



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Jacimaura Cavalcanti de Lima Galvão

**PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III DE JOÃO PESSOA-
PB NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES**

João Pessoa/PB
2024

JACIMAURA CAVALCANTI DE LIMA GALVÃO

**PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III DE
JOÃO PESSOA- PB NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Epidemiologia.

Orientador(a): Wilton Wilney N. Padilha
Coorientador(a): Filipe Ferreira da Costa

João Pessoa/PB
2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação



G182p Galvão, Jacimauro Cavalcanti de Lima.
Processo de trabalho dos Centros de Atenção
Psicossocial III de João Pessoa-PB na perspectiva dos
trabalhadores / Jacimauro Cavalcanti de Lima Galvão. -
João Pessoa, 2024.
108 f. : il.

Orientação: Wilton Wilney Nascimento Padilha.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde mental - Processo de trabalho. 2. Serviços
de saúde. 3. Reforma psiquiátrica. I. Padilha, Wilton
Wilton Nascimento. II. Título.

UFPB/BC

CDU 613.86(043)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	
---	--	---

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva	Instituição UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação da Mestranda Jacimaura Cavalcanti de Lima Galvão	
Realizada no dia 13 de novembro de 2024.	

Às 9 horas do dia 13 de novembro de 2024 realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, da discente Jacimaura Cavalcanti de Lima Galvão intitulado **PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III DE JOÃO PESSOA-PB NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES**. A banca examinadora foi composta pelos professores doutores Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha, orientador, Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa (coorientador), Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga (membro externo) e Profa. Dra. Daniela de Souza Barbosa (membro externo) e Prof. Dr. Jeferson Barbosa Silva (membro externo). A sessão foi aberta pelo presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e a orientanda. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. A primeira examinadora foi a Prof. Profa. Dra. Daniela de Souza Barbosa. Logo após procedeu a arguição Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga e a seguir o Prof. Dr. Jeferson Barbosa Silva. Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda. Diante do exposto, considerando que a mestranda, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação "Stricto Sensu" da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de MESTRE EMSAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba. A banca examinadora considerou aprovado o trabalho da discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 11 horas, e eu, Wilton Wilney Nascimento Padilha, orientador da discente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

João Pessoa, 13 de novembro de 2024.

Assinatura: Prof. Orientador Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha

Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga

Prof. Dra. Daniela de Souza Barbosa

Prof. Dr. Jeferson Barbosa Silva

JACIMAURA CAVALCANTI DE LIMA GALVÃO

**PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III DE
JOÃO PESSOA - PB NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES**

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha
Orientador - UFPB

Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga
Examinador Externo ao Programa - UFPB

Prof. Dra. Daniella de Souza Barbosa
Examinador Externo ao Programa - PPGE/UFPB

Prof. Dr. Jeferson Barbosa Silva
Examinador Interno - UFPB

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais comprometidos com a construção de um cuidado em saúde mental pautado na inclusão e na liberdade dos usuários, especialmente para aqueles que defendem e praticam um cuidado antimanicomial.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu esposo, Cleyton Leandro Galvão, que me inspirou a fazer um mestrado e provou mais uma vez seu companheirismo nas horas mais difíceis, se dispondo a me ajudar no que fosse preciso nessa longa jornada. Que fique aqui o registro da minha gratidão e amor porque sem sua colaboração e apoio diário este trabalho não sido finalizado.

Agradeço ao meu filho Teodoro Cavalcanti, que me fez descobrir uma força que eu nem sabia que tinha para realizar meus projetos de vida. Obrigada pela sua existência!

Agradeço a meu orientador diferenciado, Wilton Padilha, que dedicou tanto tempo e paciência para compartilhar um pouco do seu conhecimento, me apoiando em cada etapa desse estudo. Sua leveza e a forma descontraída na condução das orientações foi combustível dos bons para o desenvolvimento deste trabalho. Deixo aqui marcado minha gratidão por cada momento. Você é um “gigante fonte de inspiração”!

Agradeço ao Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão APOIA RAPS da UFPB, que contribuiu para o desenvolvimento do roteiro da entrevista, bem como para o andamento de todo processo de coleta de dados desse estudo

Agradeço a contribuição de todos professores do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da UFPB que participaram de todo o meu processo formação profissional, em especial a Ana Maria Valença que contribuiu para o desenvolvimento da análise das entrevista.

Agradeço aos examinadores da banca examinadora, João Euclides, Daniela Barbosa e Jeferson Barbosa que se dispôs a avaliar e contribuir para um melhor compreensão do tema acerca dos Processos de Trabalho nos CAPS.

Por fim, agradeço a UFPB, que apesar de nosso relacionamento abusivo, com mistos de amor e ódio e altos e baixos, realizou o meu tão sonhado sonho em me tornar Mestre em Saúde Coletiva.

Resumo e Abstract

RESUMO: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inseridos na lógica da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que visa substituir o modelo manicomial por serviços comunitários e territorializados. Nos últimos anos, vêm enfrentando desafios significativos, por conta de políticas insuficientes e descontinuadas que provocaram uma série de dificuldades ao atendimento e assistência às pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, investigar o processo de trabalho nos CAPS, se apresenta relevante, uma vez que é capaz de instigar debates, e tomada de decisões para as práticas cotidianas e políticas de cuidado à saúde mental. Este estudo se propõe a analisar o processo de trabalho nos CAPS tipo III do município de João Pessoa, a partir da perspectiva dos profissionais. Trata-se de um estudo descritivo utilizando de uma abordagem mista, com trabalhadores que atuam diretamente no cuidado dos CAPS III da capital paraibana. Os profissionais responderam um questionário de informações gerais e sociodemográficas, e participaram de entrevistas individuais durante o horário de trabalho. A entrevista seguiu um roteiro semi-estruturado composto por oito temáticas: direito dos usuários, família, relações de trabalho, projeto terapêutico singular, atividades e oficinas, uso da medicação, atenção à crise e educação permanente. Utilizou-se da análise do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre para análise dos dados quali-quantitativos provenientes das entrevistas, e da estatística descritiva para a caracterização dos profissionais. Participaram 21 profissionais, com predomínio de mulheres, autodeclaradas brancas, com idade entre 30 e 39 anos, assistentes sociais e psicólogas, contratadas sob regime de plantão e com experiência de trabalho no CAPS entre dois e sete anos. Encontrou-se como categorias de análise: práticas em grupos como produtor de autonomia, dificuldades da intersetorialidade no manejo à crise dos usuários e o projeto terapêutico singular na perspectiva do profissional do CAPS. Observou-se que o processo de trabalho nos CAPS III de João Pessoa, é caracterizado por uma equipe multiprofissional, com integração limitada e dificultada pelo distanciamento da categoria médica, disputas ideológicas e fragilidades na comunicação entre equipes noturnas e diurnas. A autonomia é estimulada principalmente por meio de práticas grupais de música, arte e geração de renda, exercícios físicos no território e psicoeducação para usuários e suas famílias. A intersetorialidade tem sido comprometida especialmente durante o manejo à crises intensas, com dificuldades de pactuação entre o CAPS, SAMU e Pronto Atendimento à Saúde Mental. Há diferentes concepções de projeto terapêutico singular na perspectiva do profissional do CAPS, frequentemente limitado à inclusão dos usuários nas oficinas terapêuticas, impactando a plena integralidade do cuidado. Concluiu-se que há avanços nos processos de trabalho em relação ao modelo tradicional manicomial, mas persistem desafios subjetivos e estruturais nos CAPS, os quais comprometem a integração da equipe, a plena autonomia do usuário, a articulação intersetorial no manejo as crises e uma construção efetiva do projeto terapêutico singular para promoção da integralidade do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Saúde Mental. Processo de Trabalho. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: The Psychosocial Care Centers (CAPS) are strategic devices of the Psychosocial Care Network (RAPS), inserted in the logic of the Psychiatric Reform in Brazil, which aims to replace the asylum model with community and territorialized services. In recent years, they have been facing significant challenges, due to insufficient and discontinued policies that have caused a series of difficulties in providing care and assistance to people with mental disorders. In this context, investigating the work process in CAPS is relevant, as it is capable of instigating debates and decision-making for daily practices and mental health care policies. This study aims to analyze the work process in CAPS type III in the city of João Pessoa, from the perspective of professionals. This is a descriptive study using a mixed approach, with workers who work directly in the care of CAPS III in the capital of Paraíba. The professionals answered a questionnaire providing general and sociodemographic information, and participated in individual interviews during working hours. The interview followed a semi-structured script composed of eight themes: users' rights, family, work relationships, unique therapeutic project, activities and workshops, medication use, crisis care and continuing education. We used the analysis of Lefèvre's Collective Subject Discourse to analyze the quali-quantitative data from the interviews, and descriptive statistics to characterize the professionals. 21 professionals participated, with a predominance of women, self-declared white, aged between 30 and 39 years old, social workers and psychologists, hired on an on-call basis and with work experience at CAPS between two and seven years. The following categories of analysis were found: practices in groups as a producer of autonomy, difficulties of intersectorality in managing the users' crisis and the singular therapeutic project from the perspective of the CAPS professional. It was observed that the work process at CAPS III in João Pessoa is characterized by a multidisciplinary team, with limited integration and made difficult by the distance from the medical category, ideological disputes and weaknesses in communication between night and day teams. Autonomy is stimulated mainly through group practices of music, art and income generation, physical exercise in the territory and psychoeducation for users and their families. Intersectorality has been compromised especially during the management of intense crises, with difficulties in reaching agreements between CAPS, SAMU and Emergency Mental Health Care. There are different conceptions of a singular therapeutic project from the perspective of the CAPS professional, often limited to the inclusion of users in therapeutic workshops, impacting the full comprehensiveness of care. It was concluded that there are advances in work processes in relation to the traditional asylum model, but subjective and structural challenges persist in CAPS, which compromise team integration, full user autonomy, intersectoral coordination in crisis management and a construction effectiveness of the unique therapeutic project to promote comprehensive mental health care.

Keywords: Health Services. Mental Health. Work Process. Psychiatric Reform.

Listas

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribuição dos Fragmentos Textuais dos DSC por Aspectos do Cuidado em Saúde Mental no CAPS	43
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Expressões-Chave e Respectivos Discursos-Síntese do Sujeito Coletivo.....21

QUADRO 2. Principais Aspectos do Processo de Trabalho dos CAPS III de João Pessoa...22

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.Distribuição das Características Gerais dos trabalhadores participantes em valores absolutos e relativos, do CAPS III de João Pessoa-PB, 2024.....23

TABELA 2.Características do trabalho dos profissionais participantes, em valores absolutos e relativos, dos CAPS III de João Pessoa, 2024.....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECOSOL	Cooperativa Paraibana de Empreendimentos Econômicos Solidários
ICs	Ideias Centrais
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
PASM	Pronto Atendimento de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SNAS	Sistema Nacional de Assistência à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRs	Técnico de Referência
UAs	Unidades de Acolhimento

Sumário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo Geral	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SUS	5
3.1 Contextualizando as Políticas de Saúde Mental no SUS	5
3.2 Produção Sobre o Processo Trabalho em Saúde Mental	9
3.3 Processo de Trabalho em Saúde Mental na Lógica Antimanicomial	10
3.4 O Papel do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	12
4 MATERIAL E MÉTODOS	17
4.1 Tipo de Pesquisa	17
4.2 Cenário da Pesquisa	17
4.3 Sujeitos da Pesquisa	18
4.4 Instrumentos de Coleta	18
4.5 Coleta de Dados	19
4.6 Análise dos Dados	20
4.7 Aspectos Éticos	21
5. RESULTADOS	23
5.1 Características Gerais dos Profissionais e Especificidades do Trabalho	23
5.2 Características do Processo de Trabalho do CAPS	25
5.3 Ideias Centrais (ICS)	31
5.3.1 DSC das Práticas Grupais como Produtora de Autonomia dos CAPS	31
5.3.2 DSC das Dificuldades da Intersetorialidade no Manejo à Crise dos Usuários	35
5.3.3 DSC do Projeto Terapêutico Singular na Perspectiva do Profissional do CAPS	38
5.3.4 Representação da “Força” dos Discursos Coletivos	42
6. DISCUSSÃO	44
7 CONCLUSÕES E APONTAMENTOS FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES E ANEXOS	70

Introdução e Objetivos

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde mental tem sido amplamente discutido devido ao reconhecimento de seus impactos diretos no bem-estar mental individual e coletivo. Esse interesse é resultado, em grande parte, dos agravos à saúde mental provocados por diversas situações advindas com as transformações sociais e do trabalho, efeitos da pandemia de COVID-19 e impactos da produtividade e da economia brasileira. Entretanto, essa preocupação nem sempre esteve presente; ao longo da história o cuidado à saúde mental foi frequentemente negligenciado, estigmatizado, centrado no isolamento e no conhecimento médico. Essa herança histórica continua a impor desafios significativos ao cuidado, impactando os processos de trabalho em saúde mental nos dias atuais.

No Brasil, essa herança histórica tem se manifestado por meio de políticas públicas insuficientes e descontinuadas, provocando uma série de dificuldades no atendimento e na assistência às pessoas com transtornos mentais. Há exemplos disso, nos últimos anos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enfrentam desafios, especialmente no contexto da chamada Contrarreforma Psiquiátrica, priorizando a internação e o financiamento de comunidades terapêuticas, muitas vezes em detrimento dos serviços comunitários. Desde 2019, que há uma estagnação na habilitação de novos CAPS, resultando numa redução significativa no ritmo de implantação desses serviços, prejudicando a ampliação da cobertura assistencial e agravando o cenário de desassistência na saúde mental (CRUZ, et al. 2020).

Tendo em vista esse cenário, os CAPS, ainda têm sobrevivido a sucateamentos e se destacado como espaços fundamentais para o cuidado das pessoas em suas diferentes condições mentais e fortalecido os fundamentos da Reforma Psiquiátrica. Como dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial, que visa substituir o modelo manicomial por serviços comunitários e territorializados, promovem o cuidado em liberdade, com foco na reintegração biopsicosocial dos usuários e no fortalecimento da autonomia. Como serviços públicos no campo da saúde coletiva, têm a responsabilidade de garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada, integrando os diferentes níveis de atenção em uma única unidade, gerando reflexões sobre a rede de atenção psicossocial no SUS (CAMPOS, et al. 2009).

Além disso, estes dispositivos integrantes da RAPS, se diferenciam em tipos (I, II e III), de acordo com a estrutura e horários de funcionamento, voltados especificamente para crianças e adolescentes (CAPSi) ou para atendimento de usuários de álcool e outras

substâncias (CAPSad). Particularmente, os CAPS tipo III têm uma conformação própria funcionando os sete dias da semana, 24 horas por dia. Esse formato permite que o usuário seja assistido pela mesma equipe nos momentos de crise, porém aumenta a complexidade da organização da assistência e provoca impactos subjetivos nos profissionais característico do trabalho com a psicose (MARAZINA, 1991).

Além dos desafios históricos, da precarização das políticas de saúde mental e da conformação única do CAPS tipo III, os trabalhadores desses serviços enfrentam uma complexidade adicional devido a sua cultura própria, em que os processos de trabalho são desenvolvidos por equipes multiprofissionais, oferecendo uma variedade de atividades, incluindo atendimentos individuais e em grupo, realizados no próprio estabelecimento ou no território. Inclusive, a família considerada parte do tratamento, também recebe atendimento específico e livre acesso ao serviço sempre que necessário. Diante dessas demandas que impõem desafios para os profissionais, surgiram os seguintes questionamentos: como será que os profissionais dos CAPS de João Pessoa têm executado seu processo de trabalho, considerando aspectos da autonomia do usuário, intersetorialidade das ações e integralidade do cuidado? E de que forma têm percebido seus processos de trabalho nestes estabelecimentos de cuidado?

Para nós, analisar como têm se desenvolvido as práticas dos trabalhadores nos CAPS transcende ao próprio ato de analisar algo ou emitir um juízo de valor, assumindo um papel importante para superação do modelo hospitalocêntrico manicomial tradicional. Passam a ter uma função política, servindo como instrumento para potencializar práticas substitutivas ao modelo manicomial e de tradição asilar (WETZEL et al. 2004). Por isso, o processo de trabalho emerge como um tema de reflexão e discussão na área da saúde mental, por ser capaz de instigar debates e tomada de decisões para as práticas cotidianas e políticas de cuidado à saúde mental.

Encontra-se na literatura uma concentração de estudos sobre o processo de trabalho no CAPS, com temas como condições de trabalho, impacto subjetivo em profissionais e desafios organizacionais, variando em volume e foco conforme mudanças nas políticas públicas e na saúde mental no Brasil (FILIZOLA e PAVARINI, 2009; CAMPOS, FURTADO e GAMA, 2011; GUIMARÃES, et al. 2011; PINHO et al. 2018; MERÇOM, et al. 2020). A pandemia de COVID-19 intensificou a necessidade de adaptação dos serviços e trouxe novos desafios, como a superlotação dos CAPS e o aumento do adoecimento mental, gerando um aumento das pesquisas na área (COSTA, 2020). Contudo, atualmente houve um retorno das discussões sobre os retrocessos na política de saúde mental e no pós-pandemia, porém são

limitados estudos de análise do processo de trabalho do CAPS, na percepção dos profissionais com foco na autonomia, intersetorialidade e integralidade do cuidado (PINHO et al. 2018; MERÇOM, et al. 2020)

A autonomia, intersetorialidade e integralidade no desenvolvimento dos processos de trabalho nos dispositivos do CAPS, são dimensões que aprimoram as práticas de cuidado, ajudando a superação de limitações estruturais e fortalecimento da articulação entre os diversos níveis de atenção, especialmente em um contexto marcado pela persistência de desafios históricos e pela necessidade de avanço nas Políticas de Saúde Mental. Assim, este estudo se justifica pela necessidade de compreender as dinâmicas, desafios e a viabilização do cuidado em saúde mental, especialmente no que diz respeito à produção de autonomia, à intersetorialidade das ações e à integralidade do cuidado nos CAPS III.

Portanto, esta investigação propõe analisar o processo de trabalho nos CAPS III do município de João Pessoa, a partir da perspectiva dos trabalhadores que atuam diretamente nesses dispositivos de cuidado. Com isto, espera-se que seja possível a identificação de áreas que requerem melhorias no cuidado ao usuário e nas dinâmicas da atuação profissional, gerando reflexões sobre o processo de trabalho dos CAPS e que não se restrinja a uma demanda emergente, mas tenha o potencial de contribuir nas políticas públicas, subsidiando estratégias para formação dos profissionais e consolidação da RAPS em João Pessoa como referência na promoção da saúde mental coletiva.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, do Município de João Pessoa, a partir da perspectiva dos profissionais que atuam diretamente nesses dispositivos de cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos Profissionais dos CAPS III de João Pessoa- PB;
- Analisar a dinâmica e os desafios do processo de trabalho dos CAPS III quanto aos domínios da produção de autonomia, intersetorialidade e integralidade do cuidado.

- Compreender na perspectiva dos profissionais, como os CAPS III viabilizam o processo de trabalho de acordo com a produção de autonomia dos usuários, intersetorialidade das ações e integralidade do cuidado ofertado.

Referencial Teórico

3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SUS

Na Saúde Mental, a organização e a gestão dos processos de trabalho são elementos centrais para a reestruturação da atenção à saúde e efetividade de componentes que fazem parte da Política de Saúde Mental (PSM). Elementos como: o Trabalho Multiprofissional, Acolhimento e Escuta Qualificada, Integralidade, Intersetorialidade, Desinstitucionalização, elaboração do Projeto terapêutico Singular e a articulação da Rede de Atenção Psicossocial, representam pilares dessa política, porém geram desafios substanciais para os trabalhadores dos dispositivos de cuidados à saúde mental. São desafios que se manifestam em diferentes níveis, indo desde a formulação de políticas até a estruturação prática dos processos de trabalho, o que exige constantes adaptação e aprimoramento das estratégias adotadas no cotidiano dos serviços. Dessa forma, para compreender o processo de trabalho em saúde mental, este capítulo inicia apresentando a evolução das políticas de saúde mental, proporcionando um panorama detalhado de como a saúde mental é tratada e administrada no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1 Contextualizando as Políticas de Saúde Mental no SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema complexo e abrangente, cujo objetivo é fornecer assistência integral, universal, gratuita e igualitária a toda população. Paim (2011) amplia essa compreensão, destacando que o sistema do SUS foi institucionalizado após a Constituição de 1988, resultado de um amplo movimento social em defesa do direito à saúde, onde foi possível incluir na Constituição Brasileira um conjunto de princípios e diretrizes, tais como: a universalidade, igualdade, integralidade, participação social e descentralização. Nesse contexto, as Políticas de Saúde Mental passaram por transformações significativas ao longo do tempo, impulsionadas especialmente pelo movimento de Reforma Sanitária e pela transição democrática (PAIM, 2013).

Uma das principais mudanças na saúde mental, se deu com o Projeto de Lei nº.3.657/89 (futura Lei Paulo Delgado), onde ocorreu a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, houve o direcionamento de recursos públicos para dispositivos não-manicomiais e a obrigatoriedade de comunicação das internações compulsórias às autoridades judiciárias com a emissão de parecer jurídico sobre a legalidade da internação. Com este

Projeto de Lei, foi possível iniciar a discussão sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, ao favorecer a criação de novos espaços e formas de cuidado no território, dando abertura para o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como alternativa ao modelo hospitalar da época (PITTA, 1994).

Outra mudança expressiva ocorreu com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), que com apoio da participação social, transformou o modelo manicomial de práticas assistenciais asilares em um cuidado integral centrado no usuário, realizado em serviços substitutivos e na comunidade. Esta lei, não só protegeu os direitos das pessoas com transtornos mentais como redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, e enfatizou a autonomia das pessoas reconhecendo e respeitando sua capacidade em tomar decisões sobre suas próprias vidas e tratamentos, promovendo sua participação ativa nos processos de cuidado à saúde.

É válido comentar que os impactos da reforma se deram para além da organização dos serviços. Machado (2021) observou que as mudanças não se limitaram aos serviços de saúde e se deram para além do campo administrativo-formal, provocando profundas transformações no modo de enxergar a loucura, nas abordagens ao tratamento de diferentes condições mentais, mas também redefiniu um novo lugar social da loucura em nossa tradição cultural. Amarante et al. (2018), argumentam que esse novo lugar para a loucura exige mudanças culturais, e portanto, a intervenção também deveria ser pela via cultural. Dessa forma, observa-se com essa perspectiva, que a cultura é vista em sua dimensão ampliada, como produtora de subjetividade humana, capaz de redefinir um lugar para loucura gerando qualidade de vida para as pessoas independentemente de sua condição mental.

A Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, também influenciou o contexto da saúde mental, regulamentando o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. Essa Portaria estabeleceu as diferentes modalidades de CAPS, categorizando-os por tipo e nível de complexidade, como CAPS I, II e III, além de CAPS para álcool e drogas (CAPS AD) e CAPS Infanto-juvenil (CAPSi), como também definiu os critérios para estrutura física, equipe mínima e carga horária, com o objetivo de organizar uma rede de atenção psicossocial, priorizando o atendimento humanizado e comunitário a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

À medida que os fundamentos da reforma psiquiátrica avançavam na sociedade, com a criação e a expansão dos CAPS ficaram mais evidentes que esses serviços por si só, não poderiam dar conta de oferecer todo o cuidado necessário aos usuários. Dessa forma, ao considerar os determinantes sociais e o conceito ampliado de saúde, compreendeu-se que a

saúde mental precisaria articular-se com outros serviços das políticas públicas, necessitando da intersetorialidade para que os princípios da reforma psiquiátrica se concretizassem na sociedade.

A Intersetorialidade estabelecida pela legislação do SUS como um dos princípios fundamentais da Política de Saúde Mental, se tornou um requisito essencial das políticas sociais. No entanto, esse princípio não ocupava um papel central da Política de Saúde Mental, até o ano de 2010. Foi apenas com aprofundamento de discussões e durante a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial que esta passa a ser um elemento intrínseco da Política de Saúde Mental (AMARAL, et al. 2020), indispensável para o desenvolvimento da cidadania das pessoas com transtornos mentais, alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

Outros progressos se desenvolveram a partir da Portaria MS/GM n. 3.088/2011, com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com esta Portaria, não só foram definidas as diretrizes para a organização dos serviços de saúde mental, como inclui-se a promoção da autonomia dos usuários como princípio da política de saúde mental. A implantação da RAPS veio ampliar e articular os diferentes pontos de atenção à saúde nos diferentes níveis de complexidade, funcionando como um modelo de atenção aberto e integral, para garantir a livre circulação das pessoas em suas diferentes condições mentais pelos serviços, comunidade e cidade.

A RAPS dispõe dos serviços de Atenção Básica à Saúde, CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento (UAs), Leitos de saúde mental em hospitais gerais e Leitos de psiquiatria nos hospitais especializados em saúde mental e hospitais dia de atenção integral e Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2022). A ampliação e articulação promovidas pela rede reforçaram a necessidade de envolver e integrar todos os níveis de atenção em saúde para a promoção da integralidade nas ações de saúde mental. Nesse contexto, a integralidade não é apenas um princípio, mas uma prática que se realiza por meio da construção de redes de atenção integral, voltadas para oferecer um cuidado abrangente e integrado, conforme observado por Wetzell et al. (2009). É uma abordagem que pretende assegurar que o cuidado à saúde mental seja coordenado e contínuo, contemplando as diversas necessidades dos usuários nos diferentes serviços e momentos de suas trajetórias de tratamento.

Em 30 anos de SUS, aconteceram muitos progressos na saúde mental, conforme descreve Machado (2020, p. 2), “avançaram iniciativas de desospitalização, de expansão de novas estratégias de atenção não-hospitalar; programas voltados para o resgate de laços

afetivos e a integração de pessoas com transtornos mentais às famílias, comunidades e territórios”, contudo, ainda persistem muitas resistências políticas e sociais à transformação do sistema de saúde mental.

Especificamente a partir do ano de 2015, observou-se um avanço do conservadorismo político com a intenção de romper com o legado deixado pelo governo de centro-esquerda. Esse cenário teve repercussões nas diretrizes vigentes para a política de saúde mental (ALMEIDA, 2019; LIMA, et al. 2023). Em 2016, por exemplo, a Emenda Constitucional 95/2016 congelou os recursos destinados ao SUS e outras políticas sociais por 20 anos, resultando em medidas contrárias à reforma psiquiátrica, como modificações na estrutura da RAPS, ampliação do financiamento de internações psiquiátricas e de comunidades terapêuticas, além da redução dos recursos destinados aos CAPS (CRUZ et al. 2020).

Ainda no ano de 2016, com a Portaria nº 1.482 do Ministério da Saúde foi incorporado às Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2017, a Comissão de Intergestores Tripartite aprovou uma resolução que praticamente retomou o modelo manicomial, ao permitir a reabertura de leitos em instituições asilares e a redução da oferta de serviços comunitários, iniciando um processo de desmonte das conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira (CIT, 2017).

Nesse mesmo ano, ocorreu a inclusão de hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial, com reajustes escalonados para internações diárias. Conforme, analisado por Passarinho (2022) esses reajustes foram aplicados de forma progressiva, com os valores pagos pelas internações aumentando gradativamente ao longo do tempo, em vez de serem ajustados de uma só vez. Essa medida buscou facilitar a adaptação financeira dos hospitais aos novos parâmetros da rede, garantindo a manutenção da qualidade do atendimento sem gerar impactos econômicos (PASSARINHO, 2022).

Outro retrocesso pode ser observado na própria alteração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, que reduziu o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, de quatro para apenas um ACS. Essa medida atinge a atenção psicossocial pois uma atenção básica com um número defasado desses profissionais, os quais têm como uma de suas atribuições cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade, a consequência disso é o impacto no cuidado de base comunitária e na integralização do cuidado (MELO et al. 2018; e CRUZ et al. 2020)

Outra situação de desmonte ocorreu no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), a Política Nacional de Saúde Mental, álcool e drogas sofreu um retrocesso com tendências de (re)manicomialização (LIMA et al. 2023). Embora a saúde mental não estivesse inicialmente

no plano de governo de Bolsonaro, foi emitida uma Nota Técnica de nº 28 em 2019 do Ministério da Saúde que propôs uma nova abordagem, marcando uma ruptura com as diretrizes anteriores. Essa Nota técnica, não só equiparou os serviços dos CAPS aos hospitais psiquiátricos, sugerindo a complementaridade entre esses serviços; mas também deu destaque para tratamentos como a eletroconvulsoterapia e o uso intensivo de medicamentos; promoveu o financiamento de Comunidades Terapêuticas e a deslegitimação da política de redução de danos.

