

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**A PRODUÇÃO DE CUIDADO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL**

Luciana Nazareth Guedes Alcoforado Assini

Vitória - ES

2022

LUCIANA NAZARETH GUEDES ALCOFORADO ASSINI

A PRODUÇÃO DE CUIDADO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, no Nível de Mestrado, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Teresinha Cid Constantinidis.

UFES Vitória, dezembro de 2022.

LUCIANA NAZARETH GUEDES ALCOFORADO ASSINI

A PRODUÇÃO DE CUIDADO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, no Nível de Mestrado, sob a orientação da Prof^a. Dr^a Teresinha Cid Constantinidis.

Vitória, 16 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof^a Dra. Teresinha Cid Constantinidis - Orientadora

Prof^a Dra. Alexandra Iglesias - Examinadora

Prof^a Dra. Bruna Lidia Taño – Examinadora

Prof^a Dra. Cristiane Bremenkamp Cruz - Examinadora

DEDICATÓRIA

**À Ana e à Bea, minhas meninas,
responsáveis por me fazerem querer ser melhor.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço á Mãe! Aquela que é a Mãe das mães, e esteve comigo em cada noite em claro, e me sustentou ouviu e acalentou até aqui.

Agradeço muito especialmente à Teresinha, minha orientadora, por toda a parceria, orientação, respeito e amizade. Agradeço por nunca desistir de mim, mesmo quando eu desisti. Por transparecer uma fé tão inabalável em mim que me fez pensar: mas gente o que ela está vendo que eu não estou? Mas como é a Teresinha, que nunca está errada, e ela sabe das coisas, se ela está falando que eu consigo quem sou eu pra duvidar?! Agradeço por ser uma estrela guia nessa noite escura!

Agradeço à minha avó, minha mãe, e minha sogra.

Agradeço ao meu esposo Fábio por ser uma ilha de estabilidade nesse oceano de incertezas.

Agradeço aos amigos e amigas, colegas de trabalho e familiares (graças a Deus são muitas pessoas) que em muitos momentos me trouxeram palavras de incentivo e credibilidade. As palavras boas têm poder!

Agradeço a mim mesma, por ter morrido e nascido de novo vezes sem fim, e chegar ao final desse percurso completamente diferente de quando comecei. Agradeço por ter sobrevivido, enfrentado pandemia, puerpério, trabalho, estudo e cansaço. Agradeço por desistir e voltar infinitas vezes, mas por fim conseguir finalizar!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender, a partir do referencial teórico da atenção psicossocial, a produção de cuidado em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Vitória, ES, na perspectiva de profissionais de saúde mental. Dispositivo estratégico da atual política pública de assistência à saúde mental, o CAPS é um serviço de base territorial, comunitário, que se constitui como um dos pontos de assistência e cuidado que compõe a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Considera-se a Atenção Psicossocial como um campo formado a partir de práticas diversas que dialogam com diferentes núcleos de saberes e teorias, que se agregam para a formulação de intervenções, políticas, apostas e meios diversos de se levar a vida. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, com utilização de grupos focais para coleta de dados, tendo como participantes profissionais de saúde mental de formações variadas, trabalhadores de CAPS. Os grupos focais foram realizados em dois momentos: o primeiro momento buscando abordagem inicial e familiarização com a temática e o segundo, realizado mediante apresentação da análise preliminar do primeiro encontro do grupo e direcionado ao aprofundamento da temática. As sessões de Grupo focal foram transcritas e analisadas com auxílio do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). As categorias foram determinadas por meio das classes lexicais obtidas das análises e receberam as seguintes nomeações: 1. A dinâmica do cuidado - um processo teórico-prático; 2. Limites, possibilidades e desafios do cuidado em rede. Os resultados apontaram o questionamento entre o cuidado preconizado a partir do paradigma da atenção psicossocial e aquilo que é efetivamente realizado na realidade dos serviços. Apesar da angústia gerada pelas dificuldades no cotidiano dos serviços, existe a aposta na sustentação da atenção e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico dentro das premissas antimanicomial. No processo de trabalho, atribuem à equipe um lugar de tensão e desgaste, ao mesmo tempo como possibilidade de compartilhamento, apoio mútuo e função fundamental na composição do modo de atenção psicossocial. Os resultados trouxeram elementos sobre a especificidade do trabalho no CAPS no manejo da crise, na promoção do acesso e uso autônomo da medicação, nas ações territoriais na busca da inclusão social dos usuários. No que tange à relação do CAPS com outros pontos de atenção e gestão, os resultados apontaram a

dificuldade da interlocução deste serviço tanto com as gestões superiores como com outros pontos da rede, denunciando furos que comprometem a atenção psicossocial. No entanto, os participantes defendem o CAPS como um lugar de potência neste cuidado, destacando-se em relação a outros equipamentos

