porque a gente perde, se por exemplo, eu vou procurar emprego, se eu falo que eu tomo remédio controlado até eu não ia querer contratar uma funcionária que toma remédio, porque a gente não sabe a reação da pessoa. Então é uma coisa que a gente tem que estar sempre escondendo da maioria. As pessoas tem preconceito, não é próprio preconceito, porque preconceito eu acho diferente do medo. Porque o preconceito é tratar as pessoas com diferença e isso eu nunca fui tratada. Então é medo, não preconceito.

**USUÁRIO 5:** Não sei dizer.

**USUÁRIO 6:** Tem alguns que faz piada.

**USUÁRIO 7:** Com certeza, não é? Ficam com medo. Acham que vai fazer alguma coisa, não é? E não é assim. Eu nunca fiz o mal para ninguém. Essa crise que me atacou foi a traição do meu ex-marido. Isso mexeu, abalou psicologicamente a minha cabeça. Aí eu peguei e vim embora porque ele começou a usar droga também. Aí eu vim embora com as crianças. Ele fala que vai mudar, mas continua de novo sendo aquela mesma pessoa, pisando, me xingando, brigando, sendo aquele homem mau, me maltratando. Aí acaba com a minha mente. Depois que me traiu eu não consegui voltar mais.

**USUÁRIO 8:** Olha, tem muito preconceito, né? Falou com o psiquiatra, pessoas já falam que é louco, não é? Mas as pessoas são muito ignorantes, né?

**USUÁRIO 9:** Ah, tipo assim, acham que a gente porque fica no sanatório é doida. Eu tenho 61 anos e desde que nasci faço tratamento, acham que a gente é louca, não é? Eu não sou louca, eu nasci doente, mas eu não me vejo. Quando eu estou boa, até depois com os medicamentos daqui, da doutora, não me deu mais crise.

**USUÁRIO 10:** Com muito preconceito, a gente sofre muito preconceito.

**USUÁRIO 11:** Eles zoam eles, ficam colocando apelido, ficam me difamando dentro do ônibus. Quando eu venho para cá, isso me deixa triste.

**USUÁRIO 12:** Com preconceito. Eu chego no ponto do ônibus ninguém quer sentar perto, acham que estou bêbado, mas é o remédio. Também estou mancando, tudinho. E às vezes os adultos, os adolescentes sentam na cadeira, não me deixam sentar. É uma falta de empatia, não é? Eles não gostam de louco.

**USUÁRIO 13:** As pessoas chamam a gente de doida pelas costas. Chama a pessoa de louca pelas costas porque muitas vezes pela frente é feio chamar a pessoa de louca de doida, de gardenal. Pela frente as pessoas são educadas, mas pelas costas, é a louca, é a doida, é a gardenal, entendeu?

**USUÁRIO 14:** Não sei, não sei. Mas às vezes eu acho que tem um pouco de preconceito quando você fala assim, que toma tal medicação ou que vem aqui no CAPS.

**USUÁRIO 15:** Não me preocupo com a sociedade. Me preocupo comigo.

**USUÁRIO 16:** Eu não fico ofendido não, não ligo.

**USUÁRIO 17:** Péssima porque eu tenho uma boa profissão. Hoje eu já sou aposentado por invalidez porque eu tenho problema de saúde. Vou fazer 60 anos dia 9 agora, no mês que vem. Mas essa dependência química minha trouxe muitos prejuízos. Eu perdi serviços muito bons. Eu trabalhava na parte elétrica tanto elétrica, comum, predial como energia solar. E aquecimento de água solar. Então, o que

acontece? Essa dependência minha ela fez com que eu perdesse um pouco essa clientela.

**USUÁRIO 18:** Ruim, né? Porque a gente se entrega, é burrice. Já não vê mais nada. Fica dependendo do vício que você tem, é tudo para a droga, é dinheiro é carro.

**USUÁRIO 19:** Cada um se preocupa com a vida dele. Por mim, tanto faz, eu não estou nem aí.

### QUESTÃO 8:

**USUÁRIO 1:** Eles me dão muito apoio, não percebo que eles me veem como doente. Isso é uma parte de você, mas eu sou um ser humano, eu tenho sentimentos, é isso.

**USUÁRIO 2:** Quando eles percebem que não estou bem me dão um apoio, não é? Porque quando eu estou com problema eu fico deprimido, quase não converso. Aí preciso do apoio da equipe e eles me trazem.

**USUÁRIO 3:** Eu não tenho família, não tenho ninguém, por isso estou aqui no CAPS.

**USUÁRIO 4:** Eles se mantêm distante. Eu tenho uma filha. Depois que eu tive uma crise, ela ficou no orfanato. Ela foi adotada por uma família estranha. Tem 17 anos que eu não a vejo. Mas já aceitei porque eu sei que eu vou encontrar ela um dia.

**USUÁRIO 5:** Eu não tenho mãe, não tenho pai, não tenho irmã, irmão porque a minha mãe só teve eu de filha e eu sou eu sou filha única.

**USUÁRIO 6:** Eles já sabem quando eu começo com negócio de comprar isso e aquilo, eles já sabem que aí vem uma crise. Eu já fui internado no nosso lar, já passei por várias internações. Mas é bem melhor aqui, tem bastante amigos aqui.