Em última análise, conforme matéria publicada pelo Jornal de Brasília (2023), atualmente, o governo do Presidente Lula, iniciado em 2023, está comprometido em retomar parte dos princípios da reforma psiquiátrica no Brasil. Foi criado um Departamento de Saúde Mental no Ministério da Saúde, com foco no fortalecimento dos CAPS. O governo planeja libertar pacientes crônicos de manicômios, habilitar novos CAPS em todo o país e reiniciar a Conferência Nacional de Saúde Mental. Essas iniciativas visam promover um atendimento mais humanitário e abrangente, priorizando o atendimento integral em detrimento da internação compulsória, incentivando a emancipação social em vez do aprisionamento.

3.2 Produção Acadêmica Sobre o Processo Trabalho em Saúde Mental

As investigações sobre o processo de trabalho em saúde mental, até o ano de 2007, eram reduzidas, havia uma preocupação comum dos pesquisadores com os impactos do trabalho em saúde mental sobre os profissionais, especialmente no contexto dos CAPS e da Reforma Psiquiátrica (PINHO et al. 2018). A sobrecarga e satisfação dos trabalhadores, o impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais, processos de subjetivação dos trabalhadores com a reforma psiquiátrica, desafios dos profissionais e como as políticas públicas influenciavam as condições de trabalho, foram alguns trabalhos produzidos por Nardi e Ramminger (2007), Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007); Da Silva e Costa (2008).

Conforme observado por Merçon et al. (2020) de 2009 até o ano de 2012, com a implementação de políticas de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica no Brasil e os CAPS se consolidando como principal estratégia de cuidado em saúde mental, houve uma maior concentração de estudos com foco nas condições de trabalho e experiências nos CAPS. Os estudos eram voltados para o trabalho em equipe e processos organizacionais (FILIZOLA e PAVARINI, 2009), impactos subjetivos do trabalho (GUIMARÃES, et al. 2011), modelos assistenciais e gestão dos serviços (CAMPOS e BACCARI, 2011), e modelos de gestão e formação (CAMPOS, FURTADO e GAMA, 2011).

Ainda de acordo com Merçon et al. (2020), entre os anos de 2013 e 2014, houve mudanças nas políticas públicas e no financiamento de pesquisas e da saúde pública no Brasil que podem ter influenciado o decréscimo acentuado nas pesquisas sobre o processo de trabalho. De 2014 a 2019 ocorreu uma estabilização e menor volume quando comparado ao intervalo dos anos de 2009 e 2012. Em 2020, com a Pandemia da Covid-19, com o aumento do adoecimento mental e a superlotação dos serviços de Saúde Mental, as pesquisas voltaram a aumentar com foco no impacto da pandemia nos serviços de saúde mental (CAPS), adaptação dos processos de trabalho durante a Covid, trabalho interprofissional e articulação com outros serviços, conforme foi observado no estudo de Costa (2020).

Após o ano de 2022, ainda marcado pelos retrocessos da Política de Saúde Mental, houve uma retomada de discussões mais amplas, com estudos sobre a necessidade de capacitação contínua dos profissionais e fortalecimento da gestão nos CAPS (OLIVEIRA, 2022), mas ainda com um volume de pesquisas estabilizados em relação à pandemia. Nesse cenário, ampliar as pesquisas sobre o processo de trabalho com foco na autonomia, integralidade e intersetorialidade, são investigações que podem impulsionar o aprimoramento das práticas de cuidado e superar os desafios estruturais que ainda limitam a efetividade da Rede de Atenção Psicossocial, além de que podem contribuir para orientar políticas públicas, aprimorar as estratégias de formação dos profissionais e fortalecer a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde da população.

3.3 Processo de Trabalho em Saúde Mental na Lógica Antimanicomial

O processo de trabalho é compreendido aqui incluindo todas as práticas dos trabalhadores e profissionais envolvidos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI et al. 2013). No contexto da saúde mental é uma intervenção complexa que requer uma abordagem multifacetada, exigindo do trabalhador combinações de conhecimento técnico, sensibilidade política e comprometimento profissional (SAMPAIO, 2011). Assim, o trabalhador é visto como ator central no desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde mental e na efetividade do cuidado em conformidade com as Políticas de Saúde vigentes.

Com a mudança do paradigma promovido pelo Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiátrica, que impulsionou a criação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico clássico, a abordagem dos trabalhadores mudou de uma lógica hospitalocêntrica para uma estrutura baseada em serviços territoriais, na própria comunidade, com práticas direcionadas à reabilitação social (SAMPAIO et al. 2011). Dessa forma, as estratégias de

cuidado passaram a ser fundamentadas pela defesa dos direitos dos usuários, a partir de uma consciência cidadã, responsabilidade, acolhimento, vínculo e autonomia.

Diante dessa nova realidade, foi necessário capacitar os trabalhadores aos novos formatos dos serviços, com a aquisição de novos conhecimentos para a reconstrução de seus processos de trabalho. O modelo de organização do trabalho foi alterado passando de uma estrutura hierárquica e individualizada para um trabalho em equipe, com dinâmica interdisciplinar, colaborativa e horizontal, focada na construção coletiva dos processos de trabalho. Amarante (2018) explica que, durante o período da reforma psiquiátrica, a defesa da interdisciplinaridade e a necessidade de equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformaram-se em estratégia para superação do modelo manicomial, pois a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria médico-científica, passavam a ser questionadas.

Nesse contexto, as tecnologias leves de Merhy (2007), emergem como ferramentas potentes para a operacionalização dos processos de trabalho em saúde mental. Essas tecnologias vieram com a proposta de promover a construção de um novo modo de operar das relações entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, destacando a autonomia do trabalhador em suas práticas. Pois historicamente, o cuidado em saúde mental utilizava-se principalmente de tecnologias leve-duras e duras, associadas à lógica manicomial. Esse modelo era centrado no trabalho do médico, e com abordagens predominantemente teóricas e focadas no diagnóstico de doenças (MERHY e FRANCO, 2003).

Entende-se que no campo da saúde mental é necessário romper com o modelo centrado no diagnóstico e tratamento para promover qualidade de vida. Dessa forma, as tecnologias leves propostas por Merhy e Franco (2003) caracterizadas pelas relações, processos de comunicação, vínculos e acolhimentos que ocorrem nas interações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, possibilitam aos usuários encontrar um sentido em sua maneira de viver. Nos serviços, essas tecnologias se manifestam através de ações de escuta qualificada, na construção de vínculos de confiança, na humanização do atendimento e na construção de espaços de acolhimento.

A oposição ao modelo manicomial também trouxe mudanças significativas nas relações de poder, entre profissionais e entre profissionais e usuários. Enquanto nos hospitais psiquiátricos tradicionais a relação era caracterizada pela hierarquia rígida, pelo uso da violência institucionalizada e pelo controle nos serviços substitutivos; no novo formato as relações passaram a ser construídas a partir de lógica diversas onde o trabalhador passa a ser um facilitador nas negociações dos projetos dos usuários, mediando propostas tanto do lado

destes como do lado da sociedade (KODA MY, 2003); e as equipes multiprofissionais antes subordinadas ao modelo médico-hegemônico, passam a funcionar de forma multidisciplinar e integrada, numa perspectiva de atender as necessidades de saúde dos usuários considerando as diversas dimensões do ser humano (SAMPAIO, et al. 2011).

Observa-se que uma rede de serviços substitutivos baseada em serviços territoriais e comunitários, com uma organização de trabalho de dinâmica interdisciplinar, colaborativa, horizontal, e construção coletiva dos processos de trabalho, são alguns dos pontos para o processo de trabalho em saúde mental em conformidade com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Outras características também são pertinentes para o desenvolvimento dos processos em saúde mental, tais como: o acolhimento à porta de entrada dos serviços, a construção de vínculo entre o serviço-trabalhador-usuário; o cuidado integral e a articulação com diferentes serviços para garantia de um cuidado contínuo; a autonomia dos usuários nas decisões sobre seu tratamento; e avaliação e monitoramento para melhorias contínuas da qualidade do serviço prestado.

Nota-se que as transformações na organização dos processos de trabalho, decorrentes dos avanços na implantação dos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico, frequentemente vão revelando contradições e fragilidades. Algumas situações impactam a organização do processo de trabalho, a gestão dos serviços e a saúde dos próprios trabalhadores. Para superação de parte dos desafios característicos dos processos de trabalho em saúde mental, autores como Sampaio et al. (2011), discutem sobre a necessidade de ressignificar os espaços, as práticas e as relações entre usuários, gestores e trabalhadores; a aquisição de supervisão clínico-institucional nos serviços; a adoção de mecanismos de cogestão.

3.4 O Papel do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Os CAPS instituídos pela Portaria/GM de nº 336, de 2002, são dispositivos de cuidado que tem como objetivo prestar atendimento à pessoas em sofrimento mental, com transtornos mentais graves e persistentes e/ou que estão em uso abusivo de álcool e outra drogas, intervindo de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde do SUS. Na organização da rede comunitária de cuidados, seu papel é direcionar o contexto das políticas e programas de Saúde Mental, com o desenvolvimento de projetos terapêuticos/comunitários, encaminhamentos e acompanhamentos de usuários que moram nas residências terapêuticas,

dispensas de medicamentos, e assessorar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2022).

Estes serviços contam com estrutura própria e a equipe mínima para o funcionamento do CAPS III inclui, no período diurno, médicos psiquiatras, enfermeiros e profissionais de diferentes áreas, somando entre 80 e 320 horas/semanais, enquanto no noturno e nos fins de semana a equipe é reduzida, mantendo técnicos e suporte mínimo. Enquanto no CAPS AD e CAPS AD III, a exigência de carga horária varia: no diurno, são necessários profissionais médicos (incluindo psiquiatra e clínico), enfermeiros, técnicos e profissionais de nível médio e superior em saúde mental, com presença mínima diária e cargas de 24 a 200 horas/semanais, inclusive à noite e em feriados (BRASIL, 2022). Na dimensão do trabalho destaca-se a equipe interdisciplinar, e a organização dos processos de trabalho se configuram para a construção de PTS's e definição de Técnicos de Referências para os casos considerados mais complexos (BRASIL, 2017).

De acordo com Giacomini e Rizzotto (2022), a perspectiva interdisciplinar amplia a possibilidade de que as propostas de cuidado possam atender integralmente o indivíduo e seus coletivos em seus complexos planos de vida. Vasconcellos (2010), acrescenta que essa abordagem direciona o serviço para a integralidade, afastando-se de uma assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e as variáveis sociais. Bedin (2011) esclarece que a noção de integralidade, como parte do campo da saúde coletiva, promove a relação de saberes na produção de cuidados que transcendem o foco na doença, favorecendo a consideração de ambos os sujeitos envolvidos, quem oferece e quem recebe a atenção. Dessa forma, a integralidade vai considerar o usuário de forma indissociável, incluindo seus aspectos clínicos, socioculturais e subjetivos.

Nos CAPS uma abordagem pautada na integralidade sugere que a equipe organize seus processos de trabalho com a implantação de atividades terapêuticas diversificadas, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários e a articulação com outros serviços de apoios sociais como habitação, justiça e cultura (BRASIL, 2017). Sampaio et al. (2019) observaram que nesse processo para uma plena integralidade, o âmbito da gestão tem buscado desenvolver linhas de cuidado, mediante a consolidação da RAPS, com uma organização de referência e contrarreferência e alguns CAPS, têm auxiliado esse processo por meio de mecanismos de regulação de acesso como o matriciamento na atenção primária e o acompanhamento e monitoramento de internações hospitalares.

O apoio matricial para criação de Projeto Terapêutico Singular (PTS), consiste em um modelo de produção de saúde baseado em um processo de construção de projeto pedagógico

terapêutico de forma compartilhada entre equipes de saúde. Quando realizado de forma efetiva, é capaz de ampliar e potencializar, os casos clínicos em saúde mental, a organização e articulação do cuidado com outros serviços do SUS (SILVA et al. 2018). Dessa forma, é um formato de atenção que visa viabilizar um cuidado integral e articulado, essencial para a inclusão social dos usuários em seu território.

O PTS é um conjunto de condutas terapêuticas e psicossociais que é estruturado com base nas necessidades individuais de saúde de cada usuário, considerando seu contexto familiar, social, econômico e cultural, bem como suas opiniões, desejos e projeto de vida (BRASIL, 2022). Ele visa promover um cuidado singular e personalizado, fundamentado em uma relação democrática e horizontal entre trabalhador, usuário, família, instituição e comunidade. Assim, cada usuário do CAPS conta com um projeto terapêutico individual, que respeita suas particularidades e define atividades para atendimento dentro e fora do serviço (BRASIL, 2022).

A autonomia também pode ser desenvolvida pelas estratégias de reabilitação e desinstitucionalização, possibilitando aos usuários maior controle sobre as decisões de sua vida, para viver fora de instituições e de forma ativa em seu contexto social; por meio do incentivo à participação social, dos usuários e seus familiares nas decisões sobre o tratamento, e nos conselhos e instâncias de controle social, para que possam influenciar diretamente as políticas e serviços de saúde mental. Dessa forma, uma concepção de pensar a autonomia seria entendê-la como o momento em que uma pessoa com transtorno mental convive e sabe lidar com seus problemas de forma a requerer cada vez menos dispositivos assistenciais ou do próprio serviço do CAPS.

Diante desse cenário, a implementação de práticas pautadas na autonomia não só valoriza a participação ativa do usuário como protagonista do seu cuidado, como reforça a garantia dos direitos previamente conquistados, contrapondo-se ao modelo de tradição manicomial e asilar que tem como foco o isolamento social. No entanto, encontra-se desafios significativos para uma prática efetiva no que diz respeito a autonomia, intersetorialidade e integralidade do cuidado, os trabalhadores enfrentam a falta de uma rede estruturada e articulada com outras redes assistenciais, resultando em dificuldades na contenção de crises e alta taxa de reinternações psiquiátricas (SAMPAIO, et al. 2011); confusão entre a dimensão da autonomia do sujeito e a tutela do cuidado (FURTADO, et al. 2017); discrepância entre formação profissional e prática em saúde mental (FERREIRA, et al. 2023); dificuldades para operar com atividades no território e para implementação de projetos terapêuticos individuais

e coletivos (SILVA et al. 2020); ênfase excessiva na prescrição de medicamentos para conter crises intensas (NUNES e ONOCKO-CAMPOS, 2023);

Todas as situações descritas geram um processo individual de saúde mental para cada profissional, que pode repercutir em satisfação ou sofrimento, por isso a estruturação e a forma de gerir os serviços acabam afetando diretamente a satisfação coletiva da equipe de saúde mental. Mendes (2017), esclarece que a vivência subjetiva de gerar prazer-sofrimento pode ser compartilhada e influenciada pelo contexto de trabalho, tendo implicações políticas e existenciais. Por isso, entende-se que uma análise dos processos de trabalho e estruturação dos serviços de saúde mental na percepção dos trabalhadores, possa ampliar o entendimento entre as condições de trabalho e a subjetividade dos profissionais, ajudando a identificar de que maneira os processos de trabalho impactam a dinâmica da equipe e a oferta dos serviços de saúde mental, contribuindo para uma compreensão mais ampla das implicações políticas e existenciais associadas ao contexto de trabalho.

Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa

Esta pesquisa analisa os CAPS III de João Pessoa, utilizando de uma abordagem mista para investigar os processos de trabalho, na perspectiva dos trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa descritiva realizada com profissionais que compõe um estudo avaliativo mais amplo, intitulado “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de João Pessoa, Paraíba” que avaliou os serviços dos CAPS utilizando o AVALIA-CAPS, um instrumento validado na literatura, considerando as percepções de profissionais e usuários por meio de diferentes técnicas de análises.

4.2 Cenário da Pesquisa

A proposta dos CAPS III de tratar crises fora dos hospitais psiquiátricos esteve como interesse de outros sistemas nacionais de saúde que buscam aprimorar a assistência à saúde mental (ONOCKO, et al. 2009). Para nós, devido à sua dinâmica única, caracterizada por equipes que operam em turnos diurnos e noturnos, todos os CAPS III do município foram convidados a participar da pesquisa. Contudo, participaram do estudo o CAPS Gutemberg Botelho, Caminhar e Jovem Cidadão, e foi excluído o CAPS David Capistrano. Pois no período de Janeiro a março/2024 que correspondeu a coleta de dados, o CAPS David Capistrano passava por reformas estruturais, funcionando em um estabelecimento ambulatorial especializado com uma lógica diferente do que propõe um serviço de CAPS.

Os CAPS Gutemberg Botelho e Caminhar são serviços de base territorial e comunitária, que atende pessoas acima de 18 anos, com **adoecimento mental grave e severos**. Já o CAPS AD Jovem Cidadão atende pessoas acima de 18 anos, que estão em **uso prejudicial de álcool e outras drogas e/ou que apresentam algum transtorno mental**. Todos eles, por se tratarem de CAPS tipo III, funcionam os sete dias da semana, 24 horas por dia e após a triagem, o usuário pode ser conduzido para a modalidade de atenção dia, onde permanece durante o período matinal e/ou vespertino no CAPS ou são conduzidos para o leito de atenção 24 horas, podendo permanecer por até 14 dias.

Esses serviços funcionam sobre os cuidados de equipe multiprofissional, composta por profissionais de educação física, músicos, arteterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, técnicos em enfermagem, médicos psiquiatra, oficinairos, cozinheiros, profissionais de serviços gerais e do apoio (porteiros, seguranças). Juntos viabilizam diversas formas de cuidados que incluem o acolhimento, escuta qualificada, triagens e consultas individuais, acompanhamento familiar, grupos terapêuticos com oficinas temáticas, atividades de reabilitação social com foco em geração de renda e atividades comunitárias e culturais, além de várias ações intersetoriais com a RAPS e outros setores da justiça, assistência social e do turismo.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Profissionais ativos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III de João Pessoa foram considerados elegíveis para participar da pesquisa, incluindo diferentes níveis de formação, desde o ensino fundamental até o superior. Segundo dados do CNES, há um total de 156 trabalhadores nos CAPS do município, distribuídos da seguinte forma: 53 no CAPS III Caminhar, 60 no CAPS III Gutemberg Botelho e 43 no CAPS AD III Jovem Cidadão. Foram incluídos na pesquisa aqueles que atuavam na assistência dos CAPS por mais de seis meses, concordaram em participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os profissionais que desistiram da entrevista, apresentaram problemas na voz durante a gravação o que resultou na exclusão de uma única entrevista. O número final de 21 entrevistas foi definido com base na profundidade e abrangência das questões exploradas, alcançando-se a saturação teórica e empírica, conceito que, conforme Fontanella et al. (2008), chega-se a um ponto em que poucas informações substancialmente novas aparecem no conjunto dos entrevistados, indicando uma saturação na variabilidade das repostas.

4.4 Instrumentos de Coleta

Nosso estudo selecionou algumas questões quantitativas do estudo avaliativo mais amplo que exigiam maior esclarecimento e qualificação. Essas questões foram organizadas em blocos temáticos, facilitando a dinâmica das conversas com os profissionais. Os temas resultantes foram: Relações de Trabalho, Família, Atenção à Crise, Direitos dos Usuários, Educação Permanente, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Uso da Medicação e Atividades e

Oficinas (Práticas em grupos). Com base nesses temas, a entrevista individual foi conduzida por meio de um roteiro semiestruturado, que incluiu perguntas específicas sobre os temas supracitados (Ver Apêndice B), e um questionário contendo características gerais e sociodemográficas (Ver Apêndice C).

A construção do roteiro foi baseada nas respostas obtidas no levantamento quantitativo, realizado no primeiro semestre de 2023. A pesquisa mais ampla utilizou o instrumento validado do Avalia-CAPS-P (Ver Anexo C), versão para profissionais (ROCHA, et al. 2020), que foi aplicado de forma online via Google Forms a todos os profissionais dos CAPS de João Pessoa-PB. O link de acesso ao questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado por meio de contato direto durante visitas aos serviços, via e-mail ou pelas redes sociais. Os dados foram inicialmente baixados no formato de planilha eletrônica do *Google Forms* e posteriormente exportados para o software *Stata*, versão 14.0. Respostas duplicadas foram excluídas e os dados quantitativos dos questionários foram analisados por meio de estatística inferencial e descritiva, apresentadas por meio de médias e desvios-padrão para variáveis numéricas, e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.

4.5 Coleta de Dados

No período de janeiro a março de 2024, iniciamos a coleta de entrevistas individuais com o apoio de três pesquisadores previamente treinados, todos membros de um grupo de pesquisa dedicado ao fortalecimento da Rede de Atenção em Saúde Mental de João Pessoa. A realização da pesquisa foi pactuada com os gestores de cada serviço, que também definiram possíveis datas para as entrevistas. Durante uma reunião de equipe, os profissionais presentes foram informados sobre os aspectos da pesquisa, incluindo a garantia do anonimato e a opção de desistência a qualquer momento. Aqueles que aceitaram participar foram conduzidos por um único entrevistador para uma conversa individual em uma sala fechada e privada dentro do próprio CAPS.

Inicialmente, os profissionais foram informados sobre a dinâmica da entrevista, sobre a gravação da conversa (*por meio de smartphones de uso pessoal do pesquisador*), reforçado a garantia do anonimato e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para facilitar a discussão, foram disponibilizados oito papéis recortados em formato retangular, cada um contendo um dos temas do roteiro a serem conversados para a construção do discurso. O entrevistado foi orientado a ordenar os temas conforme sua percepção de impacto no

cuidado em saúde mental dos usuários do seu serviço. Essa organização foi pensada para manter os temas "em movimento", evitando que os tópicos discutidos no final se tornassem enfadonhos. Ao final da conversa, foi entregue o questionário sobre características gerais e sociodemográficas para o preenchimento do mesmo.

4.6 Análise dos Dados

A análise final baseada em 21 entrevistas permitiu encontrar detalhes do processo de trabalho nos CAPS tipo III, de acordo com a percepção dos profissionais. Levando em consideração a complexidade do tema, a análise foi conduzida com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre, o que possibilitou identificar as representações sociais semelhantes nos discursos para construção de um discurso-síntese, e como essas representações sociais foram entendidas e experienciadas pelo coletivo, dando densidade a essa representação compartilhada (LEFÈVRE, 2017).

A escolha dessa abordagem foi motivada pelo reconhecimento de que, no campo da saúde mental, as experiências subjetivas desempenham um papel na formulação de novas práticas, e esse método aproxima mais da realidade vivida pelos profissionais dos CAPS III, quando comparados a abordagens em grupo ou exclusivamente quantitativas, que podem não captar detalhes. Além disso, compreender o processo de trabalho por meio de um espaço seguro, onde os profissionais possam expressar livremente suas opiniões, medos e críticas, é capaz de trazer uma análise mais profunda do funcionamento desses serviços de atendimento 24 horas. Essa proximidade com a realidade possibilita uma avaliação mais fiel das práticas e processos de trabalho nos CAPS, gerando dados para a tomada de decisões e aprimoramento das políticas públicas na área da saúde mental.

O primeiro passo iniciou com as entrevistas salvas no *Google drive*, transcritas pelo programa *Riverside* e após a leitura minuciosa das transcrições, elas foram organizadas por temáticas e inseridas no software *Iramuteq* para a identificação das categorias de análise (ideias centrais). Esse procedimento permitiu selecionar aspectos comuns, considerados pelos profissionais e de maior relevância para o estudo. Após definida as categorias (ideais centrais), foram selecionados fragmentos de textos (expressões-chave) referentes à cada uma dessas categorias para posterior construção do Discurso-Síntese do Sujeito Coletivo. Dessa forma, os depoimentos são escritos em primeira pessoa do singular, com a ideia de produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva Lefèvre e Lefèvre (2010, p.27). Os resultados podem ser generalizados aparecendo numa escala coletiva, como um depoimento na forma de discurso

(LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010, p.16). A partir dessa conformação foi elaborada a opinião coletiva dos trabalhadores, acerca do processo de trabalho em relação a produção de autonomia, intersectorialidade e a integralidade do cuidado (o Quadro 1 ilustra como foi elaborada a construção do discurso síntese do sujeito coletivo). A partir da construção dos discursos-síntese, iniciou-se a fase quantitativa, no qual os fragmentos de texto foram contabilizados e organizados no *Programa Excel*, caracterizando a força de cada discurso-síntese, representando a legitimidade da “voz da coletividade”.

1. Quadro das expressões-chave e seu respectivo discurso-síntese do sujeito coletivo

Expressões-Chave (6 fragmentos)	Discurso-síntese
As atividades são organizadas conforme o profissional quer trabalhar com determinada coisa e os usuários às vezes sugerem certos temas	As atividades são organizadas conforme o profissional quer trabalhar com determinada coisa e os usuários às vezes sugerem certos temas e ficam a vontade para dizer o que é que querem. Aqui já teve usuário que não falava nem o nome, hoje ele já interage e tem mais autonomia, outra usuária disse para médica, que havia sido chamada para trabalhar novamente e falou que o que mais tinha ajudado foi a oficina de poemas, um outro fabrica as flautas dele, compõe letra e melodia, eu acho que isso fala muito do protagonismo deles.
Eles ficam a vontade para dizer o que é que querem	
Teve usuário que não falava nem o nome, hoje ele já interage e tem mais autonomia	
Uma usuária disse para médica, que havia sido chamada para trabalhar novamente e falou que o que mais tinha ajudado foi a oficina de poemas	
Um usuário fabrica as flautas dele, outro compõe letra e melodia, eu acho que isso fala muito do protagonismo deles	

Fonte: Própria (2024)

4.7 Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução CNS 510 e 466/2016, o projeto de pesquisa que gerou este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB no dia 30 de maio de 2022, sob o CAAE 58489422.3.0000.5188 e aprovado sob o nº de Parecer 5.480 496 (Ver Anexo A). A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Apêndice D).

Resultados

5. RESULTADOS

5.1 Características Gerais dos Profissionais e Especificidades do Trabalho

Participaram deste estudo 21 profissionais dos CAPS III da cidade de João Pessoa, PB. Observou-se que os profissionais tinham idades variando entre 24 e mais de 50 anos, sendo a faixa etária mais representada a de 30 a 39 anos (33,3%). A maioria dos participantes foram mulheres cisgênero (76,2%), autodeclaradas brancas (66,6%), com nível superior completo (52,4%) e autoidentificadas de religião cristã (61,9%), como descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das Características Gerais dos trabalhadores participantes em valores absolutos e relativos, do CAPS III de João Pessoa-PB, 2024.

Variáveis	Total (n=21)	%
Idade (anos)	4	19,0
24-29	4	19,0
30-39	7	33,3
40-49	6	28,7
50 mais	4	19,0
Identidade de Gênero		
Mulher (Cis)	16	76,2
Homem (Cis)	5	23,8
Raça/Cor		
Branca	14	66,7
Parda	7	33,3
Religião		
Protestante	7	33,3
Católica	6	28,6
Espírita	1	4,8
Outros	2	9,6
Nenhuma	5	23,8

Nível de Formação		
Superior Completo	11	52,4
Pós-Graduação	10	47,6

Fonte: Própria (2024)

Na Tabela 2, pode-se observar que não houve nenhuma participação da categoria médica, grande parte dos profissionais foram das ciências humanas e sociais (52,4%), com vínculo empregatício por meio de contrato (42,8%), sendo apenas um deles concursado (4,8%) e a maioria dos profissionais trabalhava sob regime de plantão (95,3%), com experiência de trabalho em CAPS entre 2 e 7 anos (61,9%). Os dados referentes às características do trabalho dos profissionais estão presentes na tabela 2.

Tabela 2. Características do trabalho dos profissionais participantes, em valores absolutos e relativos, dos CAPS III de João Pessoa, 2024.