Palavras-chave: políticas de saúde; cuidado; centro de atenção psicossocial

ABSTRACT

This study aims to understand, from the theoretical framework of psychosocial care, the production of mental health care in Psychosocial Care Centers (CAPS) in the metropolitan region of Vitória, ES, from the perspective of mental health professionals. A strategic device of the current public policy on mental health care, the CAPS is a territorially based, community-based service that constitutes one of the assistance and care points that make up the Psychosocial Care Network - RAPS. Psychosocial Care is considered as a field formed from diverse practices that dialogue with different cores of knowledge and theories, which are added to formulate interventions, policies, bets and different ways of leading life. This is a research with a qualitative approach, using focus groups for data collection, with mental health professionals from different backgrounds, CAPS workers, as participants. The focus groups were carried out in two moments: the first moment seeking an initial approach and familiarization with the theme and the second, carried out through the presentation of the preliminary analysis of the first meeting of the group and directed to the deepening of the theme. The focus group sessions were transcribed and analyzed using the IRaMuTeQ software (Interface de R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). The categories were determined through the lexical classes obtained from the analyzes and received the following nominations: 1. The dynamics of care - a theoretical-practical process; 2. Limits, possibilities and challenges of networked care. The results pointed to the questioning between the care recommended from the paradigm of psychosocial care and what is effectively carried out in the reality of the services. Despite the anguish generated by the difficulties in the daily life of the services, there is a commitment to support attention and care for the person in psychological distress within the anti-asylum premises. In the work process, they attribute to the team a place of tension and exhaustion, at the same time as a possibility of sharing, mutual support and a fundamental role in

the composition of the psychosocial care mode. The results brought elements about the specificity of work at CAPS in crisis management, in promoting access and autonomous use of medication, in territorial actions in the search for social inclusion of users. With regard to the relationship between the CAPS and other points of care and management, the results point to the difficulty of interlocution between this service both with higher management and with other points in the network, denouncing gaps that compromise psychosocial care. However, the participants defend the CAPS as a place of power in this care, standing out in relation to other equipment

Keywords: health policies; care; psychosocial care center

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dendrograma com análise das CHDpágina 53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO.....	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME.....	Associação Brasileira de Saúde Mental
AP.....	Atenção Psicossocial
ACSS.....	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi.....	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CNSM.....	Conferência Nacional de Saúde Mental
CT.....	Comunidade Terapêutica
DATASUS.....	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ECA.....	Estatuto da Criança e do Adolescente
EqSF.....	Equipe de Saúde da Família
MDS.....	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a fome
MJ.....	Ministério da Justiça
MS.....	Ministério da Saúde
MT.....	Ministério do Trabalho
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
ONU.....	Organização das Nações Unidas
PNAB.....	Política Nacional de Atenção Básica
PNSM.....	Política Nacional de Saúde Mental
PS.....	Promoção em Saúde
RAPS.....	Rede de Atenção Psicossocial
SRT.....	Serviço Residencial Terapêutico
SUS.....	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
Introdução	16
Objetivos	19
Objetivo geral	20
Objetivo específico	20
Itinerários da Dissertação	21
Capítulo I - Produção de Cuidado	23
Capítulo II - Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Campo de Atenção Psicossocial	27
Capítulo III - A RAPS e as Mudanças na Política de Saúde Mental	33
Capítulo IV - Produção de Cuidado na Atenção Psicossocial - o cotidiano do CAPS	38
Capítulo V - Método	46
5.1 Lócus da pesquisa.....	47
5.2 Participantes	48
5.3 Instrumento.....	49
5.4 Tratamento e Análise de dados.....	50
Capítulo IV - Apresentação e Discussão dos Resultados.....	52
6.1 A Dinâmica do Cuidado - um processo teórico-prático	54
6.2 Limites, Possibilidades e Desafios do Cuidado em Rede	65
Considerações Finais	75
Referências Bibliográficas.....	78
Apendice A - Roteiro do Grupo Focal	85
Apendice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86

APRESENTAÇÃO

Iniciei meu percurso profissional em Saúde Mental no final de 2012, ao assumir o cargo de Terapeuta ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III ILHA da Prefeitura de Vitória. Anteriormente minha experiência de atuação nesta área estivera circunscrita ao estágio obrigatório na Clínica escola da faculdade e atuações pontuais em Unidades de Saúde no Município de Cariacica, cujas atividades desenvolviam-se no território efetivadas por uma equipe psicossocial ampliada na Unidade.