**USUÁRIO 7:** Eles entendem, tem que ter calma comigo.

**USUÁRIO 8:** A minha família, eu não tenho muito contato com ela, nem pelo celular, que eu estou sem celular. Então assim a gente não fica conversando, meu pai já é falecido e a minha mãe é sempre ali me ajudando. Nas minhas crises eu caía, ficava sem trabalho, dava um desespero, né? Eu só queria ficar na cama, não queria levantar para nada. Eu não queria me alimentar, situação assim de prostração. Mas quando eu fui pra igreja o senhor me mostrou uma nova forma, né, que eu não deveria levar a vida assim, né? E hoje eu tomo os medicamentos, eu não fico deitada, não fico sem me alimentar. Minha mãe, ela que mais fala assim no atendimento com a psiquiatra, eu fico fechada às vezes, é que eu me fecho para a situação assim, de medicamentos, sabe? Deus não permitiu que eu nascesse tomando medicamento nenhum, não é? E na igreja que eu congrego tem uns testemunhos de pessoas que eram dependentes de medicamento, levavam a mesma vida que eu estava levando. E hoje em dia não tomam mais nada, então, eu creio que um dia eu não vou precisar mais desse medicamento, mas não vou me recusar. As pessoas precisam dessas consultas aqui, da psiquiatra, não é?

**USUÁRIO 9:** Meu marido, graças a Deus, ele me cuida muito, tem muita paciência comigo, meu casal de filhos também. Eu tenho uma sorte muito grande porque minha família é muito legal, muito companheiro, meu marido. Ele é tudo para mim. Eu não tenho minha mãe, já perdi minha mãe, meu padrasto, não tenho parentes nenhum, só tenho meu casal de filho, todo dia eles me ligam, todo dia, então tenho um suporte familiar bom. Me cuidam muito, é todo dia, toda hora, não ficam um dia sem me ligar.

**USUÁRIO 10:** Uns aceitam, outros não. Acham que é só remédio, que não tem que fazer terapia. Minha mãe, meu pai enxergam assim, acham que é besteira a terapia, que não é uma coisa que vai acrescentar alguma coisa boa para mim. Mas no geral tem um suporte, dos meus filhos, do meu marido. São pessoas maravilhosas que me ajudam muito.

**USUÁRIO 11:** Enxergam que eu sou uma pessoa especial, me dão apoio.

**USUÁRIO 12:** Minha família não me abandonou, eu me dou até com a minha mãe, eu gosto dela, mas nós não precisamos ficar muito perto. Ela não entende assim. Aqui acaba que você faz amigos, conversa.

**USUÁRIO 13:** A minha mãe fiscaliza muito os remédios, o tratamento. Eu tenho apoio da minha família, da igreja.

**USUÁRIO 14:** Eles já aceitaram bem. Eles estão me dando apoio. Meu marido vem sempre que ele pode, mesmo ele trabalhando, vem, fala comigo. E eu também estou grávida de 5 meses, vai chamar Cristiano, é meu terceiro.

**USUÁRIO 15:** Minha família é eles para lá e eu para cá. Já fui amigado, mas não tenho contato com os meus filhos. Eu não convivo com eles, eu não tenho conversa com eles. Eu moro sozinho, pago aluguel. O CAPS me ajuda a não me sentir sozinho, eu venho, converso com todo mundo.

**USUÁRIO 16:** Minha filha entende, ela vem me ver, traz meu neto, me dá apoio.

**USUÁRIO 17:** Eu tenho a minha família e uma parte que me ajuda bastante, que é minha filha caçula. Ela vem aqui amanhã. Eu tenho meu irmão que está sempre ao meu lado. Mas tem aqueles que não está nem aí, nem ligam, nem perguntam como é que eu estou, se eu estou bem, se eu estou ruim. Tudo por causa dessa dependência do álcool. Semana passada eu tinha bebido demais. Em 5 dias eu tomei 6l de pinga pura, destilado. Aí acordei às 4:00 da manhã e comecei a passar mal e liguei para uma pessoa que é muito amigo meu, ele é até meu ex cunhado. Aí ele foi e me levou lá para a casa da minha filha. Então, quando acontece que eu tenho essas crises porque eu não bebo na casa deles. Eu tenho meu quarto, meu apartamento sozinho, então quando eu quero beber, eu bebo no meu apartamento, só que daí às vezes me dá essas crises. E quando me dá essa crise eles me levam para casa da minha filha e eu sou muito bem atendido, muito bem socorrido. Ela me dá um suporte maravilhoso quando é necessário.

**USUÁRIO 18:** Eles dão suporte, ajuda. Até meu patrão que arrumou para eu me tratar aqui e eu trabalho já há um tempo com ele, ele viu que eu estava ruim já, não é cara? Já não estava tendo aquela rotina no trabalho, aí ele disse pra eu vir me tratar e depois voltar. Por que é ruim, né, cara? Chega no lugar drogado. Tenho quase 10 anos nessa rotina, já passei por várias recaídas, mas eu estava bem sossegado. Tive 2 filhas gêmeas, foi uma felicidade para mim, eu estava bem, cara. Aí peguei um dinheiro que eu tinha para receber de um acordo de trabalho e comecei a beber direto, chegava dando nojo para minha mulher e minhas filhas também.

**USUÁRIO 19:** Eu tenho uma irmã que é minha tutora, que é doutora e advogada e meu cunhado é advogado. Ela que cuida de mim. Eu saí da minha casa para morar numa casa de aluguel lá perto da casa dela para ela cuidar de mim. Eu não preciso que ninguém cuide de mim. Ela não queria deixar dinheiro para mim.