Variáveis	Total (n=21)	%
Categorias Profissionais		
Assistente Social	6	28,6
Psicólogo	5	23,8
Enfermeiro	3	14,2
Músico	2	9,5
Farmacêutico	2	9,5
Educador Físico	1	4,8
Técnico em Enfermagem	1	4,8
Terapeuta Ocupacional	1	4,8
Tempo de Trabalho no CAPS		
6 meses	2	9,5
Entre 2 e 7 anos	13	61,9
10 anos ou mais	6	28,6
Contrato trabalhista		
Contrato	9	42,9
Prestador de Serviço	7	33,3
CLT	4	19,0
Concurso	1	4,8

Jornada de Trabalho		
Plantonista	20	95,2
Diarista	1	4,8
Fonte: Própria (2024)		

5.2 Características do Processo de Trabalho do CAPS

Considerando que “Cada CAPS é um CAPS” e possui especificidades próprias em seus processos de trabalhos, as características sobre processo de trabalho no CAPS III de João Pessoa, iniciaram mediante a análise das falas individuais dos trabalhadores, em busca de captar maiores detalhes da dinâmica de trabalho destes profissionais no que diz a respeito da produção de autonomia, desenvolvimento das ações intersetoriais e promoção da integralidade do cuidado. A seguir é apresentado como se desenvolve essa dinâmica e as características principais do trabalho de cada CAPS.

No **CAPS Gutemberg Botelho**, o processo de trabalho pautado na integralidade, intersetorialidade e promoção da autonomia do usuário, inicia desde a entrada no serviço até passar por várias etapas que garantem um cuidado contínuo e completo dos usuários. Observa-se no CAPS, que o impacto da redução de profissionais para atendimento da demanda, como aconteceu com a redução do número de farmacêuticos de cinco para três e de auxiliares da farmácia de três para dois, têm gerado uma sobrecarga significativa para a equipe. Esse acontecimento prejudica a qualidade do atendimento e têm aumentado o estresse dos profissionais, afetando negativamente o cuidado dos usuários. A situação relatada por um dos profissionais, demonstra essa sobrecarga do serviço.

“Desde 2021, a demanda duplicou, especialmente devido às reformas em outros CAPS, sobrecarregando ainda mais o serviço, houve um aumento do número de atendimentos diários, chegando a 92 em um único dia”.
(Profissional 1)

Identificou-se na percepção dos entrevistados que, no geral, as relações pessoais e integração da equipe é boa, embora a falta de integração com a categoria médica tenha criado algumas barreiras no fluxo de trabalho. A exemplo disso, a migração para um novo sistema de prescrição eletrônica (de Nuage para Ivy) exige que os médicos prescrevam no sistema para que os farmacêuticos possam dar baixa nos medicamentos, o que não está acontecendo. A falta de adesão dos médicos ao novo sistema de prescrição eletrônica têm resultado em trabalho duplicado para os farmacêuticos, que precisam inserir as prescrições manualmente

para manter o controle do estoque. Essa situação não só sobrecarrega os profissionais farmacêuticos, como pode causar atrasos no atendimento na farmácia.

O aspecto da integralidade, reflete-se numa abordagem humanizada e adaptativa do serviço. Mesmo com as regras estabelecidas, relacionadas aos horários da alimentação de diária no CAPS, por exemplo, se o usuário necessita de uma refeição extra, a equipe busca na medida do possível adaptar às necessidades individuais, quando necessário para garantir um atendimento mais acolhedor e participativo. A intersetorialidade, caracterizada pela articulação com outros setores e serviços é entendida pelos próprios profissionais como um aspecto importante, entretanto, a falta de comunicação com ambulatórios e a insuficiência de serviços para casos mais leves mostram a necessidade de melhorias nesse aspecto. Ampliação na rede, melhorias na comunicação e a colaboração com outros serviços de saúde ajudaria a distribuir a demanda de forma mais adequada, garantindo que cada usuário recebesse o atendimento mais apropriado. Já a autonomia do usuário tem sido promovida especialmente por meio das atividades em grupo com ênfase em geração de renda e psicoeducação, o que tem facilitado o desenvolvimento pessoal e social dos usuários.

Um outro aspecto que se relaciona com a Integralidade, acontece na discussão de casos durante as reuniões técnicas, onde se discutem de dois a três casos em profundidade. Isso permite que a equipe analise os problemas e busque soluções cada vez mais integradas. Essa discussão coletiva dos casos ajuda a encontrar o melhor caminho para o tratamento de cada usuário, respeitando as diferentes perspectivas profissionais. Mesmo quando há discordâncias, a equipe tem trabalhado para chegar a um consenso, considerando as sugestões de todos. Esse formato colaborativo e de autogestão promove um ambiente de respeito e cooperação entre os profissionais.

Entre os principais desafios e conflitos encontrados, há desencontros entre profissionais que seguem diferentes abordagens, há aqueles que adotam uma lógica mais manicomial, e outros apresentam uma postura antimanicomial. Isso pode causar informações conflituosas para os familiares dos usuários, afetando a coesão do tratamento do usuário. Acontece um esforço para discutir casos na sala de técnicos, mas muitas vezes as decisões são tomadas de forma individual. Além disso, a elaboração de um Plano Terapêutico Singular (PTS) que não seja somente estruturado pela inclusão dos usuários nas oficinas terapêuticas, limita a articulação das atribuições da equipe e a pactuação com famílias e usuários. Os conflitos internos afetam o fluxo de trabalho e a relação entre os profissionais. Nota-se, que a equipe é multidisciplinar, mas a integração ainda é fragmentada parcialmente, e alguns

profissionais sugerem a inserção de um clínico institucional ou uma supervisão externa para auxiliar na resolução dos conflitos para melhorias nos processos de trabalho.

No **CAPS AD Jovem Cidadão**, a dinâmica de trabalho é caracterizada pela constante interação entre profissionais e a gestão em diversas atividades direcionadas ao cuidado dos usuários. Essa interação é marcada pela complexidade das relações interpessoais e pela necessidade de decisões consensuais para o planejamento e execução das ações de cuidado. Observa-se que as relações pessoais são marcadas por uma divisão interna da equipe, caracterizadas por disputas ideológicas e confusão entre relações pessoais e profissionais. A situação relatada por alguns profissionais, ilustra um pouco dessa divisão entre a equipe.

A relação de trabalho com a equipe é difícil, muito difícil. A realidade vivenciada aqui, é uma divisão muito clara em subgrupos. Não é uma equipe coesa, com o mesmo discurso. E aí isso dificulta imensamente o processo de trabalho. Às vezes nem tanto diretamente comigo, mas há o fogo cruzado. É que quando um grupo propõe algo, o outro desfaz logo de início, porque não é de acordo com o que aquele grupo fez. E aí quebra essa linearidade que a gente propõe do cuidado, né. (Profissional 11)

Tem muita gente que ainda tem uma visão manicomial, uma visão tradicional, isso atrapalha bastante, porque pelo menos, teoricamente, a gente deveria ser um espaço de mente aberta. Eu acho que aqui tem duas equipes, uma equipe liberal e outra conservadora.... (Profissional 12)

Esse cenário evidencia a quebra na integralidade do cuidado e a importância de um ambiente que seja colaborativo para a efetividade das intervenções no serviço. Percebe-se que a falta de coesão da equipe e a existência de subgrupos comprometem a continuidade do cuidado, dificultando a implementação de estratégias consistentes e contínuas, e criam um ambiente contraditório e desafiador, impactando diretamente no cuidado dos usuários e na própria saúde do trabalhador. A inserção de um Supervisor Clínico Institucional foi uma estratégia adotada pelo próprio serviço para ajudar a manejar crises da equipe e a facilitar a comunicação, embora alguns profissionais reconheçam que as melhorias ainda estão em fase inicial.

Apesar das dificuldades das relações e as discordâncias, os profissionais percebem que a necessidade de consenso nas decisões força a equipe a buscar uma união mínima, e reconhecem que isso tem possibilitado ao CAPS a prestação de um bom cuidado aos usuários do serviço. Isso pode ser observado em uma das falas onde evidencia que o serviço tem sido eficaz em aumentar a resiliência dos usuários, permitindo-lhes lidar melhor com a vida e as adversidades.

Apesar dos entraves, eu percebo que as pessoas conseguem lidar melhor com a vida. Suportar a vida. Suportar essas coisas que são dolorosas, que são insuportáveis,

suportar a sociedade que julga, suportar os não, suportar as portas na cara”.
(Profissional 15)

Quanto à produção de autonomia, esta tem sido proporcionada por meio das práticas em grupo, em atividades de educação financeira, redução de danos e práticas corporais realizadas no território, com a perspectiva do direito à ocupação da cidade, ao lazer e à qualidade de vida. Em uma dessas experiências, os profissionais relatam como a autonomia no território pode ser construída sem o uso prejudicial de substâncias psicoativas e estimular o convívio social com a comunidade.

Fomos com os usuários que estão em formação, para algumas pessoas aquele espaço é um espaço de uso, cena de uso e eles foram enquanto redutores de danos. Então foi uma experiência importante para perceber que dá para ter autonomia dentro do território sem a questão do uso prejudicial, mas sim, adotando as estratégias do que é possível no momento (Profissional 18)

Tinha usuário jogando com tornozeleira eletrônica. E aí a galera não tava inibida, da comunidade. Brincou, parecia que eram melhores amigos, todo mundo jogando, se divertindo e no final se abraçando. Então acho que essa é a prova maior da construção de autonomia, né, deles. (Profissional 08)

É notória a produção de autonomia no CAPS, entretanto, ainda persistem desafios em algumas intervenções onde o cuidado é confundido com a tutela. Como há casos de usuários que vão retirar seus benefícios e mesmo tendo condições de irem sozinhos, vão acompanhados por profissionais. Essa situação prejudica a autonomia do usuário, reduzindo a capacidade de tomada de decisões de situações da própria vida, gerando dependência do CAPS. Como foi relatado por um dos profissionais, que algumas situações tratam-se de um cuidado que, na prática, se aproxima mais de um controle tutelado do que de uma verdadeira promoção da autonomia.

Praticamente tem usuários aqui que pegamos na mão pra tipo precisar de algum outro serviço de saúde e a gente leva lá. Uma demanda de coisa mais burocrática, de banco acompanhamos o usuário. [...]eles já sabem como é, como é que consegue, mas acho que eles pensam que aqui é mais fácil, que a gente é do CAPS, a gente tem um poder de conseguir dar um jeito.
(Profissional 15)

A intersetorialidade foi observada na viabilização dos direitos dos usuários, por meio da articulação com diversos serviços, tais como: a Universidade Federal da Paraíba, Centro do Idoso, Centro POP, Academia da Cidade, Unidades de Saúde, SAMU, e serviços de assistência social para a retirada de documentos pessoais e aquisição de vagas em casas de acolhida. Os relatos demonstraram que os profissionais compreendem a intersetorialidade como um aspecto para garantir a integralidade do cuidado do usuário. Isso pode ser observado

mediante a articulação com outro serviço, em que os usuários não são simplesmente encaminhados, mas continuam sendo acompanhados pelo seu Técnico de Referência do serviço. Entretanto, também se identificam dificuldades que impedem a efetividade nas pactuações, especialmente no atendimento para o público com problemas relacionados ao álcool e às drogas, como é relatado por um dos profissionais logo a seguir.

Acontece muito assim, quando o usuário sai do serviço de saúde mental que vai pra um serviço da rede assistencial é uma outra realidade. O profissional não vai ter a paciência que a gente tem, não vai ter o manejo que a gente tem e, às vezes, não vai entender alguns momentos seu. E isso gera alguns atritos, algumas questões e aí acontece o quê? O usuário não fica. Ou é desligado pela própria casa, por quebrar as regras da própria casa, ou simplesmente pede pra sair. E aí, não vai pra rua, ficar vulnerável, vem pra cá novamente, pede acolhimento e é preciso voltar pra esse fluxo. Quando a gente vai pedir novamente a vaga, a gente já começa a ouvir não, aí tem que acionar o Ministério Público para conseguir uma vaga. (Profissional 08)

Já no **CAPS Caminhar**, foi constatado um compromisso com a intersetorialidade, a autonomia e a integralidade do cuidado, mesmo diante de uma dinâmica de trabalho intensa e marcada por uma alta demanda de atendimentos. Observa-se que, a falta de recursos materiais e humanos e a comunicação entre as equipes noturnas e diurnas são relatados como obstáculos para uma efetiva integralidade do cuidado aos usuários. Algumas dificuldades podem ser observadas nas falas a seguir.

Um dia a conduta é de um jeito e amanhã é de outro jeito, e muitas vezes essa falta de comunicação pode gerar um prejuízo, seja para o usuário, ou tipo assim, para determinadas coisas que estariam no projeto dele, para fazer x coisas e a outra pessoa não faz, justamente por causa dessas trocas, dos plantões'. (Profissional 16)

Para melhorar o cuidado no CAPS deveria ter mais recursos materiais, recursos humanos, maior acesso à rede comunitária. Termos mais essa possibilidade de locomover esses usuários para acessar o território, para fazer visita no território, para conhecer a realidade deles mais de perto (Profissional 13).

Para lidar com a sobrecarga de trabalho e as limitações na comunicação, os profissionais têm adotado estratégias como anotar no prontuário e descrever no livro de ocorrências as decisões tomadas, de modo que todos fiquem cientes do que está acontecendo. A flexibilidade da equipe e a disposição dos profissionais para ajudar uns aos outros também são características destacadas pelos entrevistados como essenciais para o bom andamento de seus processos de trabalho. Com isso, a relação de trabalho foi descrita pelos profissionais como boa e integrada, baseada no respeito mútuo. Há um reconhecimento da importância de uma abordagem colaborativa e integrada, tanto entre a equipe quanto com os usuários e outros

serviços, embora ainda se encontrem resistências de alguns profissionais para uma atuação mais interdisciplinar.

O aspecto da intersetorialidade se apresenta no esforço dos profissionais em articular diferentes serviços e setores além do CAPS para garantia do cuidado integral dos usuários. Na percepção dos profissionais, o serviço é visto como um espaço de viabilização de direitos e de acesso à saúde em múltiplas dimensões, o que reforça a necessidade de uma boa articulação com equipamentos como CRAS, CREAS, Escolas, INSS e Ministério Público para oferecer uma assistência integral aos usuários, principalmente em situações de demanda social. Esse aspecto tem sido essencial para lidar com os desafios impostos pela vulnerabilidade social dos usuários e facilitar o acesso a direitos básicos, como a saúde e assistência social, evidenciando o trabalho em rede para uma resposta mais efetiva às demandas dos usuários.

Quanto à autonomia, os profissionais descrevem um ambiente de trabalho que busca empoderar tanto os usuários quanto a equipe. Há o incentivo à produção de autonomia dos usuários em atividades em grupo com foco no cuidado, autonomia e psicoeducação para familiares e usuários. Para isto, a equipe tem trabalhado de maneira colaborativa, reforçando a autonomia dos profissionais na tomada de decisões coletivas por meio das reuniões de equipe. Apesar das limitações impostas pela rotina agitada e pelas mudanças frequentes de plantões, as reuniões de equipe, são consideradas como espaços para o exercício da autonomia dos profissionais, onde podem expressar suas opiniões, discutir casos e tomar decisões em conjunto e observa-se um esforço contínuo para manter um diálogo aberto e democrático entre a equipe.

Já o domínio da integralidade, foi constatada nos relatos pela percepção de que os usuários são vistos em suas múltiplas dimensões, não se limitando à saúde mental em si. Assim como, pelas falas que reforçam a necessidade de uma visão integrada dos cuidados, onde cada profissional, independentemente de sua formação, deve contribuir para o atendimento integral do usuário.

A partir do exposto, o Quadro 2 a seguir, apresenta um resumo dos principais aspectos destacados nas falas individuais dos trabalhadores, abordando diferentes dimensões do processo de trabalho no CAPS. O quadro enfoca a produção de autonomia dos usuários, a intersetorialidade das ações, a integralidade do cuidado, a dinâmica e integração das equipes, além dos desafios enfrentados na rotina dos serviços dos CAPS III em João Pessoa. Esses aspectos refletem tanto as potencialidades quanto as limitações identificadas no cotidiano de trabalho, evidenciando as complexidades e a necessidade de articulação entre os diferentes profissionais e setores para promover um cuidado mais integral e humanizado.

Continua...

Quadro 2- Principais Aspectos do Processo de Trabalho dos CAPS III de João Pessoa- PB, 2024.

	CAPS Gutenberg Botelho	CAPS Jovem Cidadão	CAPS Caminhar
Dinâmica de Trabalho	Equipe fragmentada, mas há colaboração nas reuniões técnicas	Desafios internos na equipe, mas há esforços para um cuidado centrado no usuário	Há resistência para uma ação interdisciplinar, mas acontece uma relação de trabalho colaborativa e respeitosa
Autonomia	Práticas Grupais de Geração de Renda e Música	Práticas Grupais de Geração de Renda e Práticas Corporais no Território	Práticas Grupais de Geração de Renda e Psicoeducação Familiar
Integralidade	Atendimentos a necessidades individuais para além do tratamento	Acompanhamento contínuo do Técnico de Referência	Viabilização de Direitos
Intersetorialidade e	Manejo à Crises Intensas	Interação entre Gestão Estadual e o Serviço	Manejo à Crises Intensas
Desafios	Falta de Integração com a categoria médica	Disputas Ideológicas entre a equipe	Frágil comunicação entre equipes diurnas e noturnas

Fonte: Própria (2024)

5.3 Ideias Centrais (ICS)

Todas as entrevistas foram analisadas, resultando em três categorias de análise ou Ideias Centrais (ICS), que são os pontos comuns identificados nas falas dos profissionais. São elas: Práticas em Grupo como Produtoras de Autonomia, Dificuldades da Intersetorialidade no Manejo à Crise dos Usuários e Projeto Terapêutico Singular na Perspectiva do Profissional do CAPS. A seguir estão descritos os discursos sínteses referentes às categorias encontradas e no Apêndice A, encontram-se quadros com todas as expressões-chave utilizadas para construção de cada um dos discursos-síntese.

5.3.1 DSC das Práticas Grupais como Produtora de Autonomia dos CAPS

Para a Ideia Central que corresponde às “práticas em grupo como produtora de autonomia”, foram encontradas três ancoragens que conectam as falas dos entrevistados: o protagonismo dos usuários, autonomia para a vida cotidiana e desafios para efetivar a autonomia por meio das atividades. Dessa forma, o discurso-síntese do sujeito coletivo sobre as práticas em grupo como produtora de autonomia, fundamentado no protagonismo dos usuários, reflete o protagonismo dos usuários nas tomadas de decisões para construção e desenvolvimento das atividades do CAPS e a forma como essas atividades são produtoras de autonomia. Observe a seguir o discurso-síntese do CAPS Gutemberg Botelho (DSC1-GB), Jovem Cidadão (DSC1-JC) e do Caminhar (DSC1-C)

“As atividades são organizadas conforme o profissional quer trabalhar com determinada coisa e os usuários às vezes sugerem certos temas e ficam a vontade para dizer o que é que querem. Aqui por exemplo, já teve usuário que não falava nem o nome, hoje ele já interage e tem mais autonomia, uma outra usuária disse para médica, que havia sido chamada para trabalhar novamente e falou que o que mais tinha ajudado foi a oficina de poemas, um outro fabrica as flautas dele, compõe letra e melodia, eu acho que isso fala muito do protagonismo deles”. (DSC1-GB)

“Nas atividades toda a decisão deles eu escuto, né, o que eles tem pretensão de fazer, sempre é decidido com eles e a partir disso eu procuro ver quais são os recursos que tem e se é possível. Inclusive, já teve uma atividade de educação financeira que um frequentador deu aula e na última assembleia, por exemplo, os usuários trouxeram como pauta as oficinas, falaram que se sentiam muito infantilizados em algumas delas. Então com certeza, sem dúvida essas atividades constroem a autonomia deles”. (DSC1-JC)

“Todas as atividades e oficinas é o serviço que já oferta e são promovidas pelos profissionais, mas eles são abertos a escutar os usuários, e aí os usuários têm a autonomia para participar. No decorrer dos tempos os usuários vão dizendo o que gostam de fazer, vão dando uma opinião das atividades que gostam. Cada atividade vai de acordo com o que eles vão sugerindo, se eles sugerirem alguma oficina os profissionais organizam, eles são escutados. Quando eles não gostam, eles dão opinião, eles dizem, não, não quero mais, esse negócio não, não que é muito chato, aí procura mudar, modificar, pra ver até o bem-estar deles mesmo, né? Porque aqui se respeita e não obriga a nada. Eles têm o direito deles respeitados. Se não quiser fazer uma atividade, aí também ele pode recusar e não passa por nada”. (DSC1-C)

Embora os discursos tratem do protagonismo dos usuários como um elemento central nas práticas, as expressões como “às vezes sugerem”, “eu escuto, né”, e “mas eles são abertos a escutar os usuários” indicam certa passividade nas decisões. Dessa forma, percebe-se que, embora haja participação dos usuários, a autonomia é exercida de forma mais simbólica do que efetiva.

Já os discursos-síntese do sujeito coletivo sobre as práticas grupais como produtoras de autonomia, ancorado pelo assunto **autonomia para vida cotidiana**, evidenciaram a promoção da autonomia dos usuários do CAPS por meio de atividades que os capacitam para interagir com a comunidade e o território, além de gerar renda e fortalecer redes de apoio entre familiares. A seguir são apresentados os discursos do CAPS Gutemberg Botelho (DSC2-GB), Jovem Cidadão (DSC2-JC) e do Caminhar (DSC2-C).

“Tem oficinas mais voltadas para a construção da autonomia do usuário relacionados aos cuidados higiênicos e a saúde corporal, tem outra que os usuários meio que levam essa oficina, é bacana porque eles protagonizam. Tem também oficinas de geração de renda e organização financeira onde são produzidos os panos de pratos lindos que são vendidos. Essa oficina conseguiu inclusive desvincular do CAPS, e agora acontece na ECOSOL, com vendas das mercadorias. Esse dinheiro é justamente para a geração de renda e autonomia, uma parte do dinheiro fica para o usuário, a outra parte para comprar o material. Essas atividades além de gerar renda, é muito importante para que eles se sintam dentro desse contexto da arte, de tipo dizer, eu sou artista que pinta quadros, ou é artista plástico e tal”. (DSC2-GB)

“Muitas atividades que acontecem no território. Eu tô conseguindo fazer essas atividades no território semanalmente e as mais elaboradas é uma vez ao mês, porque às vezes tem custo e é por eles. Têm as atividades de artesanato que tá sempre inserindo eles em outros espaços, ensinando coisas que com aquilo ali que eles aprenderam. Inclusive, os usuários vão para algumas feiras, para eles conseguirem vender eles próprios, como uma forma deles aprenderem a fazer algo novo pra poder vender e conseguir seu dinheiro. E também uso a atividade física no território como um aliado pra trazer essa sensação de pertencimento e a autonomia e por isso antes da prática é feito uma conversa inicial, pra eles entenderem o porquê está ali no território, né. Então, penso aquele espaço primeiro, pra ter uma prática fora do espaço físico do CAPS; segundo, para trazer essa possibilidade de você utilizar aquele espaço independente do CAPS; e o terceiro viés é essa situação de ter relações com outras pessoas que não sejam usuários do CAPS. E nessa perspectiva, eu tento inserir esses usuários no maior número de, assim, de atividades possíveis e outros espaços que eles possam estar interagindo com outras pessoas e como formas até de tratamento. (DSC2-JC)

“Temos duas oficinas de família, uma ficou mais com a parte de artesanato, onde principalmente as mulheres fizeram uma rede de apoio muito grande, até fazem vendas de coisas, tem umas que sabem fazer crochê, outras sabem fazer e elas mesmo se apoiam muito. E o outro é como ensinar a cuidar desse usuário, como fazer quando esse usuário estiver numa crise. É trabalhado temas, algum tema que dá escolha deles, às vezes eles deixam que o pessoal que está no grupo traga um tema e comece direcionando esse tema. Acontece que muitas dessas famílias que chegam aqui não sabem que a pessoa está em crise, não entende e adoce junto com o usuário. Quando chega aqui, o familiar entende porque o profissional explica direito, aí sai mais aliviado com aquela pessoa, com mais segurança de voltar para casa e saber que dá pra voltar para casa e tem mais segurança de cuidar do usuário”. (DSC2-C)

Os discursos ancorados pela autonomia para vida cotidiana, mostram que as atividades realizadas têm como objetivo central promover a autonomia dos usuários, seja no autocuidado (higiene e saúde), na geração de renda (produção e venda de produtos artesanais) ou na participação deles em espaços comunitários, isso evidencia um compromisso com a independência e o protagonismo dos usuários em suas vidas e atividades.

Nos discursos-síntese do sujeito coletivo sobre as práticas grupais como produtoras de autonomia, ancorados no assunto dos **desafios** foram evidenciados os entraves encontrados para efetividade da autonomia nas atividades em relação ao que se propõe um serviço de CAPS. Nestes discursos identificou-se, infantilização das atividades (DSC3-GB), dificuldades dos usuários em se desvincularem do serviço do CAPS (DSC3-JC), embates sobre o quanto de autonomia deve ser dada ao usuário (DSC4-JC) e atividades fora do CAPS em momentos eventuais (DSC3-C). A seguir estão transcritos discursos que ilustram tais desafios.

“Eu acho que o protagonismo deles são em poucas oficinas, sinceramente ou talvez metade delas e acho que nem todo mundo aqui faz isso ou não entende que não está fazendo isso. Também observo que há poucos usuários que fazem atividades no território. E para mim as atividades extra CAPS são muito importantes, eles gostam muito. Por isso, aqui eu estou sempre enfatizando isso com eles, que estão aqui de forma terapêutica, mas que podem levar para fora. Eventualmente quando levamos eles fora daqui para o território, é para eles aproveitarem a comunidade e não ficar só preso dentro do CAPS. Apesar de tudo, no geral, acho que as oficinas funcionam, só tenho minhas críticas com oficinas que são infantilizadas, que para mim não tem relevância alguma nesse processo”. (DSC3-GB)

“Aqui funciona numa casa que é pra dar essa coisa de acolhimento, de parecer realmente uma casa. Mas quando eles falam assim, a minha casa a ponto de querer estar aqui e não querer sair mais, eu tento desmistificar isso o máximo possível. Isso porque, eu espero que eles tentem, né, a vida lá fora, se reconstituam, tem que viver mesmo. Mas acho que a apreensão de uma recaída eles acabam voltando muito. Apesar do esforço, eu vejo eles muito aqui no CAPS, não vejo eles tentando muito sair daqui. Tentam aqui, mas acabam, sei lá, ficando restritos ao CAPS. Por mais que se tente, que fale que tem a vida lá fora, né? Que eles deviam tentar, mas eles ficam muito presos aqui. Eu acho que é ruim pra eles, né? Eu por exemplo, tento nas minhas atividades, falar sobre isso e tentar de alguma forma fazer com que as pessoas enxerguem vida para além do CAPS, vida para além dos muros”. (DSC3-JC)

“Eu acho que eles tem e não têm essa autonomia. Pois se está num dia tem muita gente que diz: “Não, vai participar sim, mesmo não gostando da oficina”. E em outros momentos já muita gente diz: “Não, deixa aí, fica”. Isso é um dos grandes embates aqui do pessoal, alguns acreditam que está sendo dado autonomia de mais e outros dizem que estão tendo autonomia de menos. Para ajudar, eu tinha um grupo GAM que era justamente para isso, para a pessoa ter uma autonomia sobre o que ela necessita saber, o que é bom ou não para si. Tem gente que é mais velha que eu, tá aqui há 10, 15 anos, e que ainda pegou da gestão anterior que era zero autonomia, sabe? E que ainda não consegue abrir, não enxergam essa possibilidade de abertura pela autonomia”. (DSC4-JC)

“Aqui tem eventos pontuais como os eventos da Luta AntiManicomial, o Dia Mundial de Saúde Mental, que normalmente são fora do CAPS, São João, Carnaval, eu sempre tento levar eles pra fora. No carnaval existe o bloco do CAPS, ele sempre acontece fora do CAPS, no local onde todas as pessoas que quiserem participar podem participar. Ele foi criado por profissionais e por usuários do CAPS, é um bloco aberto no meio da sociedade e funciona”. (DSC3-C)

De um modo geral, os discursos fundamentados pelos desafios, refletem a percepção de que muitos usuários ficam restritos ao espaço do CAPS, demonstrando resistência ou apreensão em participar de atividades externas e em se desvincular do ambiente protegido do CAPS. Essa restrição ao ambiente interno é apontada como um obstáculo ao desenvolvimento de uma autonomia plena e uma inserção ativa no território, evidenciando a necessidade de estratégias que incentivem uma maior integração dos usuários com a comunidade.