Considerando apenas o período de atuação profissional, já são quase dez anos de experiência no cuidado voltado à Clínica de Saúde Mental, em CAPS e, posso dizer que, em certa medida, a minha história se entrelaça e recebe influência direta da história do próprio serviço, pois a partir das experiências e provocações vivenciadas no dia a dia deste trabalho é que foi se constituindo minha identidade profissional. Pude me auto analisar e aperfeiçoar no exercício da terapia ocupacional, investindo em um processo de formação continuada que pudesse contemplar os questionamentos que tais vivências evocavam.

O CAPS ILHA - nomeado inicialmente por CAPS ILHA de Santa Maria (devido à localização) é o primeiro serviço psicossocial do município de Vitória, inaugurado em dezembro de 1996, foi concebido a partir de um convênio com o projeto de extensão da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, denominado “Cada doido com sua mania”. Nos anos seguintes a proposta foi se consolidando apoiada na atuação de profissionais contratados temporariamente e/ou cedidos por outras secretarias, sendo cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES somente em 2002, contando com a contratação de profissionais efetivos e formalização do repasse financeiro federal e municipal (Projeto Terapêutico Do Caps Ilha, 2020).

No início do ano de 2012, O CAPS Ilha mudou-se para nova sede, no bairro vizinho, Bento Ferreira, sendo a partir daí classificado como CAPS III - para municípios ou regiões de

saúde com população acima de 150 mil habitantes, o CAPS III atende pessoas de todas as faixas etárias (na ausência de dispositivo específico para atender demanda infanto juvenil), com demandas semelhantes a dos demais CAPS, com a especificidade de funcionar 24 horas por dia, com atenção continuada e ininterrupta, funcionando também como retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental (Espírito Santo, 2018).

Desta forma, foi inaugurado o serviço de Acolhimento 24 horas no Município de Vitória. Por quatro anos atendeu a toda a demanda de transtorno psiquiátrico grave adulto da população. No entanto, devido a dificultadores de ordem estrutural, aumento da população e da demanda por atendimentos, ao final de 2015, houve a criação de um novo CAPS, localizado na região de São Pedro que assumiria: o atendimento à população adscrita em território discriminado e a classificação de CAPS III contando com melhores adequações estruturais para a realização dos acolhimentos 24 horas do município. Assim há dois CAPS para tratamento de adultos com transtorno mental no Município de Vitória, um CAPS II (que retornou para sua sede original na Ilha de Santa Maria) e um CAPS III que atende aos munícipes de acordo com seu território de atuação para ações de hospitalidade diurna, e é responsável por acolhimentos 24 horas do total da população que necessitasse deste tipo de abordagem.

Tantas mudanças e adequações se desenvolveram em meio a cenários de transições gerenciais e políticas que impactaram os recursos financeiros, tecnológicos e humanos envolvidos na oferta de cuidado aos usuários, influenciando diretamente a organização e o funcionamento do serviço. Ouso dizer que presenciei diversos momentos em que o CAPS Ilha, como instituição, manifestou sintomas, adoeceu e administrou situações de crise assim como os sujeitos que agregava. Este serviço passou por períodos de depressão, embotamento, desorientação, “foi atendido” - em supervisões institucionais contando com suporte para a elaboração de suas questões - gozou certa estabilidade ativa para, em seguida, manifestar períodos de agitação e mania. Agora no período em que se percebe a amenização dos momentos mais críticos da Pandemia de Covid-19 o serviço se vê diante novos desafios, mudanças no quadro de adoecimento psíquico e a imposição de novas demandas. Neste processo, o CAPS reflete e, ao mesmo tempo, fomenta movimentos e percepções de profissionais, usuários e gestão num movimento de altos e baixos da oferta de cuidados.