5.3.2 DSC das Dificuldades da Intersetorialidade no Manejo à Crise dos Usuários

Os discursos-síntese do sujeito coletivo sobre as dificuldades da intersetorialidade no manejo à crise dos usuários, revelaram desafios significativos na articulação entre os diferentes serviços da rede de saúde mental de João Pessoa, especialmente entre o CAPS, Serviço de Atendimento Móvel de urgência (SAMU) e o Pronto Atendimento a Saúde Mental (PASM). Neles, foram destacados os principais obstáculos enfrentados na rede, expondo situações que vão desde a sobrecarga dos serviços, da precariedade das respostas às situações de crise até a persistência de práticas que remetem à lógica manicomial. A exemplo disso, a seguir o discurso-síntese do sujeito coletivo do CAPS Caminhar, que demonstra o fluxo desarticulado e a sobrecarga dos serviços.

“O fluxo da rede basicamente é o PASM, serviço de urgência, ambulatório e CAPS. Geralmente não se liga mais pro PASM, porque lá tá lotado. Então quando o manejo aqui não dá certo, ou eles entram em crise e ficam agressivos, ou não há médico, tem que acionar o SAMU. Às vezes eles vêm com a polícia também para levar ao PASM, quando os usuários estão totalmente desestabilizados, e estão em crise. Aí dependendo da demanda do SAMU, tem dia que tá sem ocorrência, vem mais rápido e tem dia que tem que esperar a vez mesmo. Quando demora um pouquinho, se tiver médico, aqui, eu entro e falo com a médica que está de plantão e ela pode fazer uma urgência enquanto o SAMU chega, mas também às vezes acontece, deles estarem com muita demanda, às vezes está longe, e acaba que não é todas as vezes que vem não”. (DSC4- C)

Percebe-se no discurso que a rede até segue um caminho orientado, mas devido ao PASM que frequentemente está lotado, o SAMU é acionado como alternativa, mas nem sempre resulta em respostas rápidas devido à sobrecarga e a variabilidade nas demandas diárias. Além de que, a falta de médicos no CAPS agrava essa situação, forçando os

trabalhadores a recorrer ao SAMU, mesmo estando cientes das dificuldades de articulação e da possibilidade de demora.

Já no discurso a seguir foi evidenciada a dificuldade em o SAMU flexibilizar certos procedimentos operacionais diante de situações urgentes.

“Quando chega o SAMU, tem que explicar lá pro médico, tem que explicar, aí às vezes vem só enfermeira e condutor e chega aqui não quer levar a usuária. É bem complicado. Em um caso específico falando com o Samu, enquanto eu explicava, as filha gritavam, eu estava tentando explicar, e a usuária me gritava. Nessa confusão, chegou só a enfermeira e um condutor, e a colega na troca de plantão não pediu a urgência da menina. Essa urgência, não dava pra escrever e tinha que escrever, então, eu disse: olhe, só tem um jeito, vocês vão com ela, hein? Ainda assim, por mais demorado, por mais difícil, no final do dia se consegue fazer a articulação com o serviço. É no mínimo movimentar o cidadão para algum outro canto nem que seja o encaminhamento certo por aí”. (DSC5-C)

Nota-se que a necessidade de explicar repetidamente o caso para os profissionais do SAMU, aliada à chegada de uma equipe incompleta, muitas vezes composta apenas por uma enfermeira e um condutor, reflete a falta de agilidade e integração nos atendimentos. Além de que a ausência de comunicação adequada durante trocas de plantão e a burocratização excessiva, como a necessidade de formalizar uma urgência por escrito, mesmo em situações críticas, agravam a demora e comprometem uma resposta imediata.

No próximo discurso-síntese, foi constatado o risco de abordagens coercitivas e uso da força policial no manejo da crise dos usuários, especialmente nos períodos noturnos onde há poucos profissionais trabalhando. O discurso do sujeito coletivo do CAPS Gutemberg Botelho ilustra a situação acima descrita.

“O acolhimento à crise é feito aqui mesmo, contudo, quando o usuário está na atenção à crise, a articulação com outros serviços acontece com o PASM e às vezes com o SAMU que é até mais difícil. Nessa questão de acionar o SAMU, existem muitas resistências, às vezes o SAMU não vem, demora muito. Há dificuldades no plantão noturno e hoje, por exemplo, precisamos e não sei se veio. Sem contar que, eles têm um protocolo que vem com a polícia, infelizmente, acho desnecessário, nunca fui a favor, porque eu não vejo necessidade. Como já houve situações aqui que eu intervi, porque o rapaz policial estava com a algema, eu disse “vai botar algema por que? Não tô entendendo!” Ele respondeu que era porque o usuário estava muito violento. (DSC4-GB)

Nota-se que há uma prática recorrente de acionar o SAMU com apoio policial em situações de crise, o que é controverso aos direitos dos usuários, princípios da humanização e de um cuidado antimanicomial. Além disso, a resistência em relação ao uso de algemas e à presença da polícia, evidencia uma tensão entre os protocolos de segurança e a busca por um manejo humanizado das crises por parte dos profissionais do CAPS.

No discurso a seguir, encontrou-se como dificuldade o despreparo e falta de formação dos serviços de urgência. Observe.

“Já tive muitas crises presenciadas de extrema violência. Os usuários que chegam com membros roxos vem da urgência. A urgência é despreparada. As políticas de humanização do SUS não chegam lá. Embora, não esteja dentro da nossa política a contenção, mas sobre o espaço da crise, geralmente a rede não fomenta uma formação continuada, nem formação permanente, e aí as equipes mudam, e quando muda a capacitação aí os cenários de violência e contenção chegam, e os usuários chegam com os membros roxos. E o manejo de crise como não é algo que é explicitamente técnico e precisa da vivência do trabalhador com outros profissionais com uma preceptoria bem feita, aí poderia o cenário mudar, mas do jeito que está hoje, o serviço de urgência da cidade está calamitoso. Está bem difícil. O matriciamento não existe. O CAPS era pra matricular, era pra chegar lá e dizer como é a realidade do nosso manejo. Porque lá na urgência é uma coisa e aqui é outra, então o alinhamento não existe”. (DSC6-C)

O discurso indica que o serviço de urgência não está adequadamente preparado para lidar com situações de crises intensas, além de que há denúncias de violência e contenção inadequada, com usuários chegando ao CAPS com lesões visíveis. Também é destacada a ausência de formação continuada para as equipes de urgência e a falta de articulação com os CAPS são aspectos que contribuem para a reprodução de práticas manicomiais, como contenções físicas e tratamentos centrados no controle dos sintomas.

Outro cenário de dificuldade no manejo da crise, é apresentado no discurso a seguir pela persistência de práticas manicomiais no serviço do PASM, contrastando com a proposta de cuidado antimanicomial defendida pelo CAPS. O cenário descrito cria um dilema para os trabalhadores, que tentam implementar um cuidado centrado na autonomia e na integralidade, mas esbarram em limitações tanto institucionais como estruturais.

“Eu acho que a urgência precisa de regulamentação, eu acho que é mais indicado que ela esteja no PASM, por exemplo. Tenho muitas críticas sobre o modo que o PASM funciona, que ainda segue uma lógica muito manicomial. Você fica limitada, você está no serviço substitutivo, você tá tentando quebrar essa lógica, mas o único lugar que você tem, se aqui não tiver vaga, é o lugar que vai totalmente, não totalmente contra essa lógica, mas que ainda responde muito de uma forma manicomial. Aqui é um serviço que está na rede justamente para fazer esse acolhimento em usuários em atenção à crise, mas também é difícil porque é uma demanda muito grande, não temos como acolher todo mundo e vivemos nessa constante dificuldade de para onde encaminhar um usuário que está em crise, porque o único lugar que temos de urgência psiquiátrica é o PASM”. (DSC5-GB)

Mais uma dificuldade encontrada, relatada pelo coletivo, esteve relacionada à articulação dos serviços em situações de emergência.

“Infelizmente é o fluxo que é orientado, quando vem ao serviço, normalmente regular para o PASM. Já aconteceu, vim do PASM ainda em crise, e aí não ficou aqui, foi preciso

devolver porque precisava se estabilizar ainda lá pra vir pra cá. Também teve uma situação em que eu estava em uma atividade externa e um usuário que não era nosso, era uma pessoa que estava passando na rua, descompensou e precisamos ligar para o SAMU, quando ligamos, o SAMU só atenderia com a ocorrência com a polícia”. (DSC5-JC)

Estas situações de crises inesperadas, como usuários descompensados na comunidade, demonstram a fragilidade da rede na resposta ágil e humanizada. Além de que, a dependência do SAMU e a falta de outras opções de atendimento emergencial acabam contribuindo para um manejo de crises que frequentemente recorre a serviços que não estão preparados ou alinhados com os princípios do cuidado humanizado e antimanicomial.

5.3.3 DSC do Projeto Terapêutico Singular na Perspectiva do Profissional do CAPS

Nos discursos-sínteses sobre o Projeto Terapêutico Singular na perspectiva do profissional do CAPS, observou-se que existem três concepções de PTS do usuário: a *concepção ideal*, caracterizado por um plano ampliado e detalhado, com diferentes metas de acordo com objetivos do usuário, e bem articulado com o CAPS, família e comunidade; a *concepção real*, que é a executada no serviço caracterizada por um plano incompleto e insuficiente, mas que ainda contempla os aspectos singulares do cuidado de cada usuário; e a *concepção limitada* caracterizada pela participação dos usuários exclusivamente nas atividades e oficinas terapêuticas do CAPS, que também é confundida com a frequência dos dias que estão participando nas atividades.

Os discursos abaixo representam a concepção ideal de PTS, relatada pelo sujeito coletivo dos CAPS Jovem Cidadão, Gutemberg e Caminhar. Observe.

Concepção Ideal de PTS para o Sujeito Coletivo Jovem Cidadão

“O PTS é uma construção que é feita coletiva, que é feita com o usuário, que é feita com o familiar, que é feita com a comunidade, que é feita com a equipe, é pra ser, é objetivo, né?, não pode ser engessado, é algo que continuamente vai ser modificado, pois é uma coisa a longo prazo, né? e tem que ter um acompanhamento sistemático dos usuários. Teoricamente, deveria ser uma construção com o usuário, ter um ou dois técnicos responsáveis e pegar aquela pessoa, conversar direitinho sobre quais são os objetivos e suas possibilidades. Além disso, eu considero como importante o desejo, planejamento, território, família, vínculo ao profissional para construir junto ao usuário, deve ter a história dele toda, o que ele gosta de fazer, o que não gosta, o que ele utiliza de substância, medicamento, a relação dele com a família, com as pessoas em geral, tudo”. (DSC6-JC)

Concepção Ideal de PTS para o Sujeito Coletivo do Gutemberg

“Existem diferentes formas de fazer o PTS, né, cada serviço vai instituir, ou criar, ou produzir o seu, a sua forma de trabalhar. Contudo, ao meu ver, quando se constroi um PTS, principalmente num primeiro momento, é levado em consideração o lado social, o profissional, e em seguida entender quais são os gatilhos que funcionam como fatores adoeecedores naquele contexto, consideram as condições de vida, contexto social, território, né. A construção tem que ser coletiva e deveria ser todos os profissionais participando da construção, (aqui fica muito restrito a psicologia). E se aquele esquema não deu certo, se não viu progresso, deve se avaliar o que aconteceu de errado, o que é que poderia ser feito então, como um projeto que está sempre se reinventando, como eu falei, tudo muda sabe. Seria essencial ter de fato um PTS construído, com as articulações que pode fazer na rede, que fica mais fácil de visualizar, de ver o que já tentou, de ver quais são as próximas possibilidades que se pode fazer. Aqui infelizmente esse tipo de PTS como desejado não acontece, inclusive não tem aquela questão do que é que esse usuário precisa, de quais são os objetivos, quais são as metas e quem vai se responsabilizar por ele”.

Concepção ideal de PTS para o Sujeito Coletivo do Caminhar

“Eu não posso construir um projeto terapêutico sozinho. O momento de elaboração do plano terapêutico singular, vai permitir que o usuário não só dê ouvidos ao familiar, mas seja o protagonista do seu tratamento, que possui voz, fala e que pode participar desse cuidado, é onde nós profissionais vamos ver todas essas dimensões sociais, individuais, as ações a longo prazo e a curto prazo. É o momento em que, eu posso tratar estratégias de como a equipe vai fazer para aquela pessoa entender que precisa sorrir, ou precisa se cuidar. Entendendo que, o longo prazo sempre é a alta, que é o mais difícil de conseguir, o médio, é resolver questões de direito, questões sociais, entendimento sobre a vida da pessoa e a curto prazo é a estabilidade. Assim, o projeto terapêutico deveria ser bem mais além do que a simples frequência no CAPS”.

Os discursos sobre a *concepção ideal* do PTS evidenciaram uma perspectiva ampliada e dinâmica do cuidado em saúde mental, centrado na pessoa e em um processo colaborativo, flexível e contínuo. Algumas características mencionadas como flexibilidade e adaptação, que vão de acordo com as necessidades e os avanços do usuário, refletem a valorização de componentes para que o PTS não se torne um documento engessado, permitindo que ele se ajuste às mudanças na vida do usuário, no contexto social e nas condições de saúde. Como também, a importância de considerar não apenas a saúde mental do usuário, como seu contexto social, familiar e territorial, reflete uma perspectiva integral que visa entender como fatores externos, como a relação com a família, o ambiente em que vive e suas experiências cotidianas, impactam sua saúde mental. A inclusão desses elementos no PTS contribui para a criação de um plano de cuidado significativo e adequado às necessidades específicas do usuário.

Ainda nos discursos-síntese, foram encontrada perspectivas de PTS, que divergem da concepção ideal mencionada anteriormente, a denominada concepção real. Esta concepção real representa a perspectiva da realidade do PTS, a forma que se apresenta no cotidiano do serviço do CAPS. A seguir estão transcritos os discursos que representam a concepção real.

Concepção Real para o Sujeito Coletivo Jovem cidadão

“A construção do PTS aqui é, com o tempo, né? Vai se avaliando, com toda a equipe e com o usuário. Eu sei que o PTS é a principal ferramenta de cuidado em saúde mental, isso é fato, mas aqui existe uma ausência de construção do PTS, em específico no seu aspecto instrumental, o que existe são mais algumas intervenções que são colocadas no prontuário. E no geral, o máximo que se consegue do PTS, dos PTS é traçar os dias que eles vêm para o serviço. Só algumas vezes que eu acompanhei, que eu vi em reunião, era perguntado assim: E aí, o que você quer fazer? É tal. Qual sua principal angústia? É tal. É isso aqui, isso aqui, isso aqui. E a partir disso, o que você acha da gente fazer isso? Ah, beleza, pode ser. Não, é isso aqui? O que você acha melhor? E aí, ia se construindo, né? E eu sei que num PTS é muita coisa, muita coisinha de singular que não se desenvolve se você não chegar junto com um PTS bem feito”. (DSC7-JC)

Concepção Real para o Sujeito Coletivo do Gutemberg

“O PTS inicia no ato da triagem, com um processo de trabalho inter ou multidisciplinar, inserindo ele na atividade e oficina, as demais coisas. Eu por exemplo, tento inserir o usuário como sujeito de direito em outros espaços para além do CAPS, isso também é o projeto terapêutico singular. No Projeto também estão inclusos os benefícios ao que tange à saúde mental do usuário. E no geral, o PTS é mais no olhar, aqui é mais na prática mesmo, e algumas evoluções, entendeu? Contudo, Eu, particularmente, com as pessoas que eu acolho, tento perceber determinadas coisas e a partir disso, como é que eu posso dizer, assim, tento esboçar um projeto terapêutico, sabe? Aí eu coloco uma coisa ali e tudo, mas eu acredito que essa é uma construção que deve ser coletiva, né? e eu só estou dando algum modus operandi ali”.

Concepção Real para o Sujeito Coletivo do Caminhar

“Quando a pessoa vem para a triagem, então inicia o PTS ali, é o início. Na conversa, no diálogo com o usuário, com a família, vai ver o que é que ele gosta de fazer, se ele tem habilidade para alguma coisa, o que é que dá prazer e tal, pra ver qual é a oficina que tem aqui, que está dentro daquilo que ele gosta ou pelo menos aquilo que se aproxima. E isso é o início do PTS, certo? Mas não é só isso, isso é um pontapé inicial, né? Porque aqui, ainda há uma confusão de cronograma de presença com o PTS. Inicialmente, ele é construído de uma forma mais superficial e no decorrer do acompanhamento quando vai se conhecendo mais e o usuário vai entendendo a dinâmica do serviço, ele é construído mais elaboradamente, olhando todas as dimensões possíveis, as dimensões singulares, sociais, as dificuldades de operacionalização do projeto, os elementos consideráveis a serem colocados para que a equipe entenda. Ou seja, ele é construído durante todo o acompanhamento e sempre traçado ali com metas de 6 meses de 1 ano, entendeu?”

“Em situação de delírio, que foge das condições dele se colocar e tomar decisões, começa a construção desse projeto com quem está responsável e, em outro momento, ele pode se fazer participante. Dessa forma, A família interage na construção do PTS na triagem né!? Depois, vai vendo as dificuldades, as questões que precisa mais, se a pessoa é reservada, que precisa trabalhar na socialização, aí já vê isso, a situação, assim como a definição e quantidade de dias de oficina que irá participar no serviço, O horizonte dos objetivos, se é curto, médio prazo, o momento que o usuário está fazendo, está vivendo, quer dizer...a condição imediata de trazer para discutir o projeto. Portanto, o projeto terapêutico é todo tratamento, né? Desde a chegada aqui, o acolhimento, até o próprio tomar medicação não deixa de ser um projeto terapêutico”.

Na *concepção real* de PTS, o plano é incompleto, insuficiente, e tende a ser limitado com intervenções pontuais e registros de frequência de atividades. Essa situação indica uma limitação na implementação prática do PTS, que acaba não refletindo sua proposta original de ser um instrumento terapêutico central e individualizado. Apesar do envolvimento do usuário ser considerado, os discursos sugerem que a participação deles ocorre de forma pouco aprofundada. Os usuários são até convidados a opinar sobre suas dificuldades, mas sua inclusão na construção do PTS, não se dá de forma contínua e estruturada ao longo do processo terapêutico, o que limita o potencial de singularidade e efetividade do PTS. Nesta concepção de PTS, foi identificada uma ausência de um planejamento sistemático e estruturado do PTS, que se resume a registros pontuais em prontuários, sem um acompanhamento formalizado que integre e articule os diversos aspectos do cuidado, isso impede que o PTS funcione como uma ferramenta adaptável, que acompanha as mudanças e necessidades do usuário ao longo do tempo.

Ainda sobre essa *concepção real*, embora haja treinamentos individuais de alguns profissionais para adaptar o PTS às necessidades e preferências dos usuários, esses esforços são frequentemente insuficientes devido à falta de um processo coletivo e institucionalizado. A singularidade do PTS, acaba sendo uma iniciativa específica, dependente do envolvimento de profissionais específicos, em vez de ser um padrão de cuidado previsto nos CAPS. Além de que, ocorre a falta de alinhamento entre o reconhecimento teórico da importância do trabalho em equipe e a realidade cotidiana, em que a construção do PTS frequentemente fica restrito a alguns profissionais, sem uma articulação efetiva com as demais áreas.

Além da *concepção ideal* e real, foi constatada nos discursos do Sujeito Coletivo do CAPS, a *concepção limitada* de PTS, caracterizada por uma realidade em que o plano é confundido com a frequência dos usuários e frequentemente limitado pela inclusão dos usuários nas atividades e oficinas terapêuticas oferecidas pelo CAPS, em vez de ser entendido como algo ampliado. Observe abaixo.

Concepção Limitada para o Sujeito Coletivo Jovem Cidadão

“Antigamente o PTS para a equipe, se referia aos dias que o usuário vinha ao serviço. No entanto, a frequência do serviço é uma coisa, o PTS é uma outra coisa muito mais ampla, né? Mas que essa frequência norteia um PTS, né?. Alguns ainda falam “o PTS de fulana é terça e quinta, ou PTS de fulana é quinta, quarta e sexta”. E quando eu escuto, digo logo: não, isso é a frequência!”. Acontece que algumas vezes o PTS é apresentado em assembleia e disposto para os usuários e aí vai de acordo com as oficinas, mas é bom lembrar que isso não é o PTS, é a frequência, porque algumas pessoas têm essa confusão”. (DSC8-JC)

Concepção Limitada para o Sujeito Coletivo do Gutemberg

“O PTS aqui na casa é feito a partir das necessidades do usuário vendo a questão da oficina, daquilo que ele se identifica, vendo que será terapêutico para ele, os dias dele vir. Então se resume em dias de oficinas que os usuários vão participar e no olhar profissional, né, na observação, entendeu, e aí vai sendo construído, mediante a evolução do prontuário, né. Quando se diz o PTS do usuário, geralmente o profissional daqui tá se referindo “ah, ele vem na segunda e na quarta”, entende? Portanto, aqui no serviço falar de PTS, não é aquele PTS de ser pactuado metas e objetivos junto com usuários e com a família, mas sim os dias que eles devem vir pra os serviço pra participar dessas oficinas terapêuticas, ou sobre os dias que tem o intensivo que são duas, três vezes por semana. Observo que o PTS aqui é muitas vezes confundido com a frequência da pessoa. “Ah, você vem segunda e quarta pra oficina de música”, e o que mais se leva em consideração nele são as habilidades, o gosto de participar das oficinas, saber o que é que eles têm mais aptidão e gostam mais de leitura e também sempre é feito uma reavaliação, se eles querem continuar, querem participar também de outras atividades, sabe”.

Concepção Limitada para o Sujeito Coletivo do Caminhar

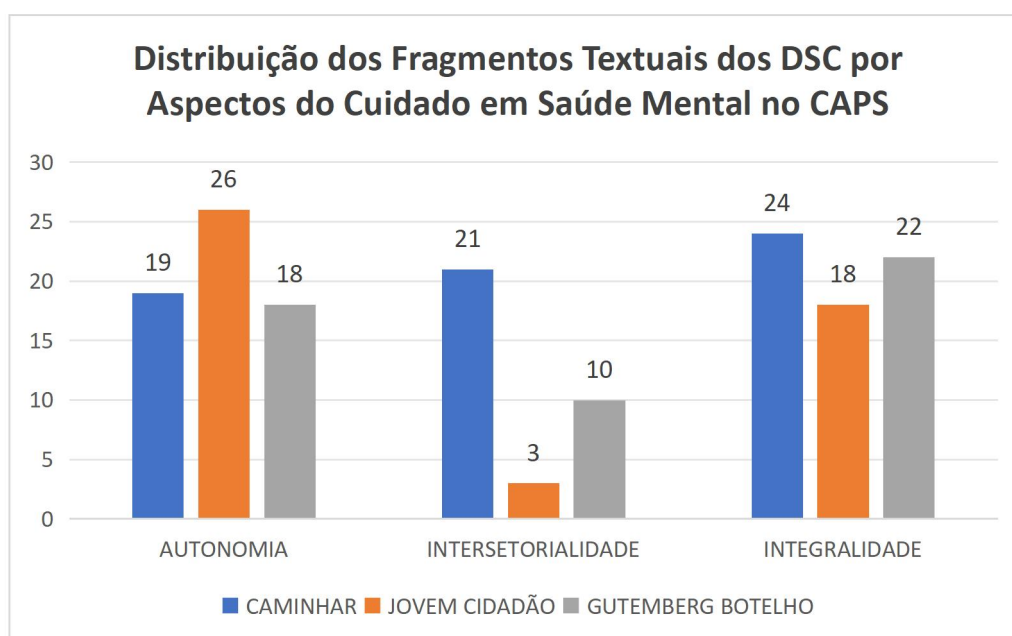
“O PTS acontece na hora de uma triagem, na hora de uma consulta, é dito a médica sabe quantos dias ele pode vir em um projeto terapêutico nas oficinas, né? Tem PTS que são pela manhã, vamos supor, começa de 9 até 11 horas, 11h30, e tem pessoas que vem só à tarde, de 1h30 até 4h30 da tarde. Então lá na folhinha do PTS eu coloco qual dia que essa pessoa vem participar das oficinas. E na construção, os usuários têm poder de negociação, inclusive é perguntado o que gosta de fazer, com que se identifica, apresentamos as opções de oficinas que existem no serviço para que eles escolham qual mais gosta ou tem mais habilidade e maior interesse. Só que é preciso estar voltando, acrescentar algo, fazer uma modificação, entendeu? E essa continuidade não está acontecendo”.

Observe que nos DSCs, há uma compreensão confusa sobre o que constitui um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Em alguns momentos, ele é entendido como um "plano de atividades e oficinas", enfatizando a inclusão dos usuários nas atividades terapêuticas realizadas pelo CAPS; em outros, é compreendido apenas como a frequência dos usuários no CAPS. Essa limitação na compreensão impacta o uso de uma ferramenta necessária para efetivar a integralidade do cuidado, na medida em que um PTS, corretamente aplicado,

deveria envolver uma abordagem individualizada e integrada, considerando as necessidades específicas e os objetivos terapêuticos de cada usuário.

5.3.4 Representação da “Força” dos Discursos Coletivos

Após análise dos discursos em sua dimensão qualitativa, a seguir serão analisados e apresentados sob a dimensão quantitativa, que corresponde a quantidade de expressões-chave utilizadas para compor os discursos do sujeito coletivo dos CAPS. O gráfico a seguir, ilustra a densidade dos discursos, representando a “força” da voz coletiva, construídos em torno dos três eixos, tais quais: autonomia (Práticas em grupo como produtor de autonomia), Intersetorialidade (Dificuldades da Intersetorialidade no Manejo as crise dos Usuários) e Integralidade (Projeto Terapêutico Singular na perspectiva do profissional do CAPS) para cada um dos CAPS III de nosso estudo.



Fonte Própria (2024)

Nos DSC Gutemberg, a ênfase dos relatos foi dada ao aspecto da integralidade, totalizando 22 fragmentos de texto em relação às concepções de PTS no CAPS, seguido pelo aspecto da autonomia com 18 fragmentos e por último, a intersetorialidade com 10 trechos. O Sujeito do Jovem Cidadão, o destaque foi centrado no aspecto da autonomia, identificou-se um total de 26 fragmentos de textos relacionados às práticas em grupos como produtor de autonomia, seguido por (18) a respeito da integralidade e (3) da intersetorialidade. E no Sujeito do Caminhar, a evidência foi dada para a Integralidade com 24 fragmentos de texto utilizados

sobre as concepções de PTS, seguido pela intersetorialidade (21) e autonomia (19). As variações constatadas nos resultados, refletem a valorização que cada sujeito coletivo deu aos diferentes aspectos do cuidado em saúde mental, indicando as prioridades para o desenvolvimento de seus processos de trabalho no CAPS.

Discussão

6. DISCUSSÃO

O objetivo do nosso estudo foi analisar o processo de trabalho desenvolvido nos CAPS tipo III de João Pessoa, a partir da perspectiva dos profissionais que atuam diretamente nesses espaços. Os principais achados indicaram que: **a)** Os profissionais dos CAPS são representados majoritariamente por mulheres cisgênero, brancas, com idade entre 30 e 39 anos, de nível superior completo e com mais de dois anos de experiência em serviços do CAPS **b)** A equipe é multiprofissional, mas a integração é limitada, dificultada pela falta de integração com a categoria médica, disputas ideológicas e fragilidades na comunicação entre equipes noturnas e diurnas **c)** As práticas grupais promovem autonomia inclusive para a vida cotidiana, mas ainda são permeadas por diversos desafios que impedem uma autonomia plena **d)** Encontram-se dificuldades da Intersetorialidade no Manejo à Crise dos usuário, entre os serviço do CAPS, PASM e SAMU, agravado pela sobrecarga, precariedade às respostas às situações de crise e persistência de práticas que remetem à lógica manicomial. **e)** Há diferentes concepções do Projeto Terapêutico Singular na perspectiva do Profissional do CAPS, por vezes insuficiente e limitado, impactando a integralidade plena do cuidado.

a) Os profissionais dos CAPS foram representados majoritariamente por mulheres cisgênero, brancas, com idade entre 30 a 39 anos, de nível superior completo e com mais de dois anos de experiência em serviços do CAPS.

O perfil dos profissionais dos CAPS deste estudo foi semelhante com o perfil de trabalhadores de saúde mental encontrados em pesquisas de outras localidades. Como o estudo de Fidelis et al. (2021), que analisou a sobrecarga de trabalho com 49 profissionais em um CAPS no interior de São Paulo; de Bogo et al. (2019), que investigaram o perfil profissional do CAPS, com 10 profissionais em CAPS II em Minas Gerais; e o de Da Silva Arantes et al. (2016) que avaliaram a satisfação profissional de 76 trabalhadores em saúde

mental em dois CAPS e duas clínicas psiquiátricas em Rio Verde/GO. Estes autores encontraram um predomínio de profissionais caracterizados por mulheres, de cor branca e com nível superior completo.

Estes resultados relacionados ao perfil dos profissionais, indicam um expressivo desequilíbrio na diversidade de trabalhadores que compõem a equipe do CAPS. A predominância de mulheres brancas com nível superior na composição da equipe, revela uma realidade em que a diversidade de experiências e perspectivas não estejam completamente representadas, limitando a criação de um ambiente de cuidado plural e sensível às complexidades sociais e culturais dos usuários. Tal conformação ainda se distancia dos fundamentos da Reforma Psiquiátrica, que buscam promover um atendimento mais inclusivo, pautado na diversidade e na multidisciplinaridade no cuidado.

Estudos como o de Carvalho et al. (2024) sobre a diversidade organizacional reforçam que ambientes de trabalho diversificados favorecem o sentimento de pertencimento e a permanência dos profissionais, especialmente entre aqueles que fazem parte de grupos minorizados. Assim, a presença de profissionais com variadas formações e contextos sociais enriquece as práticas de cuidado e cria um ambiente mais acolhedor tanto para trabalhadores quanto para usuários. Aplicado ao contexto do CAPS, essa correlação indica que uma equipe mais diversificada não só enriquece a prática do cuidado ao trazer múltiplas perspectivas, como contribui para um clima organizacional mais satisfatório para os próprios profissionais. Por isso uma baixa representatividade, limita não apenas a capacidade do CAPS responderem às necessidades complexas e interseccionais dos usuários, como impacta a estabilidade e continuidade das próprias equipes de trabalho, comprometendo a consistência e a qualidade dos serviços ofertados (CARVALHO et al. 2024).

Esse contexto expõe uma necessidade urgente de políticas mais inclusivas e que de fato, incentivem a diversidade na composição das equipes, uma vez que a adesão aos princípios da Reforma Psiquiátrica não pode ser meramente teóricos; mas precisa materializar-se na prática cotidiana do serviço, incluindo a composição da equipe do CAPS. Conforme Carvalho et al. (2024) a diversidade organizacional, indica que a presença de diferentes grupos sociais e culturais dentro das equipes aumenta a sensibilidade e a capacidade de resposta a demandas variadas. Para os CAPS, isso significa dizer que, uma equipe diversificada tem maior probabilidade de compreender e responder a fatores como racismo estrutural, discriminação de gênero e barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência, que são questões fundamentais para oferecer um cuidado efetivamente acolhedor e inclusivo.

Neste sentido, a composição atual dos CAPS indica que as políticas de contratação e formação profissional ainda estão insuficientes para garantir um atendimento que reflita as necessidades dos grupos sociais historicamente marginalizados. A inclusão de profissionais de diferentes contextos e formações é, portanto, uma condição indispensável para que o CAPS realize de fato sua missão de atendimento integral e humanizado. Contudo, esse processo requer não apenas mudanças nessa composição de equipe, mas também a implementação de programas contínuos de sensibilização e capacitação para promover um ambiente de trabalho em que se valorize e respeite a diversidade no CAPS.

Em última análise, a adequação do CAPS aos princípios da Reforma Psiquiátrica só será alcançada se de fato, a composição de suas equipes representar a pluralidade social, permitindo uma resposta mais efetiva às realidades complexas dos usuários, especialmente em relação à população de pretos, pardos, pessoas LGBTQIA+, e pessoas com deficiência. Com uma equipe verdadeiramente representativa, capaz de entender e responder às necessidades dos diferentes grupos sociais, o CAPS poderá cumprir integralmente os objetivos da Reforma Psiquiátrica, materializando a inclusão e o acolhimento que são a essência desses serviços substitutivos.

b) A equipe é multiprofissional, mas a integração é limitada, dificultada pela falta de integração com a categoria médica, disputas ideológicas e fragilidades na comunicação entre equipes noturnas e diurnas.

Nossa descoberta coincide com as evidências encontradas por Filho e Souza (2017), que investigaram a percepção dos profissionais sobre o trabalho multiprofissional de um CAPS II de Salvador, Bahia; e de Almeida e Máximo (2020) relacionada ao processo de trabalho nos CAPS I, II e III de Santa Catarina. Ambos, identificaram que a integração da equipe no contexto dos CAPS enfrentam desafios significativos na integração da equipe, como fragmentação no trabalho e falta de interação contínua entre os profissionais.

Esta realidade pode ser explicada, em parte, tanto por fatores subjetivos quanto estruturais. Campos e Baccari (2011), ao analisarem as repercussões subjetivas do trabalho no CAPS III de Campinas/SP, evidenciaram que a falta de integração entre profissionais pode ser agravada pela hierarquia, desvalorização de determinadas funções e por conflitos na equipe. Pinho et al. (2017) notaram que disputas ideológicas, refletidas em diferentes visões sobre o cuidado, também podem gerar conflitos e fragmentação na equipe. Campos et al. (2009) constataram que a complexidade do processo de integração das equipes noturnas, onde ocorre

a redução de pessoal, é um fator que contribui para uma fragilidade na comunicação e na continuidade do cuidado, reforçando a separação entre as equipes diurnas e noturnas .

As dificuldades de integração entre as equipes noturnas e diurnas do CAPS de nosso estudo podem ser parcialmente compreendidas pelas explicações apresentadas por Campos et al. (2009). Da mesma forma, os apontamentos de Campos e Baccari (2011) e Pinho et al. (2017) oferecem possíveis razões para compreender as disputas ideológicas presentes nos CAPS investigados. As explicações se tornam ainda mais evidentes, pois no CAPS AD Jovem Cidadão do nosso estudo, a coexistência de profissionais que adotam diferentes perspectivas de cuidado (antimanicomial e tutelado), é a predominância de cristãos (católicos e protestantes) cujas ideias morais e religiosas podem contribuir para conflitos e intensificar a fragmentação da equipe, além das diferenças político-partidárias.

Contudo, as tensões provocadas pelas diferentes perspectivas de cuidado têm gerado mudanças culturais no cotidiano do CAPS, como foi observado pelo sujeito coletivo do CAPS AD Jovem Cidadão:

“A inclusão da participação do usuário nas decisões, aconteceu principalmente pela entrada de uma gestão no serviço, somando com as pessoas de antes que já tinham essa noção mais humana de autonomia aos usuários, as pessoas novas que vieram de movimentos sociais e os que vieram da residência multiprofissional em saúde mental também. Isso conseguiu mudar um pouco dessa cultura que era manicomial de tirar a autonomia da pessoa em relação à condição e ao suposto tratamento dela” (DSC-JC).

A hegemonia médica foi outra questão que tem reforçado a fragmentação das equipes dos CAPS encontrada em nosso estudo. Quanto a isso, a Política Nacional de Saúde Mental vem romper com o modelo tradicional centrado no saber médico, promovendo a inclusão de profissionais de diversas áreas da saúde (ALMEIDA et al. 2010). No entanto, essa mudança trouxe e ainda traz desafios significativos para o trabalho em equipe, como dificuldades de comunicação ou, em alguns casos, a ausência total de diálogo entre os profissionais (VASCONCELOS, 2010). É notável a persistência com que essa hegemonia médica predomina, resultando na supervalorização do saber médico em detrimento dos outros saberes.

Este cenário pode ser compreendido a partir da perspectiva de Flexner (1910), que enfatizou a importância da formação técnica e científica rigorosa na medicina, mas também destacou a necessidade de uma integração mais ampla entre as diversas especialidades e saberes na prática clínica. De fato, Flexner contribuiu para a estruturação e profissionalização da medicina, mas por outro lado seu modelo também sustentou a ideia de que o conhecimento médico deve ter uma posição dominante, isso acaba contribuindo para a marginalização das

contribuições de outras áreas da saúde nos serviços. Sem contar que, a tradição da medicina proporciona ao médico um status social, reforçado pelo fato de que, muitas vezes, o acesso à equipe multiprofissional se dá somente por meio dos encaminhamentos. E essa situação mantém a dependência da consulta psiquiátrica para o desenvolvimento de outras práticas assistenciais, fazendo com que outras demandas do cuidado sejam desconsideradas ou pouco valorizadas no exercício profissional médico. (FLEXNER, 1910).

Portanto, a perspectiva de Flexner (1910) sobre a centralidade do saber médico, talvez explique a ausência da participação médica em nossa pesquisa e os conflitos do processo de trabalho com os farmacêuticos sobre o não preenchimento adequado no sistema de prescrição eletrônica. Ainda nos permite enxergar de forma mais crítica sobre como essa herança histórica e estrutural continua mantendo essa centralidade e impactando negativamente a integração e a colaboração efetiva entre os profissionais nos CAPS.

A perspectiva de Peduzzi (2001) contribui para um entendimento mais profundo sobre a integração das equipes dos CAPS. Conforme as tipologias propostas pela autora, a equipe do CAPS está mais próxima de uma "equipe-agrupamento" do que da "equipe-integração". Essa característica é evidenciada pelas limitações dos projetos comuns, que ocorrem de forma pontual, como em reuniões de equipe e durante o acolhimento. A ausência de uma integração efetiva, especialmente com a equipe médica, observada nos CAPS III de João Pessoa, reforça a fragmentação da equipe, do cuidado e compromete a construção de um projeto terapêutico compartilhado, essencial em uma equipe realmente integrada.

Peduzzi (2001), ainda argumenta que o trabalho multiprofissional deve superar o simples agrupamento de profissionais diversificados em um mesmo serviço, e se configurar em uma modalidade de trabalho pautada numa relação, que seja “recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, por meio da comunicação, da mediação simbólica para a articulação das ações multiprofissionais e da cooperação”. (PEDUZZI, 1998). Nessa perspectiva de equipe multiprofissional com vistas a uma integração plena, o agir comunicativo de Habermas se apresenta como alternativa.

Habermas (1989), propõe que a interação entre os profissionais seja mediada pelo diálogo, pela busca de entendimento mútuo e pela construção conjunta de estratégias de cuidado, ao invés de visar somente a efetividade das estratégias individuais. Quando aplicado ao contexto do CAPS, nota-se que essa abordagem ainda não está consolidada nas práticas cotidianas, evidenciando a necessidade de fortalecer espaços para diálogo, promover maior cooperação entre os membros da equipe e incentivar ações interprofissionais. Dessa forma, é uma proposta que no contexto da saúde, busca garantir que as decisões sejam tomadas de

forma democrática, com base no consenso entre os profissionais, permitindo que haja questionamentos e reflexões mutuamente sobre o trabalho, construindo um projeto comum alinhado às necessidades dos usuários (HABERMAS, 1989 Apud PEDUZZI, 2001).

Diante do exposto, percebe-se que a limitação das equipes multiprofissionais é um desafio persistente no campo da saúde mental e no desenvolvimento dos processos de trabalho ainda são estruturadas práticas que não favorecem essa integração, como foi constatado nos estudos de Filho e Souza (2017) e Almeida e Máximo (2020), com a colaboração dos profissionais são predominantemente em momentos formais e não no dia a dia das práticas de cuidado.

Portanto, sugere-se como estratégias, o fortalecimento de espaços de diálogo, conforme sugere o agir comunicativo de Habermas, haver maiores investimentos em treinamentos interprofissionais como proposto por Reeves et al. (2016) e implementação de políticas inclusivas, que contribuam para a superação de barreiras históricas e estruturais, garantindo que todos os profissionais tenham a oportunidade de contribuir igualmente para o cuidado (Almeida et al. 2010). Também é válido refletir como assegurar que essas estratégias sejam realmente implementadas no dia a dia do CAPS, visto que a resistência cultural e a manutenção das hierarquias profissionais nesses serviços, ainda representam desafios consideráveis para uma efetiva integração das equipes e a transformação das práticas de cuidado.

c) As práticas grupais promovem autonomia inclusive para a vida cotidiana, mas ainda são permeadas por diversos desafios.

Em nossa investigação, os discursos evidenciaram que as práticas em grupos apresentaram potencial para reintegrar os usuários à comunidade, fortalecer redes de apoio e gerar renda, no entanto, revelaram obstáculos significativos para uma efetivação plena da autonomia, sugerindo que ainda há desafios importantes a serem enfrentados. As descobertas estão separadas e discutidas pelos tópicos: *c1) As práticas em grupos são produtoras de autonomia do usuário* *c2) As práticas são produtoras de autonomia para a vida cotidiana dos usuários e familiares;* *c3) Encontram-se desafios para uma autonomia plena nas práticas grupais.*

c1) As práticas em grupos são produtoras de autonomia do usuário

Constatou-se que as práticas em grupos são produtoras de autonomia do usuário, tanto dentro do CAPS quanto nas interações com a comunidade e com o território. Além disso, houve destaque a respeito do envolvimento dos usuários na construção e desenvolvimento dessas atividades, especialmente com sugestões de temas, organização de oficinas e preferências sobre o que desejavam fazer. Nesse sentido, o protagonismo dos usuários nas atividades representou avanços em relação ao modelo manicomial tradicional, no qual as pessoas eram passivas e apenas receptores das decisões dos profissionais.

O protagonismo dos usuários nas atividades em grupo no CAPS constitui um componente central do modelo de cuidado antimanicomial, para promover a autonomia e a emancipação dos usuários. Dessa forma, o cuidado no CAPS deve ter o usuário como agente central de seu próprio processo terapêutico, em diálogo constante com os profissionais e a comunidade (Kammer et al. 2020). Em seu processo de construção, ele deve ser visto como corresponsável pelo tratamento, num movimento de co-construção da capacidade de reflexão e ação autônoma, rompendo com a passividade imposta pelo modelo biomédico tradicional como indicado por Onocko-Campos e Campos, (2007). Portanto, a autonomia deve ser encarada como uma meta transversal em todas as práticas, dentro e fora do CAPS, o que inclui a participação ativa dos usuários na construção de suas trajetórias de vida e na expansão de suas relações sociais (KAMMER et al. 2020).

No entanto, Kammer, Moro e Rocha (2020) ao discutirem as dificuldades cotidianas para efetivar a autonomia dos usuários nos CAPS, observam que, embora as atividades grupais ofereçam oportunidades para o desenvolvimento de autonomia, muitas vezes as decisões finais ainda são tomadas pelos profissionais, gerando o que os autores chamam de "autonomia simbólica". Em nossos achados, percebemos esse cenário ao analisarmos os DSCs mais detalhadamente, com expressões do tipo "às vezes sugerem", "nas atividades toda a decisão deles, eu escuto, né", e "todas as atividades e oficinas é o serviço que já oferta e são promovidas pelos profissionais, mas eles são abertos a escutar os usuários", indicando uma participação limitada nas decisões (conforme os discursos DSC1-GB, DSC1-C, DSC1-JC) .

As expressões demonstram que, embora os usuários tenham espaço para propor atividades e serem ouvidos, a participação deles nas decisões nem sempre ocorre de forma plena. Existe uma abertura para a escuta, mas o processo de decisão final muitas vezes é dado pelos profissionais, o que pode levar a uma participação mais "simbólica" do que efetiva. Essa "passividade", presente em certos momentos, reflete desafios na construção de uma autonomia ideal, que se configure com um processo de maior horizontalidade nas decisões,

onde os usuários não apenas sejam ouvidos, mas se sintam verdadeiramente à vontade para conduzir suas próprias práticas e decisões dentro do CAPS.

Limitações como esta, podem ser explicadas, em parte, pela organização tradicional das atividades, historicamente centrada no controle dos profissionais, que ainda aparece nos discursos como uma força que restringe a autonomia dos usuários. Essa realidade demonstra uma permanência do modelo biomédico, que historicamente coloca o profissional no centro das decisões, restringindo a participação ativa dos usuários. Apesar da Reforma Psiquiátrica propor a superação do modelo biomédico, enfatizando um cuidado comunitário e biopsicossocial, que seja mais horizontal e centrado na autonomia dos usuários, nota-se que muitos dos dispositivos da reforma ainda enfrentam desafios estruturais e culturais, como a manutenção de práticas que remetem a formas de controle institucional dos usuários, mesmo em serviços que deveriam ser antimanicomial (PINHO et al. 2018; VIEIRA et al. 2018)

Ainda com limitações de uma autonomia plena, em nossa investigação e na de Santos (2022), encontram-se exemplos concretos de estratégias de reabilitação social que promovem a autonomia, como atividades de geração de renda e artesanato que ocorrem fora do CAPS e incentivam a interação dos usuários com a comunidade. Como foi constatado em nosso estudo, a participação em atividades de criação de flautas, a organização de oficinas de educação financeira e a elaboração de poemas como exemplos que têm potencial de promover maior independência dos usuários, tanto dentro quanto fora do CAPS. Isso demonstra que, mesmo num espaço onde a autonomia ainda não é totalmente consolidada, há avanços significativos e uma movimentação em direção à construção de práticas que favorecem o empoderamento dos usuários.

c2) As atividades são produtoras de autonomia para a vida cotidiana

Identificamos que as atividades grupais, como oficinas de artesanato e geração de renda, foram ferramentas potentes para a produção de autonomia no cotidiano dos usuários e seus familiares. Kammer et al. (2020) também corroboram com essa descoberta, ao enfatizar que as atividades têm o poder de fortalecer vínculos sociais e gerar oportunidades de inclusão econômica. Observe o DSC do CAPS Gutemberg Botelho, representando a valorização das práticas grupais no CAPS com vistas à promoção da autonomia dos usuários em diversos aspectos da sua vida.

Observou-se no discurso (DSC2-GB) que as oficinas como as de geração de renda, em que são produzidos panos de prato para vendas na ECOSOL, ilustram a possibilidade de

desvincular as atividades do CAPS, ampliando a interação dos usuários com o território e a comunidade, o que contribui diretamente para a independência econômica e social. As oficinas de geração de renda, por exemplo, além de permitir a venda de produtos fora do CAPS, promovem um senso de pertencimento e ressignificação da identidade dos usuários, que passam a se enxergar como "artistas" ou "trabalhadores", rompendo com o estigma do transtorno mental e incentivando a reintegração social. Assim como nosso estudo, Kantorski et al. (2010), também constataram as atividades terapêuticas como instrumentos de socialização, fortalecimento de vínculos e ferramentas potentes nas possibilidades de geração de renda.

O uso do território como espaço de promoção da autonomia para a vida cotidiana também foi destacado em nossas descobertas. Observou-se (no discurso DSC2-JC), que as práticas fora do CAPS, como atividades físicas e oficinas de artesanato, não apenas promovem o senso de pertencimento dos usuários ao território, mas também incentivam a interação com outras pessoas que não fazem parte do CAPS. Essas atividades ampliam redes de relacionamento e incentivam os usuários a explorarem espaços que não estão limitados à instituição, o que é essencial para a construção de uma autonomia que se estende para além dos muros do CAPS. Além do mais, a ocupação do território representa uma estratégia de cuidado, ao integrar os usuários em atividades regulares na comunidade, fortalecendo a relação com o espaço urbano e com outros atores sociais. Assim, são práticas que não apenas reforçam a inclusão social, mas permitem que os usuários desenvolvam habilidades que os tornem menos dependentes do ambiente institucional.

Além da ocupação do território, o papel das famílias foi identificado como um elemento essencial na construção da autonomia dos usuários para a vida cotidiana conforme o discurso (DSC2-C). Observou-se que as oficinas voltadas para os familiares, como as de artesanato e apoio mútuo, fortalecem redes de cuidado e suporte, proporcionando tanto a capacitação para o cuidado cotidiano quanto para criação de espaços de troca entre os familiares. Isso é relevante, dado que muitos familiares chegam aos CAPS sem entender o que é uma crise e acabam adoecendo junto com o usuário. Assim, por meio delas, são adquiridas estratégias para lidar com as crises e os familiares se tornam agentes de cuidado mais preparados e seguros.

Rodrigues e Palma (2015), destacam que o trabalho com a família no contexto da saúde mental é primordial para a reinserção do usuário na sociedade. O envolvimento familiar não apenas oferece um suporte emocional contínuo, mas também fortalece a confiança entre os usuários, familiares e a equipe multiprofissional, possibilitando um cuidado mais integrado

e efetivo. Dessa forma, a construção de vínculos familiares sólidos favorece um ambiente de colaboração entre todos os envolvidos, alinhando-se a um modelo de cuidado que busca novas formas de se fazer saúde (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). Portanto, a participação ativa da família nas práticas em grupo foi identificada como um avanço no processo de trabalho dos CAPS, contribuindo para autonomia e para um cuidado que rompe com lógicas manicomiais.

c3) Encontram-se diferentes desafios para efetivar a autonomia nas atividades desenvolvidas.

Foram evidenciadas limitações para efetivação do protagonismo dos usuários em relação às atividades desenvolvidas nos CAPS. Observou-se no discurso (DSC3-GB), críticas relacionadas à infantilização de algumas oficinas, que, em vez de empoderar os usuários, acabam por subestimar suas capacidades, oferecendo atividades que não contribuem para o desenvolvimento de sua autonomia de maneira significativa. Essa evidência foi semelhante à investigação de Santos, (2022) apontando que, na prática, muitos usuários ainda não conseguem exercer plenamente sua autonomia, seja devido a limitações estruturais do serviço ou à infantilização das oficinas. Essa crítica é interessante para discutirmos a necessidade de atividades que respeitem a maturidade dos usuários, sem reproduzir práticas manicomiais.

Foram encontradas dificuldades na desvinculação do CAPS, que parece contradizer a própria função de reintegração social proposta pelo serviço. Foi evidenciado que muitos usuários acabam ficando restritos ao ambiente institucional, apesar dos esforços no incentivo à experimentação da vida fora da instituição (DSC 3-JC). A dependência do CAPS, embora compreensível em função das dificuldades enfrentadas pelos usuários, pode sugerir que a proposta de autonomia não está sendo plenamente alcançada. É destacado a apreensão com a recaída dos usuários e a dificuldade em buscar uma vida ativa fora do serviço, sinalizando que, mesmo com as atividades no território, a autonomia não se traduz em uma prática cotidiana de reintegração social (DSC 3-JC). Dessa forma, é importante refletir sobre essa relação entre a promoção da autonomia dos usuários e o risco de criar uma dependência do CAPS. Como é possível equilibrar o espaço acolhedor e seguro do CAPS, sem criar uma dependência que impeça os usuários de se aproximarem da comunidade e da vida lá fora do serviço?.

Outro desafio em relação a produção de autonomia é ainda mais evidenciado no discurso do CAPS Jovem Cidadão (DSC4-JC), onde observou-se um dilema entre dar autonomia e, ao mesmo tempo, impor a participação em atividades que nem sempre são do interesse dos usuários. Essa contradição reflete um dos principais entraves à construção de

uma autonomia efetiva que é o equilíbrio entre estimular a participação e respeitar a vontade e os limites dos usuários. Como estratégia, foi utilizado o grupo GAM (Gestão Autônoma da Medicação), para dar aos usuários controle sobre suas próprias decisões, no entanto, houve resistência de alguns profissionais em adotar essa postura mais independente, principalmente os que vivenciaram gestões anteriores que não fomentam a autonomia. Portanto, a resistência dos profissionais e as tensões de disputas ideológicas se apresenta como um desafio histórico e cultural que ainda precisa ser superado, especialmente em serviços que lidam com usuários recorrentes dos CAPS. Dessa forma, Kammer et al. (2020) sugere que a superação dessas barreiras exige uma transformação cultural e estrutural nos serviços de saúde mental para que a autonomia seja de fato efetiva.

Mais um desafio encontrado, esteve relacionado à eventualidade das atividades fora do CAPS. Observou-se que uma das dificuldades dos usuários era de se desvincularem emocionalmente do CAPS, o que reflete a necessidade de fortalecer práticas que incentivem a vida fora da instituição. Portanto, eventos pontuais fora do CAPS, como o bloco carnavalesco do CAPS, atividades da Luta Antimanicomial, são iniciativas válidas, mas que por ocorrerem de forma esporádica, acaba limitando seu impacto na rotina dos usuários (conforme relatado no DSC3-C). São atividades que, embora promovam a interação dos usuários com a sociedade em momentos específicos, não parecem se configurar como práticas permanentes e sustentáveis de reintegração social. Visto isso, o cuidado em saúde mental deve ser contínuo, e essas eventualidades de atividades e a dependência de datas comemorativas ou eventos especiais sugerem que ainda há um longo caminho a percorrer para que os usuários se sintam plenamente integrados e autônomos fora da instituição.

Em última análise, nossas evidências em relação às práticas em grupo como produtoras de autonomia, indicam a necessidade de atividades que promovam maior horizontalidade nas decisões entre profissionais e usuários e a superação de práticas que infantilizam os usuários (KAMMER et al. (2020). A integração da equipe multidisciplinar às oficinas, tendo em vista que o olhar de diferentes áreas do saber permite que uma melhor solução seja encontrada (CALDAS, 2019). Repensar o papel das práticas grupais, como aspecto central para um cuidado antimanicomial, em que as atividades devam ser pensadas não apenas como espaços de ocupação de tempo dos usuários, mas como meios efetivos de emancipação e autonomia. E por fim,

“É importante sensibilizar a equipe para que essas oficinas sejam potentes e, principalmente, não se configurem como uma escola, em que as pessoas sejam obrigadas a participar. Isso seria, por exemplo, fazer do CAPS uma escolinha, infantilizar o usuário,

trazer atividades que não fazem sentido. Porque senão isso aqui vai se tornar uma instituição fechada, vai se tornar um hospital psiquiátrico, e não é isso, não é sobre trancafiar ninguém. Um CAPS muito massa é quando você vê que as pessoas estão vivendo” (Sujeito Coletivo do Jovem Cidadão).

d) Encontram-se dificuldades da Intersetorialidade no Manejo à Crise dos Usuários, entre CAPS, SAMU e PASM, agravado pela sobrecarga, precariedade às respostas às situações de crise e persistência de práticas que remetem à lógica manicomial.

Nossas descobertas identificaram que a sobrecarga dos serviços de saúde mental e a dependência do SAMU para atendimento de crises foi um dos entraves para manejo à crise dos usuários, que resultou em uma resposta desarticulada e muitas vezes inadequada às necessidades dos usuários. Essa sobrecarga do serviço do PASM e a consequente dificuldade em oferecer respostas rápidas às situações de crise, expõe a fragmentação que existe na RAPS de João Pessoa. Foi visto nos discursos, que o fluxo desarticulado e a falta de médicos nos CAPS, frequentemente têm forçado os trabalhadores a acionar o SAMU, que nem sempre é capaz de responder de forma ágil devido à variabilidade nas demandas diárias (DSC4-C). Essa realidade, evidenciam as limitações estruturais da RAPS e a dificuldade em oferecer um cuidado humanizado, especialmente com a falta de médicos nos CAPS, o que compromete a construção de um projeto terapêutico comum, contribuindo para uma assistência fragmentada e pouco eficiente.

Tais descobertas vão ao encontro da investigação de Pereira e Guimarães (2019), que ao discutirem sobre a intersetorialidade na política de saúde mental, observaram que a intersetorialidade enfrenta frequentemente barreiras institucionais, como: interesses divergentes entre setores, burocratização e falta de recursos, limitando a implementação prática desse princípio. Essas limitações também são percebidas nos CAPS de nosso estudo, onde a ausência de uma rede fluida e colaborativa entre CAPS, SAMU, e outros serviços de saúde e assistência realizada em um fluxo desarticulado, comprometendo a continuidade do cuidado.

Autores como Nascimento e Galvanese (2009) reforçam que dificuldades estruturais e a falta de integração entre os serviços de saúde mental comprometem a efetividade do cuidado. Destacam que muitos CAPS operam em ambientes inadequados e contam com equipes insuficientemente preparadas para atender às necessidades complexas dos usuários. Essa situação se assemelha aos desafios observados em João Pessoa, onde a articulação entre os CAPS e o SAMU se revela insuficiente para garantir uma resposta integrada às situações de crise. Severo et al. (2017) ao abordarem a intersetorialidade como uma rede “rizomática”, em

que a colaboração entre setores deva ultrapassar as estruturas rígidas e promover conexões fluidas, identificam que a realidade dos serviços psicossociais do sudeste e nordeste evidenciam fragmentação e falta de comunicação entre equipes, o gera sobrecarga, desgaste nas respostas às demandas em saúde mental e reforça a necessidade de maior articulação e cooperação entre CAPS, SAMU e outros serviços da rede.