Concebo a idéia de que o serviço, o equipamento, a oferta de cuidados, de atendimentos individuais e coletivos se modifica e sofre influência destes diferentes fatores: a equipe, a gestão, os usuários, a rede, o território, o financiamento entre outros. E em cada um destes diferentes momentos a equipe de trabalhadores se reinventa e organiza diferentes propostas de intervenção. Percebo que em alguns momentos manifesta um imensa plasticidade e capacidade inventiva em suas ações, mas em outros denota intensa precariedade e fragilidade nas ofertas mais ordinárias.

Foi diante da constatação destes fatos que começaram a surgir os questionamentos, que fomentaram a presente pesquisa sobre a produção de cuidados em um CAPS, a realidade, o entorno e as opções clínicas adotadas e de que forma essa produção de cuidado se aproxima ou se afasta das concepções da atenção psicossocial, e da mudança do paradigma psiquiátrico para o paradigma psicossocial.

INTRODUÇÃO

Merhy (2002) aponta que o processo de trabalho de um CAPS para produção do cuidado é complexo e desafiador, pode ser muito instrumentalizado e realizado numa lógica biomédica e prescritiva, centrado nos instrumentos e procedimentos, ou pode ser concebido a partir da lógica psicossocial, que considera o indivíduo em sua relação com o ambiente no qual vive, suas relações sociais e a produção subjetiva que tem por base a experiência da pessoa no ato de viver.

O autor qualifica o trabalho em saúde mental como um potencial produtor de vida, com atos tecnológicos e micropolíticos capazes de vivificar modos de existências interditados e anti-produtivos. Aponta uma relação em que a produção de vida do trabalhador é capaz de gerar vida no sujeito operando em uma dimensão criativa e inventiva no ato de trabalhar, algo que o autor nomeou como “trabalho vivo em ato”. Observa que este processo é experimental, está em movimento, e exige constantes questionamentos pelos atores envolvidos, e nos convida a refletir sobre este fazer entre nós, profissionais de saúde, abraçando a crítica como possibilidade de rever práticas e estratégias que por ventura não estejam funcionando e fomentando a capacidade de inventar outras tantas estratégias e maneiras de ser e fazer antimanicomial. (Merhy, 2002)

Este estudo, busca acolher o convite do autor, propondo-se a identificar a perspectiva de trabalhadores de saúde mental de CAPS da Grande Vitória quanto à produção de cuidado que se desenvolve nos próprios serviços e investigar como o propósito antimanicomial e o modo de atenção psicossocial, sustentam-se no cotidiano de trabalho desses CAPS.

Para Saraceno (2011), um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de interagir com os outros pontos de atenção da saúde e assistência social, e outros ainda de ordem comunitária, de ser atravessado e habitado por usuários e profissionais de saúde mental, sem contudo manter uma oferta de atividades e ações

fechadas ou pré definidas. Mas deve colocar-se para perceber e atender as necessidades e demandas dos usuários que por ele busquem ou necessitem, afirma que:

(...) os usuários têm direito de encontrar quem os escute, apoio psicológico, programas de reabilitação, tratamentos farmacológicos adequados, oportunidades de socialização, possibilidade de serem internados por períodos breves em ambientes adequados (e os manicômios não são ambientes adequados a nada) etc. Porque estes são os instrumentos que se mostraram eficazes para ajudar aos que padecem de enfermidades mentais. Os usuários têm direito de utilizar o serviço quando necessitarem e não apenas quando o serviço está funcionando (...) (Saraceno, 2011, p. 99)

Para a manutenção dos interesses e esforços direcionados aos horizontes teóricos, técnicos e éticos da Atenção Psicossocial, Yasui e Costa-Rosa (2008) encorajam o olhar atento aos riscos de se recair na alienação daquilo que está instituído, enredados pela lógica do conformismo e da repetição. Afinal, o modo psicossocial de cuidado é um processo constante de construção e desconstrução, fazer e desfazer, invenção de novas possibilidades ou retomadas de outras mais antigas, reorganizando limites para novas produções. Há um movimento, espécie de equilíbrio entre aquilo que os usuários demandam e aquilo que os profissionais conseguem entregar, pactuações de um cuidado gerenciado a partir das relações, que se localiza entre o sofrimento, a necessidade do sujeito e a capacidade de continência e agenciamento moldadas pela plasticidade subjetiva e pela desenvoltura das equipes.

É possível notar que o modelo de cuidado proposto no modo de atenção psicossocial é norteador do trabalho realizado no interior dos serviços de Atenção Psicossociais – CAPS. No entanto a produção do cuidado e abordagens ofertadas aos usuários dependem também de vários outros aspectos de ordem administrativa, financeira, territorial, prática, social e cultural que circunscrevem os equipamentos de saúde. Podemos observar que os serviços de saúde mental se organizam para oferta de cuidados de maneiras muito particulares, evidenciando diferentes maneiras para a resolução de diferentes ou semelhantes demandas a partir dos recursos próprios de cada equipe de profissionais e dos territórios em que se encontram.

Desta maneira o presente estudo abre um espaço à reflexão e se faz relevante como uma oportunidade das equipes de trabalhadores de saúde mental dos CAPS, analisarem de maneira orientada e construtiva a produção de cuidado em saúde mental realizada pelas equipes e sua

capacidade de sustentar uma proposta de cuidado condizente com a proposta do modo de atenção psicossocial.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar, considerando a concepção dos trabalhadores de saúde mental de CAPS e o referencial teórico da Atenção Psicossocial, a produção de cuidado em saúde mental realizada nesse serviço.

Objetivos Específicos

- Conhecer a organização de ofertas de cuidados realizadas por trabalhadores de equipe de saúde mental de CAPS da grande Vitória.
- Analisar como o propósito antimanicomial e o modo de atenção psicossocial, sustentam-se no cotidiano de trabalho desse CAPS.

ITINERÁRIOS DA DISSERTAÇÃO

Para atingir tais objetivos esta dissertação tem os capítulos organizados com o seguinte itinerário:

- Capítulo I: Traz elaboração do conceito de cuidado e produção de cuidado
- Capítulo II: Centra-se na contextualização histórica da reforma psiquiátrica brasileira e na apresentação do paradigma da atenção psicossocial.
- Capítulo III: Apresenta a Rede de atenção Psicossocial (RAPS) e as principais mudanças na política de saúde mental.
- Capítulo IV: Aborda produção de cuidado na atenção psicossocial - a clínica e o cotidiano no CAPS
- Capítulo V: Apresenta o método empregada na pesquisa.
- Capítulo VI: Apresentação e discussão dos resultados da pesquisa.
- Considerações finais: Apresentação da conclusão do estudo

Cuidar das coisas implica em ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. A razão analítico-instrumental abre caminho para a razão cordial, esprit de finesse, o espírito de delicadeza, o sentimento profundo. A centralidade não é mais ocupada pelo logos-razão, mas pelo pathos-sentimento (Boff, 1999, p. 96).

CAPÍTULO I - PRODUÇÃO DE CUIDADO

O conceito de cuidado apreendido da obra de Leonardo Boff (1999) refere-se a uma atitude de preocupação, inquietação e desvelo pelo outro. Silva Júnior et al (2005, p. 01) apresentam a origem da palavra cuidar apontando que o sentido, segundo filólogos, “remete a cura, ou capacidade de envolver-se na vida do outro, interessar-se pelo bem estar e exercer ações no benefício da pessoa ou objeto de interesse” Os autores consideram que o cuidado é uma maneira de ser no mundo, de como os indivíduos se constituem e se relacionam. Destacam a importância da relação de cuidado se dar de forma menos técnica e que privilegie menos a intervenção e mais a interação e comunhão entre os sujeitos.

Ayres (2004) aponta que a saúde não pode assumir um lugar ideal, imutável, completo e imóvel, mas deve acompanhar o movimento inerente a vida e às transformações do indivíduo. O autor relaciona tal ideal ao sentimento de felicidade que pode ser alcançado apesar de situações negativas ou inapropriadas, sugerindo que um sujeito pode se sentir saudável ou gozar de qualidade de vida mesmo com o andamento de processos de adoecimento. Para o autor, o cuidado modifica-se em consonância com as modificações da vida e as modificações do próprio sujeito

Pinheiro & Guizardi (2013) consideram que o cuidado não representa somente ações técnicas simplificadas direcionadas a um objetivo de saúde, mas compreendem um processo complexo e abrangente, com vistas à integralidade e a “compreensão da saúde como direito de ser” (p.23). Para os autores, o cuidado integral comporta conceitos subjetivos que envolvem o respeito e consideração do sujeito e seu sofrimento. Destacam que o cuidado se constitui a partir da relação com o outro, por meio do diálogo e interações positivas entre profissionais, e entre estes e os usuários, e entre estes atores e as instituições. No entrecruzamento destas relações busca-se atitudes identificadas como escuta e acolhimento, vínculo e relações genuínas que convergem ao tratamento digno e respeitoso.