Nesse contexto, Pereira e Guimarães destacam a importância de políticas públicas que promovam estratégias horizontais e articulações mais amplas entre os serviços, para que cada setor envolvido compreenda o papel dos demais. Que também se alinha às redes “rizomáticas” de Severo et al. (2017), indicando que a intersetorialidade deva funcionar como uma trama em que todos os pontos (serviços) estão interconectados, evitando abordagens fragmentadas.

A presença de práticas coercitivas e o uso de força policial no manejo às crises dos usuários dos CAPS III de João Pessoa também foram problemáticas, que evidenciaram práticas manicomiais, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica. Os riscos de abordagens coercitivas e a utilização de força policial no manejo de crises, principalmente durante o plantão noturno, foram aspectos preocupantes que remeteram a práticas manicomiais. Além de que, a tensão entre protocolos de segurança e a busca por um manejo humanizado tornou-se evidente, especialmente quando o uso de algemas foi questionado pelo sujeito coletivo (DSC4-GB). Esse cenário vai ao encontro de uma crítica abordada por Severo et al. (2017), a respeito da “psicologização” dos casos, onde questões complexas são frequentemente tratadas de forma disciplinadora e controladora, em vez de serem abordadas de maneira integrada e com empatia.

O despreparo dos serviços de urgência para lidar com crises intensas também foi ressaltado pelo sujeito coletivo, com relatos de violência e contenções inadequadas. Há uma denúncia a respeito da ausência de uma formação continuada para as equipes de urgência e a falta de articulação com os CAPS, o que contribui para a reprodução de práticas que deveriam ser superadas no contexto de um cuidado biopsicossocial (DSC6-C). Com isto, percebe-se que a falta de preparo das equipes para lidar com crises intensas em João Pessoa reforça a importância de capacitações continuadas, algo que Nascimento e Galvanese, (2009) identificaram como essencial para a melhoria da qualidade do cuidado nos CAPS. Esses autores apontam a carência de formação adequada e o impacto da alta rotatividade dos profissionais como fatores que dificultam a consistência no atendimento e a criação de um ambiente de trabalho colaborativo.

Contudo, a falta de articulação entre os serviços de saúde mental e a assistência social limita a resposta às demandas complexas dos usuários, uma questão amplamente discutida no artigo de Severo et al. (2017). Para estes autores, a superação da fragmentação exige práticas intersetoriais, que promovam uma comunicação horizontal, garantindo que os serviços envolvidos compartilhem responsabilidades e articulem recursos de forma integrada. Assim, seria esta uma abordagem interessante para fortalecer a rede de atenção em João Pessoa, assegurando um cuidado mais humanizado e eficaz.

Em última análise, os desafios intersetoriais encontrados no manejo de crises nos CAPS de João Pessoa, reforçam a necessidade de capacitação de profissionais, juntamente com uma articulação de políticas que sustentam a intersectorialidade na saúde mental (PEREIRA e GUIMARÃES, 2019). Como apontamentos futuros para os CAPS, sugere-se investir em capacitação contínua para equipes, implementar estratégias de articulação entre CAPS, SAMU e PASM e fomentar um diálogo intersetorial que aborde as necessidades dos usuários de forma democrática e integrada. São iniciativas que podem contribuir não só para um efetivo manejo de crise, mas para superação de práticas manicomiais e consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, proporcionando um cuidado mais digno e centrado nas necessidades dos usuários.

e) Há diferentes concepções de Projeto Terapêutico Singular na perspectiva do Profissional do CAPS, frequentemente limitado à inclusão dos usuários nas oficinas terapêuticas, o que impacta a integralidade do cuidado em saúde mental.

Os discursos evidenciaram três concepções de projeto terapêutico singular, tais como: a *concepção ideal do PTS*, a versão idealizada pelos profissionais e caracterizada por um PTS ampliado e detalhado, com diferentes metas considerando os objetivos do usuário e bem articulado entre o CAPS, família e comunidade; a *concepção real do PTS*, a possível de ser executada no serviço, caracterizada por um PTS incompleto e insuficiente, mas que ainda contempla aspectos singulares do cuidado de cada usuário; e a *concepção limitada do PTS*, uma noção simplista, caracterizada por um PTS restrito a participação dos usuários exclusivamente em atividades e oficinas terapêuticas do CAPS, ou muitas vezes confundido com a frequência de participação dos usuários nas atividades propostas pelo serviço.

Nossos achados contrastam com os de Kantorski et al. (2010), que, ao investigarem a percepção dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial na Região Sul do Brasil sobre o projeto terapêutico, constataram que a maioria dos trabalhadores compreendia os objetivos, a relevância e o significado do projeto terapêutico singular no contexto da Reforma

Psiquiátrica. Em nosso estudo, no entanto, encontrou-se que parte dos profissionais apresentou concepções limitadas e insuficientes sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS), evidenciando uma compreensão restrita de sua importância e implicações para o cuidado em saúde mental. Contudo, a concepção limitada que reduz o PTS em “quais atividades o usuário está inserido” ou mesmo a “quais dias ele vem ao CAPS”, foi semelhante à concepção dos CAPS de São Paulo investigado por Jafelice e Marcolan (2018).

Concepção ideal de PTS

Nesta concepção, o PTS é descrito pelo sujeito coletivo como uma construção colaborativa e contínua, envolvendo profissionais, usuários, familiares e a comunidade. Representando uma noção que busca valorizar a singularidade de cada usuário, adaptando as estratégias de cuidado às suas necessidades e promovendo um vínculo entre profissionais e usuários. No entanto, os discursos indicam que, na prática, poucos CAPS conseguem implementá-lo efetivamente e essa idealização requer dos CAPS espaços de escuta ativa e autonomia para os usuários, onde a equipe multiprofissional se organize para alinhar suas ações em torno de objetivos compartilhados.

De Melo Zubiaurre et al. (2023), aprofunda a compreensão dessa concepção ideal ao destacar a importância da construção de um PTS adaptável, que deve modificar-se com a evolução das condições de saúde e de vida dos usuários. Reforçam que o PTS deve ser uma prática em constante atualização, construída com base na participação ativa do usuário, o que contribui para um cuidado verdadeiramente humanizado e integral. Ainda, ressaltam que a colaboração entre os diversos profissionais garante que esse plano de cuidado se mantenha alinhado com as necessidades específicas de cada indivíduo.

No entanto, conforme observaram Jafelice e Marcolan (2018), existe uma dificuldade em tornar o PTS uma prática estruturada e efetiva, devido à sobrecarga dos profissionais e à falta de recursos, que muitas vezes limitam o PTS a um conjunto de intervenções fragmentadas e registradas de forma eventuais. Assim como a interdisciplinaridade embora seja necessária para o cuidado integral, muitas vezes é apenas auxiliar, com trocas e interações limitadas entre as disciplinas, sem atingir uma transdisciplinaridade plena e efetiva que realmente potencialize o cuidado biopsicossocial.

Concepção real de PTS

As explicações apresentadas por Jafelice e Marcolan (2018) sobre as dificuldades na estruturação prática efetiva de um PTS, convergem exatamente com as dificuldades encontradas na concepção real de PTS do nosso estudo. Nessa concepção real, o PTS é visto como uma ferramenta de cuidado essencial, porém, sua aplicação no cotidiano é frequentemente incompleta e insuficiente, principalmente pela sobrecarga de trabalho e pela falta de suporte estrutural, o que acabam limitando o PTS a simples intervenções pontuais e superficiais. Assim, o PTS tem perdido parte de sua função terapêutica, sendo reduzido, na prática, a simples registros administrativos nos prontuários dos usuários, comprometendo seu potencial de cuidado integral.

Conforme Silva et al. (2013), o PTS enfrenta como limitações para sua prática, as dificuldades do trabalho em equipe, centrado no modelo biomédico e com reduzido compartilhamento de saberes; o afastamento das bases teóricas no cotidiano; a sobrecarga devido à elevada demanda dos serviços; a falta de discussão do PTS com o usuário e a família; a fragmentação da execução do PTS nos diferentes níveis de atenção e a compreensão restrita do PTS apenas como ferramenta administrativa. Baptista et al. 2020, acrescenta que a própria presença do paradigma biomédico, que ainda valoriza a hierarquia e a centralização do médico como figura de referência, limita a efetivação de um trabalho inter e transdisciplinar, que deveria envolver ativamente todas as disciplinas na construção do PTS. Isso repercute na ideia de um PTS colaborativo e centrado no usuário que não se realiza plenamente, restringindo o potencial de cuidado dos CAPS.

De Melo Zubiaurre et al. (2023), ainda complementa essa análise ao evidenciar que o desenvolvimento do PTS enfrenta dificuldades para alinhar-se com a realidade dos serviços de saúde mental, onde o cuidado acaba fragmentado por limitações institucionais. Sugerem que o PTS frequentemente falha em adaptar-se às necessidades individuais dos usuários devido a práticas burocráticas e à falta de um trabalho coletivo efetivo, que reduz a possibilidade de um acompanhamento integrado e articulado. Como também apontam que o PTS é, muitas vezes, reduzido a uma ferramenta administrativa, limitando-se a registros de frequência em atividades ou consultas, o que impede o desenvolvimento de uma abordagem realmente singular e personalizada para os usuários.

Concepção limitada de PTS

A concepção limitada do PTS, caracterizou-se por uma visão reduzida e distorcida, onde o PTS é confundido com a frequência de participação dos usuários em oficinas e

atividades, evidenciando o quanto o PTS é percebido como uma ferramenta administrativa de controle de presença, e não como um instrumento de cuidado integral. Esse entendimento distorcido limita o PTS a uma lista de atividades semanais, deixando de lado a elaboração de metas e estratégias terapêuticas individualizadas.

A revisão de Melo Zubiaurre et al. (2023) aponta que essa concepção limitada é um reflexo de fragilidades no desenvolvimento e na organização do trabalho multiprofissional nos CAPS. Dessa forma, o modelo de “oficina recreativa” muitas vezes substitui as ações terapêuticas estruturadas, transformando o CAPS em um espaço de socialização sem o foco no cuidado integral e na reabilitação psicossocial do usuário. Portanto, essa prática contradiz a própria essência do PTS, que deveria contemplar o contexto social, as relações familiares e as necessidades individuais do usuário para promover autonomia e reintegração à comunidade.

Para superar tal limitação, Melo Zubiaurre et al. (2023) acrescenta que a equipe multiprofissional deva considerar as experiências de vida, a rede de apoio e os interesses pessoais dos usuários, reforçando que o PTS é mais que uma série de atividades: é um projeto de vida e de saúde individualizado e personalizado do usuário. No entanto, observa-se que na realidade atual dos CAPS, as restrições institucionais frequentemente levam à simplificação do PTS, tornando um “cardápio” de atividades em vez de uma estratégia de reabilitação social e integral.

Ainda sobre esta concepção, os sujeitos coletivos dos CAPS de João Pessoa, revelaram que a estrutura dos desses serviços substitutivos, associada à alta demanda e à falta de políticas de formação e supervisão continuada, impossibilita a aplicação efetiva do PTS. A falta de supervisão clínico-institucional, apontada como uma necessidade pela equipe de profissionais, reforça o caráter fragmentado das intervenções e dificulta o compartilhamento de saberes entre as diferentes áreas. Sem essa supervisão, os CAPS ficam mais vulneráveis ao retorno de práticas manicomiais, que tratam o usuário como paciente passivo em vez de agente ativo do seu próprio tratamento (SEVERO e L'ABBATE, 2019).

Além disso, Giacomini e Rizzoto (2022) destaca a importância da interdisciplinaridade no CAPS como estratégia para superar a fragmentação do trabalho e promover um cuidado integral. No entanto, os desafios de integração são acentuados pela ausência de um treinamento específico para as equipes sobre o conceito de transdisciplinaridade, que busca uma interação mais profunda e sem fronteiras entre os saberes. Essa carência compromete a capacidade de os profissionais atuarem de forma colaborativa e criativa no desenvolvimento do PTS.

Frente ao exposto, apesar de em sua essência, o PTS possibilitar o cuidado integral nos CAPS, sua implementação enfrenta desafios. A coexistência dos paradigmas biomédico e psicossocial cria uma tensão estrutural que impede que os CAPS funcionem plenamente como promotores da reabilitação psicossocial. Nesse cenário, não basta o compromisso das equipes com uma prática interdisciplinar para efetivar o PTS; é necessário também um apoio institucional e político que sustente mudanças estruturais e culturais nos CAPS. Esse suporte vai desde a oferta de supervisão e formação contínua, até políticas que incentivem o trabalho interdisciplinar e reduzam a centralidade do modelo biomédico. Portanto, a implantação efetiva do PTS depende tanto de uma transformação na mentalidade e nas práticas dos profissionais quanto de políticas públicas que direcionam o serviço biopsicossocial no Brasil.

Conclusões e Apontamentos Finais

7 CONCLUSÕES E APONTAMENTOS FINAIS

Neste estudo foram encontrados avanços significativos nos processos de trabalho CAPS III de João Pessoa, em relação ao modelo tradicional manicomial e a persistência de desafios subjetivos e estruturais, os quais comprometem a integração da equipe, a plena autonomia do usuário, a articulação intersetorial no manejo as crises e uma construção efetiva do projeto terapêutico singular para promoção da integralidade do cuidado em saúde mental.

Os trabalhadores foram, em sua maioria, mulheres cisgênero, brancas, com idades entre 30 e 39 anos, que se autoidentificam de religião cristã e a equipe é composta com predomínio de profissionais das ciências sociais, incluindo psicólogas e assistentes sociais, com vínculos empregatícios formalizados por contrato e uma experiência de trabalho em CAPS variando de 2 a 7 anos.

A dinâmica do processo de trabalho nesses CAPS, é desenvolvida por uma equipe multiprofissional e com integração limitada, dificultada pela falta de coesão com a categoria médica, disputas ideológicas e fragilidades na comunicação entre equipes noturnas e diurnas.

O aspecto da autonomia foi estimulado principalmente por meio de práticas grupais de música, arte e geração de renda, exercícios físicos no território e psicoeducação para usuários e suas famílias, no entanto, é frequentemente produzida uma autonomia ainda simbólica.

A intersetorialidade tem sido comprometida especialmente nas situações de manejo à crises intensas, com dificuldades de pactuação entre os serviços do CAPS, SAMU e Pronto

Atendimento à Saúde Mental. agravado pela sobrecarga, precariedade às respostas às situações de crise e persistência de práticas que remetem à lógica manicomial.

A integralidade foi frequentemente constatada no acolhimento inicial do usuário, na viabilização de seus direitos e no acompanhamento contínuo pelo seu técnico de referência; porém as diferentes concepções de projeto terapêutico singular na perspectiva do profissional do CAPS, por vezes, caracterizado por um PTS insuficiente e limitado à inclusão dos usuários nas oficinas terapêuticas, a integralidade se apresentou limitada.

Apesar das contribuições, este estudo não se eximiu de limitações, que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O entrevistador, na condição de pesquisador, adota a perspectiva antimanicomial, o que pode ter influenciado a conversação com os profissionais durante as entrevistas, gerando viés nas informações obtidas. No entanto, as entrevistas foram conduzidas por três pesquisadores diferentes e no desenvolvimento da pesquisa esteve presente a participação de pessoas com diferentes formações e perspectivas sobre o cuidado em saúde mental.

Como estudos futuros, sugere-se a realização de rodas de conversas com os profissionais dos CAPS, partindo dos desafios observados aqui neste estudo, que têm impedido a efetividade dos processos de trabalho em saúde mental em conformidade com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica. Essa iniciativa permitiria encontrar coletivamente estratégias coerentes com a realidade de cada serviço, impactando a integração da equipe e consequentemente a qualidade do cuidado à saúde mental dos CAPS III; subsidiando também a formulação de estratégias organizacionais aplicáveis a outros contextos de serviços na Rede Psicossocial.

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00129519, 2019.

AMARAL, Fátima Rafaella Silva et al. Saúde mental e o desafio da intersetorialidade: Análise das práticas profissionais nos CAPS. In: **Desigualdades sociais e os desafios das Políticas Públicas**. Uniedusul Editora, 2020. p. 154-164.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BAPTISTA, Juliana Ávila et al. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180508, 2020.

BRASIL. Lei nº 3.657, de 4 de setembro de 1989. Dispõe sobre a estrutura da carreira de pessoal técnico-administrativo das Instituições Federais de Ensino Superior. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 set. 1989.

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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território nacional. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de setembro de 2016. Institui o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 52 p. : il.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 2, p. 195-208, 2011.

BOGO, Mariane Santos Janczeski; CHAPADEIRO, Cibele Alves. Perfil e formação do profissional do CAPS e sua compreensão do transtorno mental. **Aletheia**, v. 52, n. 2, 2019.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 16-22, 2009.

CAMPOS, Rosana Onocko; BACCARI, Ivana Preto. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2051-2058, 2011.

CARVALHO, Mônica Gurjão; DO NASCIMENTO, Clauber Silva; PIRES, Thamires. A percepção de trabalhadoras sobre as políticas de gestão de diversidade organizacional: representatividade e pertencimento. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 27, p. e195950-e195950, 2024.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. 2017; 22 dez .

COSTA, Karole Brito Alves. Atenção à saúde mental em tempos de pandemia: Desafios e estratégias. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 24, 2020.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, p. e00285117, 2020.

DA SILVA, Elisa Alves; DA COSTA, Ileno Izídio. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 83-106, 2008.

DA SILVA ARANTES, Israel; DE SOUSA, Ivone Félix; DE ALMEIDA, Rogério José. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em saúde mental. **Espaço para a Saúde**, v. 17, n. 1, p. 93-101, 2016.

DE ALMEIDA, JÉSSICA Oliveira; MÁXIMO, Carlos Eduardo. O processo de trabalho no município de Santa Catarina: tecendo o olhar para desinstitucionalização?. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 1, p. 91-110, 2020.

DE MELO ZUBIAURRE, Priscila et al. O desenvolvimento do projeto terapêutico singular na saúde mental: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 6, p. 2788-2804, 2023.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; NORO, Luiz Roberto Augusto. Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. Suppl 2, p. e230303pt, 2023.

FIDELIS, Fabiana Aparecida Monção et al. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200309, 2021.

FILHO, N. C. A., & Souza, A. M. P. A. Percepções dos trabalhadores sobre o trabalho multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.21, n.60, p.63-76. 2017.

FONTANELLA BJB, RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n.1. p.17-27. 2008.

FURTADO, Roberto Pereira et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 183-195, 2017.

GIACOMINI, Eduardo; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe 6. 261-280, 2022.

JAFELICE, Giovana Telles; MARCOLAN, João Fernando. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2131-2138, 2018.

KAMMER, K. P.; MORO, L. M.; ROCHA, K. B. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. **Rev Psicol Polít [Internet]**. v.20, n.47, p. 36-50, 2020.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. **Cogitare enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 659-666, 2010.

KODA MY. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: Amarante P, organizador. **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU editora; 2003. p. 89-120.

LEFÈVRE, A. M. A. **A construção do Discurso do Sujeito Coletivo: uma metodologia para a pesquisa em saúde**. São Paulo: Educ, 2005. p.25

LEFÈVRE, A. M. A. **Discurso do sujeito coletivo: um método para a pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Liber Livro, 2010. p.16- 27

LEFÈVRE, A. M. A. **Análise do discurso e pesquisa social: a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo**. São Paulo: Editora São Paulo, 2017.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de et al. Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e 33078, 2023.

MACHADO, Cristiani Vieira. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 5-8, 2021.

MARAZINA, Isabel. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. **SaúdeLoucura**, v. 1, n. 1, p. 69-74, 1991.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDES, Ana Magnólia. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In: MENDES, Ana Magnólia (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 2. p. 49-61.

MERÇOM, Luciana Nascimento; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 2, p. 666-695, 2020.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 265-287, 2007.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 8-15, 2009.

NUNES, M. O., & Onocko-Campos, R. Prevenção, atenção e controle em saúde mental. In J. Paim & N. Almeida-Filho (Orgs.), **Saúde coletiva: teoria e prática**. 2ª ed., pp. 528-540. 2023.

OLIVEIRA, Marinês Santos de. Atenção à crise em saúde mental: reforma psiquiátrica e itinerários de cuidados. 2022.

PAIM, JS. **O que é o SUS**. 2011. Disponível em: < <https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/4120-jairnilson-paim-1> > artigo > 4120-jairnilson-paim-1 >. Acesso em 28. mar. 2024.

PAIM JS. **Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

PASSARINHO, J. G. N. Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. [S. l.], v. 20, n. 49, 2022.

PEDUZZI, Marina et al. Processo de trabalho em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 320-328, 2009.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; SJ, Guimarães. Rede, instituições e articulação: contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersetorialidade na saúde mental. **Barbarói**, v. 53, n. 1, p. 185-207, 2019.

PINHO, Eurides Santos; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 141-152, 2018.

PELISOLI, Cátula; MOREIRA, Ângela Kunzler; KRISTENSEN, Christian Haag. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Mental (Barbacena)**, 2007.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação?. **J. bras. psiquiatr**, p. 647-654, 1994.

ROCHA, Kátia Bones; ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho. Validação de um instrumento para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), versão para profissionais: Avalia-CAPS-P. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e 00144121, 2022.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4685-4694, 2011.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa et al. Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. 2017.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1685-1698, 2010.

SILVA, Esther Pereira et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SILVA, Nathália dos Santos et al. Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, v. 25, p. e 49996, 2020.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 13, p. 543-548, 2004.

VASCONCELLOS VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Revista eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas** 2010;

VIANNA, A. Governo Lula quer retomar reforma psiquiátrica e fechar os últimos hospícios. *Jornal de Brasília, Brasília*, 13 set. 2023. Disponível em: <<https://jornaldebrasil.com.br/noticias/politica-e-poder/governo-lula-quer-retomar-reforma-psiquiatrica-e-fechar-ultimos-hospicios/>>. Acesso em: 28 out. 2024.

Apêndices e Anexos

APÊNDICE A- QUADRO DOS DISCURSOS SÍNTESE DO SUJEITO COLETIVO

Práticas em grupo como Produtora de Autonomia	
Fragmentos de Texto	Discursos-Sínteses
<p>1.As atividades são organizadas conforme o profissional quer trabalhar com determinada coisa, e os usuários às vezes sugerem certos temas;</p> <p>2.Eles ficam à vontade para dizer o que é que eles querem, o que querem mudar.</p> <p>3.Teve um usuário que não falava nem o nome, hoje ele já interage e tem autonomia.</p> <p>4.Uma usuária disse para médica, que havia sido chamada para trabalhar novamente e falou que o que mais tinha a ajudado foi a oficina de poemas.</p> <p>5.Um usuário fabrica as flautas dele, tem uma que faz música, outro compõe letra e melodia, eu acho que isso fala muito sobre o protagonismo deles.</p>	<p>As atividades são organizadas conforme o profissional quer trabalhar com determinada coisa e os usuários às vezes sugerem certos temas e ficam a vontade para dizer o que é que querem. Aqui por exemplo, já teve usuário que não falava nem o nome, hoje ele já interage e tem mais autonomia, uma outra usuária disse para médica, que havia sido chamada para trabalhar novamente e falou que o que mais tinha ajudado foi a oficina de poemas, um outro fabrica as flautas dele, compõe letra e melodia, eu acho que isso fala muito do protagonismo deles. (DSC1-GB)</p>

<p>1.Toda a decisão deles a gente escuta, né, o que eles tem pretensão de fazer, sempre é decidido com ele.</p> <p>2.A partir disso a gente procura ver quais são os recursos que a gente tem e se é possível.</p> <p>3.Teve uma atividade dessa de educação financeira que um frequentador deu aula.</p> <p>4.Na última assembleia,por exemplo, os usuários trouxeram como pauta as oficinas, falaram até que se sentiam muito infantilizados com algumas oficinas.</p> <p>5.Então com certeza, sem dúvida essas atividades constroem a autonomia deles.</p>	<p>Nas atividades toda a decisão deles <i>eu escuto, né</i>, o que eles tem pretensão de fazer, sempre é decidido com eles e a partir disso eu procuro ver quais são os recursos que tem e se é possível. Inclusive, já teve uma atividade de educação financeira que um frequentador deu aula e na última assembleia, por exemplo, os usuários trouxeram como pauta as oficinas, falaram que se sentiam muito infantilizados em algumas delas. Então com certeza, sem dúvida essas atividades constroem a autonomia deles. (DSC1-JC)</p>
<p>1.Todas essas atividades e oficinas é o serviço que já oferta.</p> <p>2.São os profissionais que ofertam, mas eles são abertos a escutar os usuários.</p> <p>3.As oficinas em si são promovidas por profissionais e aí os usuários têm autonomia de participar, né?</p> <p>4.No decorrer dos tempos os usuários vão dizendo o que gostam de fazer e a gente vai procurando encaixar algumas coisas que eles gostem e que chamem a atenção deles.</p> <p>5.Eu acredito que eles também vão dando uma opinião das atividades que gostam.</p> <p>6.Cada atividade vai de acordo com o que eles vão sugerindo</p> <p>7.Quando eles não gostam, eles dão opinião, eles dizem, não, não quer mais, esse negócio não, não. É muito chato. Aí a gente procura mudar, modificar, pra ver até o bem-estar deles mesmo, né?</p> <p>8.Aqui se respeita e não obriga a nada. Eles têm o direito deles respeitados. Se ele está dizendo, não quero ir para a oficina de tal não”. “Se o usuário não quiser fazer uma atividade, aí também ele poderia recusar e não passa por nada.</p>	<p>Todas as atividades e oficinas é o serviço que já oferta e são promovidas pelos profissionais, mas eles são abertos a escutar os usuários, e aí os usuários têm a autonomia para participar. No decorrer dos tempos os usuários vão dizendo o que gostam de fazer, vão dando uma opinião das atividades que gostam. Então, cada atividade vai de acordo com o que eles vão sugerindo, se eles sugerirem alguma oficina os profissionais organizam, eles são escutados. Quando eles não gostam, eles dão opinião, eles dizem, não, não quero mais, esse negócio não, não que é muito chato, aí procura mudar, modificar, pra ver até o bem-estar deles mesmo, né? Porque aqui se respeita e não obriga a nada. Eles têm o direito deles respeitados. Se não quiser fazer uma atividade, aí também ele pode recusar e não passa por nada. (DSC1-C)</p>
<p>1. Tem eventos pontuais como os eventos da Luta AntiManicomial, o Dia Mundial de Saúde Mental, que normalmente são fora do CAPS, São João, Carnaval.</p> <p>2.A gente sempre tenta levar eles pra fora, Carnaval existe o bloco dos CAPS, ele sempre acontece fora do serviço.</p> <p>3.Ele acontece no local onde todas as pessoas que quiserem participar podem participar.</p> <p>4.Ele foi criado por profissionais e por usuários do Caps. Mas é um bloco aberto no meio da sociedade e funciona.</p>	<p>Aqui tem eventos pontuais como os eventos da Luta AntiManicomial, o Dia Mundial de Saúde Mental, que normalmente são fora do CAPS, São João, Carnaval, eu sempre tento levar eles pra fora. No carnaval existe o bloco do CAPS, ele sempre acontece fora do CAPS, no local onde todas as pessoas que quiserem participar podem participar. Ele foi criado por profissionais e por usuários do CAPS, é um bloco aberto no meio da sociedade e funciona. (DSC3-C)</p>
<p>1.Tem oficinas mais voltadas para construção da autonomia do usuário relacionados as cuidados higiênicos, da saúde corporal.</p> <p>2.Os usuários meio que levam essa oficina, é bacana porque eles protagonizam essa oficina.</p> <p>3.Tem também oficinas de geração de renda e organização financeira onde são produzidos os panos de pratos lindos que são vendidos.</p> <p>4.Ela conseguiu inclusive desvincular do CAPS, e que agora acontece na ECOSOL, com vendas das mercadorias.</p> <p>5.Uma parte do dinheiro fica para o usuário, a outra parte para comprar o material e para fazer novas bolsas.</p> <p>6.Esse dinheiro é justamente para a geração de renda, de autonomia, daqueles que fazem os panos de prato ganhar o seu dinheiro.</p> <p>7.É muito importante para que eles se sintam dentro desse</p>	<p>Tem oficinas mais voltadas para a construção da autonomia do usuário relacionados aos cuidados higiênicos e a saúde corporal, tem outra que os usuários meio que levam essa oficina, é bacana porque eles protagonizam, tem também oficinas de geração de renda e organização financeira onde são produzidos os panos de pratos lindos que são vendidos. Essa oficina conseguiu inclusive desvincular do CAPS, e agora acontece na ECOSOL, com vendas das mercadorias. Esse dinheiro é justamente para a geração de renda e autonomia, uma parte do dinheiro fica para o usuário, a outra parte para comprar o material. Essas atividades além de gerar renda, é muito importante para que eles se sintam dentro desse contexto da arte, de tipo dizer, eu sou artista que pinta quadros, ou é artista plástico e tal. (DSC2-GB)</p>