A integralidade referida pelos autores é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente com a equidade, universalidade. A integralidade aborda o indivíduo em sua totalidade tendo como meta o atendimento de necessidades por meio da integração de ações. Dentre estas ações estão a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 1993). No entanto, para os autores, tal concepção se coloca de maneira estanque e determinista, induzindo a um raciocínio técnico de eleição de práticas e equipamentos

adequados a cada etapa ou processo de intervenção indicados, tratando a integralidade por um viés puramente organizacional reduzida a uma soma ou justaposição das ações de cunho coletivo ou preventivo (Pinheiro & Guizardi, 2013). Apontam que a integralidade do cuidado em saúde passa por um processo dinâmico de construção coletiva incessante, de práticas eficazes e realidades sociais, “que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados”, algo que demanda aceitação da pluralidade de saberes válidos, diálogo e validação de práticas e concepções não tecnicistas. (Guizardi & Pinheiro, 2008, p.39)..

Em relação à produção de cuidado, Campos (2011) fala de racionalidades capazes de orientar o Cuidado: a racionalidade tecnológica, a racionalidade da práxis e a racionalidade da arte. A primeira está direcionada a tratar de situações objetivas, a produção de bens ou serviços materiais, concretos, baseada em um saber científico prévio instituído sob a forma de normas e protocolos em que a autonomia do trabalhador ou de qualquer agente da prática não é necessária. A racionalidade da práxis abarca situações mais complexas que exigem reflexão, reconhecendo que as contradições e subjetividades presentes nas relações humanas dificultam a aplicação normativa do saber tecnológico, de maneira exclusiva. Exige que o trabalhador ou agente da prática possa se basear em saberes científicos prévios - ainda que de maneira crítica - mas detenha maior adaptabilidade e autonomia para atuar criativamente diante da complexidade das demandas. A terceira racionalidade, a racionalidade artística, prevê um processo ainda mais livre e inventivo, a racionalidade científica se apresenta de forma tênue, e seu principal objetivo está na originalidade e na estética (Campos, 2011).

O autor considera que tais racionalidades interagem e relacionam-se entre si, salientando que ainda há certa hegemonia da racionalidade tecnológica sobre as outras quando se trata do cuidado em saúde, no que tange a adoção de práticas biomédicas rígidas, protocolares e normativas. Por um lado, este tipo de racionalidade impõe alienação e perda da autonomia aos trabalhadores e é incapaz de abarcar aspectos subjetivos. Por outro lado, o autor aponta o quão perigoso seria basear o cuidado em saúde somente em um processo de racionalidade artística essencialmente experimental, que descartasse os saberes científicos, desconsiderando concepções éticas, colocaria os indivíduos em riscos inadmissíveis (Campos, 2011).

Adota, assim, o conceito de Práxis, para denominar o processo em que os profissionais de saúde possam acessar o conhecimento teórico/tecnológico adquirido, relacionando-o com a

escuta e observação do contexto. Este processo se dá de maneira autônoma, de forma dialogada e reflexiva entre seus pares e o usuário, podendo constituir ações que irão atingir os objetivos de saúde (Campos, 2011). O autor propõe, ainda, que a razão da praxis se configura na opção que irá intermediar a relação entre as três racionalidades, de maneira que o cuidado possa se assegurar de um arcabouço técnico científico à serviço das especificidades que se apresentem nas complexidades dos sujeitos, configurando uma abordagem apoiada na autonomia e inventividade do agente da prática. De um lado a possível exacerbação de processos de criatividade poderá ser regulada, por meio da participação ativa de usuários e profissionais em mecanismos de cogestão e práticas compartilhadas. E de outro lado a exacerbação técnico-normativa poderá ser amenizada por meio da adoção de uma postura crítica diante das concepções vigentes e ampliação das razões tecnológicas (Campos, 2011).