<p>contexto da arte, de tipo dizer, eu sou artista que pinta quadros, ou é artista plástico e tal</p>	
<p>1.Tem muitas atividades que acontecem no território. 2.Eu tô conseguindo fazer essas atividades no território semanalmente e as mais elaboradas é uma vez ao mês, porque às vezes tem custo e é por eles. 3.As atividades de artesanato tá sempre inserindo ele em outros espaços, ensinando coisas que com aquilo ali que eles aprenderam. 4.Eles vão participar das feiras e tudo, para eles conseguirem vender eles próprios. E também a forma deles aprenderem a fazer algo novo pra poder vender e conseguir seu dinheiro. 5.Usar da atividade física no território como um aliado pra trazer essa sensação de pertencimento e a autonomia. 6.Antes da prática é feito uma conversa inicial, pra eles entenderem o porquê está ali no território, né. 7.Eu uso aquele espaço, primeiro, pra ter uma prática fora do espaço físico do CAPS; segundo, para trazer essa possibilidade de você utilizar aquele espaço independente do CAPS; e o terceiro viés é essa situação de ter relações com outras pessoas que não sejam usuários do CAPS. 8.Tenta inserir esses usuários no maior número de, assim, de atividades possíveis e outros espaços que eles possam estar interagindo com outras pessoas, tendo em contato com outras, acho que formas até de tratamento.</p>	<p>Muitas atividades acontecem no território, eu tô conseguindo fazer essas atividades no território semanalmente e as mais elaboradas é uma vez ao mês, porque às vezes tem custo e é por eles. Têm as atividades de artesanato que tá sempre inserindo eles em outros espaços, ensinando coisas que com aquilo ali que eles aprenderam. Inclusive, os usuários vão para algumas feiras, para eles conseguirem vender eles próprios, como uma forma deles aprenderem a fazer algo novo pra poder vender e conseguir seu dinheiro. E também uso a atividade física no território como um aliado pra trazer essa sensação de pertencimento e a autonomia e por isso antes da prática é feito uma conversa inicial, pra eles entenderem o porquê está ali no território, né. Então, penso aquele espaço primeiro, pra ter uma prática fora do espaço físico do CAPS; segundo, para trazer essa possibilidade de você utilizar aquele espaço independente do CAPS; e o terceiro viés é essa situação de ter relações com outras pessoas que não sejam usuários do CAPS. E nessa perspectiva, eu tento inserir esses usuários no maior número de, assim, de atividades possíveis e outros espaços que eles possam estar interagindo com outras pessoas e como formas até de tratamento (DSC2-JC)</p>
<p>1.Temos duas oficinas de família. 2.A parte de artesanato, onde principalmente as mulheres fizeram uma rede de apoio muito grande, até fazem vendas de coisas. 3.Tem umas que sabem fazer crochê, ou outras saber vender e elas mesmo se apoiam muito. 4. Outro é como ensinar a cuidar desse usuário, como fazer quando esse usuário estiver numa crise. 5.É trabalhado temas, algum tema que dá escolha deles, às vezes eles deixam que o pessoal que está no grupo traga um tema e comece direcionando esse tema. 6. Muitas dessas famílias que chegam aqui não sabem que a pessoa está em crise, não entende e adocece junto com o usuário. 7 O familiar entende porque o profissional explica direito, aí sai mais mais aliviado com aquela pessoa, com mais segurança de voltar para casa e saber que dá pra voltar para casa e tem mais segurança de cuidar do usuário</p>	<p>Tem duas oficinas de família, uma ficou mais com a parte de artesanato, onde principalmente as mulheres fizeram uma rede de apoio muito grande, até fazem vendas de coisas, tem umas que sabem fazer crochê, ou outras saber fazer e elas mesmo se apoiam muito. E o outro é como ensinar a cuidar desse usuário, como fazer quando esse usuário estiver numa crise. É trabalhado temas, algum tema que dá escolha deles, às vezes eles deixam que o pessoal que está no grupo traga um tema e comece direcionando esse tema. Acontece que muitas dessas famílias que chegam aqui não sabem que a pessoa está em crise, não entende e adocece junto com o usuário. Quando chega aqui, o familiar entende porque o profissional explica direito, aí sai mais mais aliviado com aquela pessoa, com mais segurança de voltar para casa e saber que dá pra voltar para casa e tem mais segurança de cuidar do usuário. (DSC2-C)</p>

<p>1. Eu acho que o protagonismo deles são em poucas oficinas, sinceramente ou talvez metade delas e acho que nem todo mundo aqui faz isso ou não entende que não está fazendo isso.</p> <p>2. Há poucos usuários que fazem atividades no território.</p> <p>3. As atividades extra CAPS são muito importantes, eles gostam muito.</p> <p>4. Aqui eu estou sempre enfatizando isso com eles, que estão aqui de forma terapêutica, mas que podem levar para fora.</p> <p>5. Levamos eles para o território para eles aproveitarem a comunidade e não ficar só preso dentro do CAPS.</p> <p>6. No geral, acho que as atividades funcionam, só tenho minhas críticas com oficinas que são infantilizadas, que para mim não tem relevância alguma nesse processo.</p>	<p>Eu acho que o protagonismo deles são em poucas oficinas, sinceramente ou talvez metade delas e acho que nem todo mundo aqui faz isso ou não entende que não está fazendo isso. Também observo que há poucos usuários que fazem atividades no território. E para mim as atividades extra CAPS são muito importantes, eles gostam muito. Por isso, aqui eu estou sempre enfatizando isso com eles, que estão aqui de forma terapêutica, mas que podem levar para fora. Eventualmente quando levamos eles fora daqui para o território, é para eles aproveitarem a comunidade e não ficar só preso dentro do CAPS. Apesar de tudo, no geral, acho que as oficinas funcionam, só tenho minhas críticas com oficinas que são infantilizadas, que para mim não tem relevância alguma nesse processo. (DSC3-GB)</p>
<p>1. A gente funciona numa casa que é pra dar essa coisa de acolhimento, de parecer realmente uma casa.</p> <p>2. Quando eles falam assim, a minha casa a ponto de querer estar aqui e não querer sair mais, a gente tenta desmistificar isso o máximo possível.</p> <p>3. Que eles tentem, né, a vida lá fora, se reconstituam, tem que viver mesmo.</p> <p>4. Acho que a apreensão de uma recaída eles acabam voltando muito.</p> <p>5. Vejo eles muito aqui no CAPS, não vejo eles tentando muito sair daqui. Tentam aqui, mas acabam, sei lá, ficando restritos ao CAPS.</p> <p>6. Por mais que se tente, que fale que tem a vida lá fora, né? Que eles deviam tentar, mas eles ficam muito presos aqui. Eu acho que é ruim pra eles, né?</p> <p>7. Tento nas minhas atividades, falar sobre isso e tentar de alguma forma fazer com que as pessoas enxerguem vida para além do CAPS, vida para além dos muros.</p>	<p>Aqui funciona numa casa que é pra dar essa coisa de acolhimento, de parecer realmente uma casa. Mas quando eles falam assim, a minha casa a ponto de querer estar aqui e não querer sair mais, a gente tenta desmistificar isso o máximo possível. Isso porque, eu espero que eles tentem, né, a vida lá fora, se reconstituam, tem que viver mesmo. Mas acho que a apreensão de uma recaída eles acabam voltando muito. Apesar do esforço, eu vejo eles muito aqui no CAPS, não vejo eles tentando muito sair daqui. Tentam aqui, mas acabam, sei lá, ficando restritos ao CAPS. Por mais que se tente, que fale que tem a vida lá fora, né? Que eles deviam tentar, mas eles ficam muito presos aqui. Eu acho que é ruim pra eles, né? Eu por exemplo, tento nas minhas atividades, falar sobre isso e tentar de alguma forma fazer com que as pessoas enxerguem vida para além do CAPS, vida para além dos muros. (DSC3-JC)</p>
<p>1. Acho que eles tem e não têm essa autonomia. Pois se está num dia tem muita gente que diz: “Não, vai participar sim, mesmo não gostando da oficina”. E em outros momentos já muita gente diz: “Não, deixa aí, fica”.</p> <p>2. Aqui tinha um grupo GAM que era justamente para isso, para a pessoa ter uma autonomia sobre o que ela necessita saber, o que é bom ou não para si. Isso é um dos grandes embates aqui do pessoal, alguns acreditam que está sendo dado autonomia de mais e outros dizem que estão tendo autonomia de menos.</p> <p>3. Tem gente que é mais velha que eu, tá aqui há 10, 15 anos, e que ainda pegou da gestão anterior que era zero autonomia, sabe? E que ainda não consegue abrir, não enxergam essa possibilidade de abertura pela autonomia.</p>	<p>Eu acho que eles tem e não têm essa autonomia. Pois se está num dia tem muita gente que diz: “Não, vai participar sim, mesmo não gostando da oficina”. E em outros momentos já muita gente diz: “Não, deixa aí, fica”. Isso é um dos grandes embates aqui do pessoal, alguns acreditam que está sendo dado autonomia de mais e outros dizem que estão tendo autonomia de menos. Para ajudar, eu tinha um grupo GAM que era justamente para isso, para a pessoa ter uma autonomia sobre o que ela necessita saber, o que é bom ou não para si. Tem gente que é mais velha que eu, tá aqui há 10, 15 anos, e que ainda pegou da gestão anterior que era zero autonomia, sabe? E que ainda não consegue abrir, não enxergam essa possibilidade de abertura pela autonomia (DSC4-JC)</p>
<p>1. Acho que é importante sensibilizar a equipe para que essas oficinas sejam potentes e, principalmente, não se configure como uma escola, em que as pessoas sejam obrigadas a participar. Isso seria, por exemplo, fazer do CAPS uma escolinha, infantilizar o usuário, trazer atividades que não fazem sentido.</p> <p>2. Porque senão isso aqui vai se tornar uma instituição fechada, vai se tornar um hospital psiquiátrico e não é isso, não é sobre trancafiar ninguém.</p> <p>3. Um CAPS muito massa é quando você vê que as pessoas estão</p>	<p>É importante sensibilizar a equipe para que essas oficinas sejam potentes e, principalmente, não se configurem como uma escola, em que as pessoas sejam obrigadas a participar. Isso seria, por exemplo, fazer do CAPS uma escolinha, infantilizar o usuário, trazer atividades que não fazem sentido. Porque senão isso aqui vai se tornar uma instituição fechada, vai se tornar um hospital psiquiátrico, e não é isso, não é sobre trancafiar ninguém. Um CAPS muito massa é quando você vê que as pessoas estão vivendo. (DSC5-JC)</p>

vivendo.	
----------	--

Dificuldades da Intersetorialidade no Manejo à Crise dos usuário	
Fragmentos de Texto	Discursos-síntese
<p>1.O fluxo da rede basicamente é o PASM, serviço de urgência, ambulatório, CAPS.</p> <p>2.Geralmente não liga mais pro PASME, porque lá tá lotado.</p> <p>3.Se aqui não deu certo, eu ligo pro Samu.</p> <p>4.Quando realmente, eles entram em crise e ficam agressivos, aí a gente tem que acionar o SAMU e direcionar para o PASME;</p> <p>5.Quando não há médico, a gente chama o SAMU para levar ao PASM;</p> <p>6. Foi feita a pactuação com o SAMU, e aí vem a polícia também</p> <p>7.Geralmente nesses casos de crise, a gente sempre liga pra o SAMU e a polícia porque eles estão totalmente desestabilizados, estão em crise, né? Então tudo pode acontecer.</p> <p>8. Dependendo da demanda do SAMU, tem dia que tá sem ocorrência, vem mais rápido. Tem dia que tem que esperar a vez mesmo;</p> <p>9. O samu demora um pouquinho. Enquanto isso, se tiver médico, aqui, a gente entra e fala com a médica que está de plantão e ela pode fazer uma urgência enquanto o samu chega;</p> <p>10. Não, não é todas as vezes que o SAMU vem não. Às vezes acontece, está com muita demanda, às vezes está longe.</p>	<p>O fluxo da rede basicamente é o PASM, serviço de urgência, ambulatório, CAPS. Geralmente não liga mais pro PASM, porque lá tá lotado. Então quando o manejo aqui não dá certo, ou eles entram em crise e ficam agressivos, ou não há médico, aí tem que acionar o SAMU. Às vezes eles vêm com a polícia também para levar ao PASM, quando eles estão totalmente desestabilizados, estão em crise. Ai dependendo da demanda do SAMU, tem dia que tá sem ocorrência, vem mais rápido e tem dia que tem que esperar a vez mesmo. Quando demora um pouquinho, se tiver médico, aqui, eu entro e falo com a médica que está de plantão e ela pode fazer uma urgência enquanto o SAMU chega, mas também às vezes acontece, deles estarem com muita demanda, às vezes está longe, e não é todas as vezes que o SAMU vem não. (DSC4-C)</p>
<p>1.Quando chega o SAMU, tem que explicar lá pro médico, tem que explicar, aí às vezes vem só enfermeira e condutor e chega aqui não quer levar a usuária. É bem complicado.</p> <p>2.Falei com o Samu, enquanto eu explicava, as filha gritavam, eu estava tentando explicar, ela me gritava de rapariga.</p> <p>3.Chegou só a enfermeira e um condutor, e a colega que na troca de plantão, não pediu a urgência da menina;</p> <p>4.Essa urgência aqui, não dava pra escrever e tinha que escrever. Então,eu disse: olhe, só tem um jeito. Vocês vão com ela, hein?;</p> <p>5.Por mais demorado, por mais difícil, no final do dia a gente consegue fazer a articulação com o serviço;</p> <p>6.Chega o Samu, a gente consegue movimentar o cidadão para algum outro canto nem que seja o encaminhamento certo por aí;</p>	<p>Quando chega o SAMU, tem que explicar lá pro médico, tem que explicar, aí às vezes vem só enfermeira e condutor e chega aqui não quer levar a usuária. É bem complicado. Em um caso específico falando com o Samu, enquanto eu explicava, as filha gritavam, eu estava tentando explicar, e a usuária me gritava. Nessa confusão, chegou só a enfermeira e um condutor, e a colega que na troca de plantão, não pediu a urgência da menina. Essa urgência, não dava pra escrever e tinha que escrever. Então,eu disse: olhe, só tem um jeito, vocês vão com ela, hein? Por mais demorado, por mais difícil, no final do dia a gente consegue fazer a articulação com o serviço. É no mínimo movimentar o cidadão para algum outro canto nem que seja o encaminhamento certo por aí. (DSC5-C)</p>

<p>1. Já tive muitas crises presenciadas de extrema violência.</p> <p>2. Os usuários que chegam com membros roxos vem da urgência. A urgência é despreparada. As políticas de humanização do SUS não chegam lá.</p> <p>3. Embora não esteja dentro da nossa política a contenção, mas sobre o espaço da crise, geralmente a rede não fomenta uma formação continuada, nem formação permanente, e aí as equipes mudam, e quando muda a capacitação não vem, aí os cenários de violência e contenção chegam, e a gente, né, os usuários chegam com os membros roxos.</p> <p>4. O manejo de crise como não é algo que é explicitamente técnico e precisa da vivência do trabalhador com outros profissionais com uma preceptoria bem feita, aí poderia o cenário mudar, mas do jeito que está hoje, o serviço de urgência da cidade está calamitoso. Está bem difícil.</p> <p>5. O matriciamento não existe. O CAPS era pra matricular, era pra chegar lá e dizer como é a realidade do nosso manejo. Porque lá na urgência é uma coisa e aqui é outra, então o alinhamento não existe.</p>	<p>Já tive muitas crises presenciadas de extrema violência. Os usuários que chegam com membros roxos vem da urgência. A urgência é despreparada. As políticas de humanização do SUS não chegam lá. Embora, não esteja dentro da nossa política a contenção, mas sobre o espaço da crise, geralmente a rede não fomenta uma formação continuada, nem formação permanente, e aí as equipes mudam, e quando muda a capacitação não vem, aí os cenários de violência e contenção chegam, e a gente, né, os usuários chegam com os membros roxos. E o manejo de crise como não é algo que é explicitamente técnico e precisa da vivência do trabalhador com outros profissionais com uma preceptoria bem feita, aí poderia o cenário mudar, mas do jeito que está hoje, o serviço de urgência da cidade está calamitoso. Está bem difícil. O matriciamento não existe. O CAPS era pra matricular, era pra chegar lá e dizer como é a realidade do nosso manejo. Porque lá na urgência é uma coisa e aqui é outra, então o alinhamento não existe. (DSC6-C)</p>
<p>1. Infelizmente é o fluxo que é orientado, quando vem ao serviço, normalmente regular para o PASM.</p> <p>2. Já aconteceu, vim do PASM ainda em crise, e aí não ficou aqui, tive que devolver porque precisava se estabilizar ainda lá pra vir pra cá.</p> <p>3. Também teve uma situação em que eu estava em uma atividade externa e um usuário que não era nosso, era uma pessoa que estava passando na rua, descompensou e precisamos ligar para o SAMU, quando ligamos, o SAMU só atenderia com a ocorrência com a polícia.</p>	<p>Infelizmente é o fluxo que é orientado, quando vem ao serviço, normalmente regular para o PASM. Já aconteceu, vim do PASM ainda em crise, e aí não ficou aqui, tive que devolver porque precisava se estabilizar ainda lá pra vir pra cá. Também teve uma situação em que eu estava em uma atividade externa e um usuário que não era nosso, era uma pessoa que estava passando na rua, descompensou e precisamos ligar para o SAMU, quando ligamos, o SAMU só atenderia com a ocorrência com a polícia. (DSC6-JC)</p>

Dificuldades da Intersetorialidade no Manejo à Crise dos usuário	
Fragmentos de Texto	Discursos-síntese
<p>1. O acolhimento à crise é feito aqui mesmo, contudo, as pactuações realizadas acontecem mais com PASM mesmo, já com o SAMU é mais difícil.</p> <p>2. Quando o usuário está na atenção à crise a articulação com outros serviços acontece com o PASM e às vezes com o SAMU.</p> <p>3. Temos dificuldade com o SAMU, principalmente no plantão noturno.</p> <p>4. Hoje precisamos do SAMU e não sei se veio.</p> <p>5. O SAMU tem um protocolo que vem com a polícia, infelizmente, acho desnecessário, nunca fui a favor, porque eu não vejo necessidade.</p> <p>6. Houve situações aqui que eu intervi enquanto assistente social, porque o rapaz policial estava com a algema, eu disse “vai botar algema por que? Não tô entendendo!” Ele respondeu que era porque o usuário estava muito violento.</p>	<p>O acolhimento à crise é feito aqui mesmo, contudo, quando o usuário está na atenção à crise a articulação com outros serviços acontece com o PASM e às vezes com o SAMU que é até mais difícil. Nessa questão de acionar o SAMU, existe muita resistências, às vezes o SAMU não vem, demora muito. Há dificuldades no plantão noturno e hoje, por exemplo, precisamos e não sei se veio. Sem contar que, eles têm um protocolo que vem com a polícia, infelizmente, acho desnecessário, nunca fui a favor, porque eu não vejo necessidade. Como já houve situações aqui que eu intervi, porque o rapaz policial estava com a algema, eu disse “vai botar algema por que? Não tô entendendo!” Ele respondeu que era porque o usuário estava muito violento. (DSC4-GB)</p>

<p>1. Eu acho que a urgência precisa de regulamentação, eu acho que é mais indicado que ela esteja no PASM, por exemplo.</p> <p>2. Eu inclusive, temos muitas críticas sobre o modo que o PASM funciona, que ainda segue uma lógica muito manicomial.</p> <p>3. Então, você fica limitada, você está no serviço substitutivo, você tá tentando quebrar essa lógica, mas o único lugar que você tem, se aqui não tiver vaga, é o lugar que vai totalmente, não totalmente contra essa lógica, mas que ainda responde muito de uma forma manicomial.</p> <p>4. Aqui um serviço que está na rede justamente para fazer esse acolhimento em usuários em atenção à crise, mas também é difícil porque é uma demanda muito grande, não temos como acolher todo mundo e vivemos nessa constante dificuldade de para onde encaminhar um usuário que está em crise, porque o único lugar que temos de urgência psiquiátrica é o PASM.</p>	<p>Eu acho que a urgência precisa de regulamentação, eu acho que é mais indicado que ela esteja no PASM, por exemplo. Inclusive, tenho muitas críticas sobre o modo que o PASM funciona, que ainda segue uma lógica muito manicomial. Então, você fica limitada, você está no serviço substitutivo, você tá tentando quebrar essa lógica, mas o único lugar que você tem, se aqui não tiver vaga, é o lugar que vai totalmente, não totalmente contra essa lógica, mas que ainda responde muito de uma forma manicomial. Aqui um serviço que está na rede justamente para fazer esse acolhimento em usuários em atenção à crise, mas também é difícil porque é uma demanda muito grande, não temos como acolher todo mundo e vivemos nessa constante dificuldade de para onde encaminhar um usuário que está em crise, porque o único lugar que temos de urgência psiquiátrica é o PASM. (DSC5-GB)</p>
--	--

Concepções de Projeto Terapêutico Singular	
Fragmentos de Texto	Discursos-síntese
<p>1. O PTS é uma construção que é feita coletiva, que é feita com o usuário, que é feita com o familiar, que é feita com a comunidade, que é feita com a equipe.</p> <p>2. OPTS é pra ser, é objetivo, né? Não pode ser só um projeto engessado.</p> <p>3. O PTS não é algo engessado, é algo que continuamente vai ser modificado.</p> <p>4. Eu sei que o PTS é o plano terapêutico, uma coisa a longo prazo, né, e tem que ter um acompanhamento sistemático dos usuários, né?</p> <p>5. Teoricamente, o PTS seria uma construção com o usuário, ter um ou dois técnicos responsáveis e pegar aquela pessoa, conversar direitinho sobre quais são os objetivos e suas possibilidades.</p> <p>6. O que eu levo em consideração para a construção do PTS são: desejo, planejamento, território, família, vínculo ao profissional para construir junto ao usuário.</p> <p>7. Na construção deve ter a história dele toda, o que ele gosta de fazer, o que não gosta, o que ele utiliza de substância, medicamento, a relação dele com a família, com as pessoas em geral, tudo.</p>	<p>O PTS é uma construção que é feita coletiva, que é feita com o usuário, que é feita com o familiar, que é feita com a comunidade, que é feita com a equipe, é pra ser, é objetivo, né?, não pode ser engessado, é algo que continuamente vai ser modificado, pois é uma coisa a longo prazo, né? e tem que ter um acompanhamento sistemático dos usuários. Teoricamente, o PTS seria uma construção com o usuário, ter um ou dois técnicos responsáveis e pegar aquela pessoa, conversar direitinho sobre quais são os objetivos e suas possibilidades. Na construção eu considero o desejo, planejamento, território, família, vínculo ao profissional para construir junto ao usuário, deve ter a história dele toda, o que ele gosta de fazer, o que não gosta, o que ele utiliza de substância, medicamento, a relação dele com a família, com as pessoas em geral, tudo. (DCS7-JC)</p>
<p>1. Antigamente para a equipe, o PTS se referia aos dias que o usuário vinha ao serviço.</p> <p>2. A frequência do serviço é uma coisa, o PTS é uma outra coisa muito mais ampla, né? Mas que essa frequência norteia um PTS, né?.</p> <p>3. Alguns ainda falam que o PTS de fulana é terça e quinta, ou o PTS de fulana é quinta, quarta e sexta.</p> <p>4. E quando eu escuto que o PTS de Fulano é segunda, quarta e sexta, digo logo: não, isso é a frequência!”</p> <p>Algumas vezes o PTS é apresentado em assembleia e disposto para os usuários e aí vai de acordo com essas oficinas, mas é bom lembrar que isso não é o PTS, é a frequência, porque algumas pessoas têm essa confusão.</p>	<p>Antigamente para a equipe, o PTS se referia aos dias que o usuário vinha ao serviço. No entanto, a frequência do serviço é uma coisa, o PTS é uma outra coisa muito mais ampla, né? Mas que essa frequência norteia um PTS, né?. Alguns ainda falam “o PTS de fulana é terça e quinta, ou PTS de fulana é quinta, quarta e sexta”. E quando eu escuto eu digo logo: não, isso é a frequência!” Acontece que algumas vezes o PTS é apresentado em assembleia e disposto para os usuários e aí vai de acordo com essas oficinas, mas é bom lembrar que isso não é o PTS, é a frequência, porque algumas pessoas têm essa confusão. (DSC8-JC)</p>

<p>1.A construção do PTS aqui é, com o tempo, né? Vai se avaliando, toda a equipe avalia o usuário. Então a partir daí vai se construindo o PTS e a equipe inteira vai avaliando.</p> <p>2.O PTS é a principal ferramenta de cuidado em saúde mental, isso é fato.</p> <p>3. Na verdade, aqui existe uma ausência de construção do PTS, em específico no seu aspecto instrumental, o que existem são mais algumas intervenções que são colocadas no prontuário.</p> <p>4. O máximo que a gente consegue assim do PTS, dos PTS é traçar os dias que eles vêm para o serviço.</p> <p>5. Alguns que eu acompanhei, que eu vi em reunião, era perguntado assim: E aí, o que você quer fazer? É tal. Qual sua principal angústia? É tal. É isso aqui, isso aqui, isso aqui. E a partir disso, o que você acha da gente fazer isso? Ah, beleza, pode ser. Não, é isso aqui? O que você acha melhor? E aí, ia se construindo, né?</p> <p>7. Num PTS é muita coisa, muita coisinha de singular que não se desenvolve se você não chegar junto com um PTS bem feito.</p>	<p>A construção do PTS aqui é, com o tempo, né? Vai se avaliando, toda a equipe avalia o usuário. Então a partir daí vai se construindo o PTS e a equipe inteira vai avaliando. Eu sei que o PTS é a principal ferramenta de cuidado em saúde mental, isso é fato, mas na verdade aqui existe uma ausência de construção do PTS, em específico no seu aspecto instrumental, o que existem são mais algumas intervenções que são colocadas no prontuário. E no geral, o máximo que se consegue assim do PTS, dos PTS é traçar os dias que eles vêm para o serviço. O mais perto de um PTS que eu acompanhei, que eu vi em reunião, era perguntado assim: E aí, o que você quer fazer? É tal. Qual sua principal angústia? É tal. É isso aqui, isso aqui, isso aqui. E a partir disso, o que você acha da gente fazer isso? Ah, beleza, pode ser. Não, é isso aqui? O que você acha melhor? E aí, ia se construindo, né? E eu sei que num PTS é muita coisa, muita coisinha de singular que não se desenvolve se você não chegar junto com um PTS bem feito. (DSC9-JC)</p>
<p>1.O Projeto Terapêutico Singular aqui na casa é feito a partir das necessidades do usuário, vendo a questão da oficina, daquilo que ele se identifica, vendo o que será terapêutico para ele, os dias dele vir.</p> <p>2.O projeto terapêutico se resume apenas nas oficinas, né, e no caso no olhar profissional, né, na observação, entendeu, e aí vai sendo construído, mediante a evolução do prontuário.</p> <p>3. Então quando a gente diz assim, ah, o PTS do usuário, geralmente o profissional daqui tá se referindo “ah, ele vem na segunda e na quarta”, entende?</p> <p>4. Aqui no serviço falar de PTS, não é aquele PTS de ser pactuado metas e objetivos junto com usuários e com a família.</p> <p>5.Os dias que eles devem vir pra os serviço pra participar dessas oficinas terapêuticas</p> <p>6..Os dias que tem o intensivo que são duas, três vezes por semana</p> <p>7. o PTS aqui é muitas vezes confundido com a frequência da pessoa “Ah, você vem segunda e quarta pra oficina de música”,</p> <p>8. O que eu mais levo em consideração na construção do PTS são as habilidades, o gosto de participar das oficinas, saber o que é que eles têm mais aptidão e gostam mais de leitura</p> <p>9. Sempre é feito uma reavaliação, se eles querem continuar, querem participar também de outras atividades, sabe?.</p>	<p>O Projeto Terapêutico Singular aqui na casa é feito a partir das necessidades do usuário, vendo a questão da oficina, daquilo que ele se identifica, vendo o que será terapêutico para ele, os dias dele vir. Então, o projeto terapêutico se resume apenas nas oficinas, né, e no caso no olhar profissional, né, na observação, entendeu, e aí vai sendo construído, mediante a evolução do prontuário. Então quando a gente diz assim, ah, o PTS do usuário, geralmente o profissional daqui tá se referindo “ah, ele vem na segunda e na quarta”, entende? Portanto, aqui no serviço falar de PTS, não é aquele PTS de ser pactuado metas e objetivos junto com usuários e com a família, mas sim os dias que eles devem vir pra os serviço pra participar dessas oficinas terapêuticas, ou os dias que tem o intensivo que são duas, três vezes por semana. Observo que o PTS aqui é muitas vezes confundido com a frequência da pessoa “Ah, você vem segunda e quarta pra oficina de música”, e o que mais leva em consideração nele são as habilidades, o gosto de participar das oficinas, saber o que é que eles têm mais aptidão e gostam mais de leitura. e sempre é feito uma reavaliação, se eles querem continuar, querem participar também de outras atividades sabe?. (DSC6-GB)</p>

<p>1..É criado no ato da triagem um Projeto terapêutico singular, com um processo de trabalho inter ou multidisciplinar, inserindo ele na atividade e oficina, as demais coisas.</p> <p>2..A gente tenta inserir o usuário como sujeito de direito em outros espaços para além do CAPS, isso também é um projeto terapêutico singular.</p> <p>3.No PTS é criado um projeto terapêutico singular para os benefícios ao que tange à saúde mental do usuário.</p> <p>4.O PTS é mais no olhar, aqui é mais na prática mesmo, e algumas evoluções, entendeu ?</p> <p>5. Eu, particularmente, com as pessoas que eu acolho, que eu tenho nas minhas oficinas, eu tento perceber determinadas coisas e eu tento, a partir disso, como é que eu posso dizer, assim, esboçar um projeto terapêutico, sabe? Ai eu coloco uma coisa ali e tudo, mas eu acredito que essa é uma construção que deve ser coletiva, né? Eu só estou dando algum modos operandi ali.</p>	<p>O PTS aqui inicia no ato da triagem, com um processo de trabalho inter ou multidisciplinar, inserindo ele na atividade e oficina, as demais coisas. Eu por exemplo, tento inserir o usuário como sujeito de direito em outros espaços para além do CAPS, isso também é o projeto terapêutico singular. No Projeto também estão inclusos os benefícios ao que tange à saúde mental do usuário. E no geral, eu observo que o PTS é mais no olhar, aqui é mais na prática mesmo, e algumas evoluções, entendeu? Contudo, eu, particularmente, com as pessoas que eu acolho, tento perceber determinadas coisas e a partir disso, como é que eu posso dizer, assim, tento esboçar um projeto terapêutico, sabe? Ai eu coloco uma coisa ali e tudo, mas eu acredito que essa é uma construção que deve ser coletiva, né? e eu só estou dando algum modus operandi ali. (DSC7-GB)</p>
<p>1.Existem diferentes formas de fazer o PTS, né, cada serviço vai instituir, ou criar, ou produzir o seu, a sua forma de trabalhar.</p> <p>2.Ao meu ver, quando se constroi um PTS, principalmente num primeiro momento, é levado em consideração o lado social, o profissional, e em seguida entender quais são os gatilhos que funcionam como fatores adoeecedores naquele contexto.</p> <p>3.Algo que se voltasse mais pro PTS, consideram as condições de vida, contexto social, território, né.</p> <p>4. A construção tem que ser coletiva e se aquele esquema não deu certo, se não viu progresso, deve se avaliar o que aconteceu de errado, o que é que poderia ser feito então.</p> <p>5. Deveria ser todos os profissionais participando da construção, (aqui fica muito restrito a psicologia).</p> <p>6. Um projeto que está sempre se reinventando, como eu falei, tudo muda sabe.</p> <p>7. O essencial é ter de fato um PTS construído, com as articulações que pode fazer na rede, que fica mais fácil de visualizar, de ver o que já tentou, de ver quais são as próximas possibilidades que se pode fazer.</p> <p>8. Aqui infelizmente esse tipo de projeto terapêutico como desejado não acontece, não tem aquela questão do que é que esse usuário precisa, de quais são os objetivos, quais são as metas e quem vai se responsabilizar por ele.</p>	<p>Existem diferentes formas de fazer o PTS, né, cada serviço vai instituir, ou criar, ou produzir o seu, a sua forma de trabalhar. Contudo, ao meu ver, quando se constroi um PTS, principalmente num primeiro momento, é levado em consideração o lado social, o profissional, e em seguida entender quais são os gatilhos que funcionam como fatores adoeecedores naquele contexto, consideram as condições de vida, contexto social, território, né. A construção tem que ser coletiva e deveria ser todos os profissionais participando da construção, (aqui fica muito restrito a psicologia). E se aquele esquema não deu certo, se não viu progresso, deve se avaliar o que aconteceu de errado, o que é que poderia ser feito então, como um projeto que está sempre se reinventando, como eu falei, tudo muda sabe. Seria essencial ter de fato um PTS construído, com as articulações que pode fazer na rede, que fica mais fácil de visualizar, de ver o que já tentou, de ver quais são as próximas possibilidades que se pode fazer. Aqui infelizmente esse tipo de projeto terapêutico como desejado não acontece, não tem aquela questão do que é que esse usuário precisa, de quais são os objetivos, quais são as metas e quem vai se responsabilizar por ele. (DCS8-GB)</p>
<p>1. O PTS acontece na hora de uma triagem, na hora de uma consulta, é dito a médica sabe quantos dias ele pode vim em um projeto terapêutico nas oficinas, né?</p> <p>2.Tem PTS que são pela manhã, vamos supor, começa de 9 até 11 horas, 11h30, e tem pessoas que vem só à tarde, de 1h30 até 4h30 da tarde.</p> <p>3.Então lá na folhinha do PTS eu coloco qual dia que essa pessoa vem participar das oficinas. Só que é preciso estar voltando, acrescentar algo, fazer uma modificação, entendeu? Então essa continuidade não está acontecendo.</p> <p>4.Na construção do PTS, os usuários têm poder de negociação, inclusive é perguntado o que gosta de fazer, com que se identifica, apresentamos as opções de oficinas que existem no serviço para que eles escolham qual mais gosta ou tem mais habilidade e maior interesse.</p> <p>5.Só que é preciso estar voltando, acrescentar algo.</p>	<p>O PTS acontece na hora de uma triagem, na hora de uma consulta, é dito a médica sabe quantos dias ele pode vim em um projeto terapêutico nas oficinas, né? Tem PTS que são pela manhã, vamos supor, começa de 9 até 11 horas, 11h30, e tem pessoas que vem só à tarde, de 1h30 até 4h30 da tarde. Então lá na folhinha do PTS eu coloco qual dia que essa pessoa vem participar das oficinas. E na construção, os usuários têm poder de negociação, inclusive é perguntado o que gosta de fazer, com que se identifica, é apresentado as opções de oficinas que existem no serviço para que eles escolham qual mais gosta ou tem mais habilidade e maior interesse. Só que é preciso estar voltando, acrescentar algo, fazer uma modificação, entendeu? Então essa continuidade não está acontecendo. DSC-C)</p>

<p>1. Eu não posso construir um projeto terapêutico sozinho.</p> <p>2. O momento de elaboração do plano terapêutico singular, é onde nós profissionais vamos ver todas essas dimensões sociais, individuais, as ações a longo prazo e a curto prazo.</p> <p>3. O PTS vai permitir que o usuário não só dê ouvidos ao familiar, mas seja o protagonista do seu tratamento, que possui voz, fala e que pode participar desse cuidado,</p> <p>4. No PTS eu posso tratar estratégias de como a equipe vai fazer para aquela pessoa entender que precisa sorrir, ou precisa se cuidar.</p> <p>5. O longo prazo sempre é a alta, que é o mais difícil de conseguir, o médio, é resolver questões de direito, questões sociais, entendimento sobre a vida da pessoa e a curto prazo é a estabilidade.</p> <p>6. O projeto terapêutico deveria ser bem mais além do que a simples frequência no CAPS.</p>	<p>Eu não posso construir um projeto terapêutico sozinho. O momento de elaboração do plano terapêutico singular, vai permitir que o usuário não só dê ouvidos ao familiar, mas seja o protagonista do seu tratamento, que possui voz, fala e que pode participar desse cuidado, é onde nós profissionais vamos ver todas essas dimensões sociais, individuais, as ações a longo prazo e a curto prazo. É o momento em que, eu posso tratar estratégias de como a equipe vai fazer para aquela pessoa entender que precisa sorrir, ou precisa se cuidar. Entendendo que, o longo prazo sempre é a alta, que é o mais difícil de conseguir, o médio, é resolver questões de direito, questões sociais, entendimento sobre a vida da pessoa e a curto prazo é a estabilidade. Assim, o projeto terapêutico deveria ser bem mais além do que a simples frequência no CAPS. (DSC-C)</p>
<p>1. Quando a pessoa vem para a triagem, então inicia o PTS ali, é o início.</p> <p>2. Na conversa, no diálogo com o usuário, com a família, vai ver o que é que ele gosta de fazer, se ele tem habilidade para alguma coisa, o que é que dá prazer e tal, pra ver qual é a oficina que tem aqui, que está dentro daquilo que ele gosta ou pelo menos aquilo que se aproxima. E isso é o início do PTS, certo? Mas não é só isso, isso é um pontapé inicial, né?</p> <p>3. Aqui, ainda há uma confusão de cronograma de presença com o PTS.</p> <p>4. O PTS é construído de uma forma mais superficial e no decorrer do acompanhamento quando vai se conhecendo mais e o usuário vai entendendo a dinâmica do serviço, ele é construído mais elaboradamente, olhando todas as dimensões possíveis, as dimensões singulares, sociais, as dificuldades de operacionalização do projeto, os elementos consideráveis a serem colocados para que a equipe entenda.</p> <p>5. O PTS é construído durante todo o acompanhamento</p> <p>6. O PTS sempre traçado ali com metas de 6 meses de 1 ano, entendeu?</p>	<p>Quando a pessoa vem para a triagem, então inicia o PTS ali, é o início. Na conversa, no diálogo com o usuário, com a família, vai ver o que é que ele gosta de fazer, se ele tem habilidade para alguma coisa, o que é que dá prazer e tal, pra ver qual é a oficina que tem aqui, que está dentro daquilo que ele gosta ou pelo menos aquilo que se aproxima. E isso é o início do PTS, certo? Mas não é só isso, isso é um pontapé inicial, né? Porque aqui, ainda há uma confusão de cronograma de presença com o PTS. Inicialmente, ele é construído de uma forma mais superficial e no decorrer do acompanhamento quando vai se conhecendo mais e o usuário vai entendendo a dinâmica do serviço, ele é construído mais elaboradamente, olhando todas as dimensões possíveis, as dimensões singulares, sociais, as dificuldades de operacionalização do projeto, os elementos consideráveis a serem colocados para que a equipe entenda. Ou seja, ele é construído durante todo o acompanhamento e sempre traçado ali com metas de 6 meses de 1 ano, entendeu?</p>
<p>1. Em situação de delírio, que foge das condições dele se colocar e tomar decisões, começa a construção desse projeto com quem está responsável e, em outro momento, ele pode se fazer participante.</p> <p>2. A família interage na construção do PTS na triagem né!?</p> <p>3. Na construção do PTS vai vendo as dificuldades, as questões que precisa mais, se a pessoa é reservada, que precisa trabalhar na socialização, aí já vê isso</p> <p>4. É levado em consideração a situação, assim como a definição e quantidade de dias de oficina que irá participar no serviço.</p> <p>5. O horizonte dos objetivos, se é curto, médio prazo, o momento que o usuário está fazendo, está vivendo, quer dizer...a condição imediata de trazer para discutir o projeto.</p> <p>6. O projeto terapêutico é todo tratamento, né? Desde a chegada aqui, o acolhimento,</p> <p>7. Até tomar medicação não deixa de ser um projeto terapêutico.</p>	<p>Em situação de delírio, que foge das condições dele se colocar e tomar decisões, começa a construção desse projeto com quem está responsável e, em outro momento, ele pode se fazer participante. Dessa forma, A família interage na construção do PTS na triagem né!? Depois, vai vendo as dificuldades, as questões que precisa mais, se a pessoa é reservada, que precisa trabalhar na socialização, aí já vê isso, a situação, assim como a definição e quantidade de dias de oficina que irá participar no serviço, O horizonte dos objetivos, se é curto, médio prazo, o momento que o usuário está fazendo, está vivendo, quer dizer...a condição imediata de trazer para discutir o projeto. Portanto, o projeto terapêutico é todo tratamento, né? Desde a chegada aqui, o acolhimento, até o próprio tomar medicação não deixa de ser um projeto terapêutico. (DSC -C)</p>

APÊNDICE B– ROTEIRO DA ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista para Profissionais dos CAPS

- Apresentação das pesquisadoras e do Avalia-CAPS
 - Apresentar o TCLE - garantia de anonimato, direito de desistência
 - Permissão para gravação
 - Pergunta disparadora: Coloca os blocos na ordem que você acha que mais afeta o cuidado em saúde mental dos usuários aqui no serviço (positiva ou negativamente)?
-

Bloco 1: Direitos dos usuários/Autonomia

Quando usuário necessita de conversar com algum profissional/TR, existe algum processo de acolhimento para isso? Como acontece em seu serviço?

Você fornece informações sobre a situação de saúde mental dos usuários?

Você acha que essas informações ajudam na promoção da autonomia deles? Exemplificar?

O que você entende por autonomia?

Estratégias do serviço para promoção da autonomia?

Soa numa perspectiva de empoderamento ou de tutela?

Se não, quais os desafios enfrentados pela equipe?

Bloco 2 : Medicação

Como é que acontece o processo de gestão de medicamentos no seu serviço?

Trabalham numa perspectiva de redução de medicamentos?

Participação dos usuários na decisão de medicamentos?

Eles conhecem os medicamentos que fazem uso?

Bloco 3: Atividades/oficinas

Como vocês organizam as atividades/oficinas que serão ofertadas no serviço?

Há pactuações, decisões coletivas, espaços de decisão?

Articulação entre as atividades com a comunidade e/ou outros serviços? Como acontece?

Quais e Como são as atividades e oficinas?

Atividades para a construção de autonomia dos usuário - de cuidados higiênicos, de saúde, da rotina diária? Atividades de geração de renda e de organização financeira?

CASO NÃO: Por que você acha que não acontece?

Bloco 4: Família

Há participação dos familiares no cuidado em saúde mental dos usuários? Como é essa participação?

Projeto Terapêutico Singular, oficinas, decisões de medicamentos?

Para além do vínculo familiar, o serviço estimula o desenvolvimento de outras relações sociais? Caso negativo, pq você acha que não acontece?

Bloco 5: Plano Terapêutico Singular

Como acontece a construção do PTS no seu serviço?
Consideram as condições de vida, o contexto social, o território dos usuários?
Os usuários têm poder de negociação em relação a construção do seu plano de tratamento?
E as famílias?
Existe alguma reavaliação desse plano? É um processo contínuo?
Há alguma articulação com o CRAS ou com o CREAS, Consultório na rua? Como acontece?
O cuidado é compartilhado ou é encaminhado?

Bloco 6: Relações de Trabalho

Como é a relação de trabalho com sua equipe?
Há trabalho integrado? se sim, como é?
Se não, como você gostaria que acontecesse?
Você consegue observar uma melhora na vida dos usuários a partir do cuidado oferecido pelo CAPS?
Já chegou a indicar o CAPS para alguém de sua rede social ou sugeriria outra opção? Por que faria essa indicação?

Bloco 7: Educação Permanente

Aqui no serviço existe um “programa” de educação permanente em saúde?
Se sim, como é o processo?
Se não, o que você acha da situação de não ter?

Bloco 8: Atenção à crise

Como se dá o manejo e atenção à crise do usuário aqui no CAPS?
Quais as articulações/combinados com outros serviços?
Exemplificar e detalhar um pouco mais

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS GERAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade: _____

Identidade de gênero:

- ☐ MULHER CIS (é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu)
☐ HOMEM CIS (é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu)
☐ MULHER TRANS (pessoa que nasceu com o sexo biológico masculino, mas se identifica com gênero feminino)
☐ HOMEM TRANS (pessoa que nasceu com o sexo biológico feminino, mas se identifica com gênero masculino)
☐ NÃO BINÁRIO (refere-se às pessoas que não se percebem como pertencentes a um gênero exclusivamente)

Orientação sexual:

- ☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual ☐ Outro: _____

Raça/cor:

- ☐ Parda(o) ☐ Negra(o) ☐ Branca(o) ☐ Amarela(o) ☐ Indígena

Estado civil:

- ☐ Solteira(o) ☐ Casada(o)/União Estável ☐ Viúva(o) ☐ Separada(o)/Divorciada(o)

Religião:

- ☐ Nenhuma (Ateu/Agnóstico) ☐ Católica(o) ☐ Protestante
☐ Matriz Africana ☐ Espírita ☐ Outro: _____

Nível de Formação: _____

Área atuação: _____

CAPS que trabalha:

- ☐ Caminhar ☐ Gutemberg Botelho ☐ AD Jovem Cidadão ☐ AD David Capistrano

Quanto tempo trabalha no CAPS: _____

Modalidade de jornada de trabalho: ☐ Plantonista ☐ Diarista

Regime de horas semanais: _____

Tipo de contrato trabalhista: _____

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA”**, coordenada pelos professores Filipe Ferreira da Costa, Wilton Wilney Nascimento Padilha, Anselmo Clemente e Juliana Sampaio, e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Strictu Sensu - da Universidade Federal Da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde. JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O presente estudo fornecerá informações que possam proporcionar um melhor conhecimento acerca dos serviços de saúde mental, mais especificamente os Centros de Atenção Psicossociais do Município de João Pessoa-PB. Faz necessária tal discussão devido à escassez de trabalhos nessa área no sentido de avaliação de serviço. Este estudo poderá embasar melhores abordagens em saúde mental, contribuir para os melhoramentos dos serviços de saúde mental, avaliando a qualidade dos CAPS, identificando potencialidades e fragilidades no processo de trabalho dentro do modelo de atenção psicossocial, e assim, possibilitar a remodelação e melhorias no cuidado, nas políticas públicas e nos serviços, promover conhecimento por parte das Instituições os quais trabalham, bem como incentivar o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a problemática. O objetivo deste estudo é avaliar os CAPS, através de um instrumento validado na literatura, o AVALIA-CAPS, na percepção dos profissionais e usuários de saúde inseridos no serviço. Para alcançá-lo, realizar-se-á um estudo transversal, após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa. DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Como benefícios busca-se avaliar e conhecer as necessidade dos serviços de saúde mental da RAPS. O aprofundamento do estudo também deverá gerar informações que contribuam para melhorias no cuidado e no processo de trabalho relacionado aos serviços onde a pesquisa será realizada. A pesquisa pode gerar desconforto e constrangimento, frente a alguns questionamentos, pois os pacientes que se submeterão à entrevista e questionário, onde poderão expor suas possíveis limitações e fragilidades podendo optar pela desistência da participação sendo encaminhados (as) para o serviço de psicologia da UFPB. FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação da Sr.(a) nessa pesquisa pode implicar na necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que o presente estudo contém perguntas de cunho pessoal. Desse modo, caso venha a se sentir invadido (a) ou incomodada (o) com os questionamentos, a pesquisa será interrompida e lhe poderá ser oferecido o acompanhamento psicológico prestado pelo serviço de Psicologia da UFPB. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr.(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua

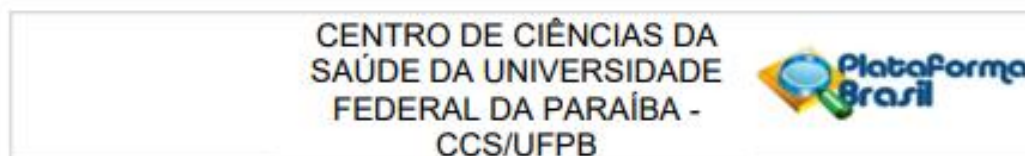
participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr.(a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida a Sr.(a). CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr.(a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao Sr.(a) e caso haja algum, será garantido indenização por parte do(s) responsável(is). DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar.

O(a)pesquisador (a)_____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele (a) compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 510/16. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o Filipe Ferreira da Costa, através do contato por telefone (83) 993802323, através do endereço eletrônico: filipe@ccs.ufpb.br, ou no endereço institucional: Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Educação Física, CCS, Cep: 58051-900, 63 João Pessoa, Paraíba. Fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, que funciona no Campus I, 1º andar, Cep: 58051-900, João Pessoa, Paraíba, telefone: (83) 3216-7791, email: comitedeetica@ccs.ufpb.br. HORÁRIO DE ATENDIMENTO PARA O PÚBLICO: das 07:00 às 12:00hs, e das 13:00 às 16:hrs, de segunda a sexta-feira. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

_____	____/____/____
Nome Assinatura do Participante da Pesquisa	Data
_____	____/____/____
Nome Assinatura do Pesquisador	Data

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA

Pesquisador: FILIPE FERREIRA DA COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58489422.3.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.480.496

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O presente projeto tem como objetivo avaliar os Centros de Atenção Psicossocial do município de João Pessoa em diferentes domínios e por diferentes atores. Trata-se, portanto, de estudo avaliativo, com uso de abordagens quantitativas e qualitativas para acessar as práticas de matriciamento dos CAPS à atenção primária, o processo de trabalho em relação às dimensões da autonomia, integralidade e intersetorialidade, bem como o uso de diferentes indicadores de processo de cuidado. Participarão do estudo profissionais de saúde e usuários de quatro CAPS do município de João Pessoa. Todos os 193 profissionais de nível superior que atuam diretamente no cuidado serão convidados, bem como uma cota de 20% dos usuários ativos em cada uma das unidades de saúde. Para a avaliação das dimensões de autonomia, integralidade e intersetorialidade, será aplicado o instrumento de coleta de dados "Avalia CAPS", em suas versões para o profissional e usuários. Para a avaliação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos CAPS será utilizada a proposta de Onocko e colaboradores (2017) em que são propostos oito temas (Atenção à situação de crise; Qualificação dos atendimentos grupais; Trabalho em rede; Gestão dos Caps; Educação permanente; Singularização da atenção;

Atenção às pessoas com deficiência intelectual; e Uso de medicação) constituídos de 16 indicadores. Para a avaliação do matriciamento em saúde mental ofertado pelos CAPS à Atenção

Continua...

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.480.496

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 1940622.pdf	30/05/2022 16:03:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/05/2022 16:01:19	SERGIA LANDARA BEZERRA SOARES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaassinada.pdf	05/05/2022 21:49:06	FILIPPE FERREIRA DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CEP.pdf	05/05/2022 21:48:17	FILIPPE FERREIRA DA COSTA	Aceito
Declaração de concordância	Termo de Anuência.pdf	05/05/2022 21:45:48	FILIPPE FERREIRA DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Certidao PPGSC.pdf	05/05/2022 21:45:25	FILIPPE FERREIRA DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO C-AVALIA CAPS VERSÃO PROFISSIONAL

		Com certeza, Sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/ Não lembro
1	No CAPS, os usuários são atendidos de acordo com as suas necessidades					
2	No CAPS, os usuários recebem informações suficientes sobre o seu problema de saúde mental					
3	Com o tratamento no CAPS, os usuários conhecem mais sobre a sua situação de saúde mental					
4	No CAPS, os usuários participam conjuntamente com a equipe das decisões sobre o tratamento medicamentoso (como, por exemplo: escolha da medicação, para que serve, efeitos colaterais)					
5	Com o tratamento no CAPS, os usuários conhecem mais sobre os medicamentos que utilizam (objetivos, efeitos e dosagens)					
6	No CAPS, os usuários decidem conjuntamente com a equipe sobre as atividades que irão participar					
7	A equipe do CAPS solicita que os familiares e/ou acompanhantes participem em conjunto com os usuários das decisões do tratamento					
8	No CAPS são oferecidas atividades para os familiares e/ou acompanhantes					
9	A equipe do CAPS busca conhecer a história e as condições de vida dos usuários para construir o plano de tratamento desses					
10	A equipe do CAPS busca conhecer as especificidades da comunidade e do território para construir o plano de tratamento dos usuários					
11	O CAPS entrou em contato com as equipes de atenção primária para a construção de um plano de tratamento para os usuários					
12	O CAPS acessa os serviços de assistência social para construir o plano de tratamento (como CRAS - Centro de Referência de Assistência Social - e CREAS Centro Especializado de Assistência Social, Abrigo, entre outros), quando necessário					
13	A equipe do CAPS busca outros profissionais/serviços da rede para auxiliar no plano de tratamento dos usuários					
14	O CAPS possui um profissional disponível quando os usuários necessitam, dentro do horário de atendimento do serviço					
15	No CAPS, são ofertadas oficinas para auxiliar os usuários a cuidarem da sua higiene, do seu corpo e da sua saúde					
16	No CAPS, os usuários têm acesso a oficinas e profissionais que ajudam com a sua rotina e afazeres diários					

Continua...

		Com certeza, Sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/ Não lembro
17	Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem realizar melhor suas atividades diárias					
18	No CAPS, os usuários têm atividades que auxiliam na organização financeira					
19	Com o tratamento no CAPS, os usuários têm a possibilidade de realizar atividades que gerem renda (por exemplo: trabalho, oficina de geração de renda, cooperativa)					
20	As atividades oferecidas pelo CAPS auxiliam os usuários a conhecer e frequentar outros lugares na cidade					
21	Com tratamento no CAPS, os usuários conseguem se inserir em outras atividades na sua comunidade (por exemplo: grupos, associações e festas)					
22	Com o tratamento no CAPS, os usuários sabem qual serviço devem buscar quando precisam de auxílio/ajuda e o CAPS não está aberto					
23	Com o tratamento no CAPS, usuários e familiares têm melhor manejo nos momentos de crise					
24	No CAPS, as opiniões e ideias dos usuários são respeitadas					
25	No CAPS, os usuários têm espaços para reclamar do tratamento e das atividades realizadas					
26	No CAPS, existem espaços para os usuários decidirem sobre o funcionamento do serviço (por exemplo, assembleias e reuniões)					
26	Com o tratamento no CAPS, as famílias têm mais informações sobre o problema de saúde mental do usuário					
28	O trabalho no CAPS é desenvolvido de forma integrada e compartilhada entre as diferentes áreas do conhecimento					
29	No CAPS, são desenvolvidas atividades de ensino e aprendizagem que objetivem a produção de conhecimentos no cotidiano					
30	A equipe do CAPS consegue manejar situações de crise dos usuários no serviço					
31	O CAPS possibilita atividades de discussão que objetivem enfrentar as questões de preconceito e discriminação					
32	No CAPS, as atividades coletivas oferecidas são importantes para o tratamento (grupos, oficinas e passeios)					
33	Com o tratamento no CAPS, os usuários melhoram o relacionamento com a sua família					

Continua...

		Com certeza, Sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/ Não lembro
34	Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem progressivamente diminuir as atividades realizadas dentro do CAPS e aumentar as atividades realizadas fora do CAPS					
35	Com o tratamento no CAPS, os usuários reduzem o uso de medicações psiquiátricas					
36	Com o tratamento no CAPS, os usuários têm menos crises psiquiátricas					
37	Com o tratamento no CAPS, os usuários têm menos internações de saúde mental					
38	Você indicaria o CAPS para uma pessoa que precisasse de um serviço de saúde mental					

fim