Ayres (2001), propõe considerar quanto ao verdadeiro lugar que o sujeito tem ocupado nas relações de cuidado. Aponta que as relações de cuidado costumam ser colocadas de forma verticalizada, hegemônica e prescritiva das medidas e atitudes mais adequadas à manutenção da saúde. Ao contrário, lança luz à importância da valorização do protagonismo dos sujeitos, que passam a ser considerados não só ativos, mas constituintes nesse processo de construção do cuidado e transformação de si mesmo. Para o autor, será a partir das relações, da legitimidade da interação com o outro, que será possível identificar as reais necessidades de saúde. Esta identificação das necessidades não se dá como um processo estático de falta, contido no sujeito, mas um processo dinâmico que emerge desse encontro.

Nesta linha, Pinheiro & Guizardi (2008), a partir da discussão da integralidade do cuidado em saúde, valorizam a aceitação e validação da pluralidade de saberes, diálogo e valorização de práticas e concepções que dizem respeito a aspectos da cultura, do território, das tradições, da história e da vida dos sujeitos. Para os autores a integralidade do cuidado passa por um processo dinâmico de construção coletiva incessante, de práticas eficazes e realidades sociais.

**CAPÍTULO II - REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O CAMPO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

A dinâmica de cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental se insere dentro do cenário histórico da reforma psiquiátrica no Brasil, com as mudanças que ocorreram e colaboraram para que a “loucura” recebesse novos espaços assistenciais, políticos e jurídicos saindo do campo da desassistência e maus tratos para a saúde mental que visa à construção de novos saberes, valores culturais e a consolidação do cuidado em liberdade (Amarante, 1995).

Torre e Amarante (2001) realizam breve histórico sobre o processo pelo qual passou as concepções de saúde, doença e loucura. Tais concepções receberam influência do Modelo Capitalista e da nova organização social promovida pela Reforma Industrial, no Século XVIII, inaugurando-se a percepção do ser humano como indivíduo detentor de uma expressão subjetiva. Assim, o corpo individual passa a servir um sistema, numa relação diferenciada com o trabalho. Este corpo deve ser, portanto, uma engrenagem que se encaixa, que está de acordo com aquilo que lhe é solicitado, de acordo com os interesses de produção vigentes. A partir daí surgem as concepções de normatização e adequação dos desviantes, o louco entre estes, e àqueles que por alguma razão não foi possível adequar-se, teve como destino o degredo. O louco é apartado da vida social, em que não se encaixava, para ocupar local de confinamento apropriado, dando lugar ao surgimento das instituições asilares, hospícios ou hospitais psiquiátricos.

O confinamento e o ideal de normatização do sujeito louco nos asilos, desencadearam uma nova experiência do fenômeno da loucura, engajada nas tendências científicas cartesianas daquele momento, voltada à fragmentação do indivíduo, dividindo-o em objetos de especialidades. O louco passa a servir como objeto da medicina, mais especificamente da psiquiatria, adotando a alcunha de alienado, ou seja, alguém que está fora de si, fora da realidade, incapaz de partilhar do pacto social (Torre & Amarante, 2001).

Assim, a alienação foi considerada um “distúrbio das paixões” e portanto cabia ao tratamento uma abordagem da ordem da reeducação moral, ou tratamento moral, proposto por Philippe Pinel, como um processo pedagógico-disciplinar realizado no interior do hospício. O tratamento moral seria capaz de estimular o alienado a recobrar a razão e, assim, tornar-se sujeito de direito, tornar-se cidadão (Amarante, 2007).

Tal abordagem começou a ser questionada e sofrer um processo de ruptura em sua estrutura hegemônica. No período pós-Segunda Guerra Mundial, essas críticas se intensificaram, intimamente relacionadas às questões dos direitos humanos e dos direitos à cidadania (Oliveira,

2011). Em 1950 e 1960 afluíram movimentos culturais e sociais de contracultura, que se opunham à cultura hegemônica, capazes de influenciar as organizações políticas, sociais e científicas, contribuindo nos ideais dos movimentos institucionais internacionais no campo da saúde mental. São eles: psicoterapia institucional (França), comunidades terapêuticas e antipsiquiatria (Inglaterra), saúde mental comunitária (EUA), Reforma Sanitária e movimento da desinstitucionalização (Itália) (Costa-Rosa, 2000).

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica, teve início nos anos 1970, concomitantemente ao Movimento Sanitário, que lutava pela implantação de um sistema de saúde coletivo, equitativo e universal. A partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado também por familiares, sindicalistas e pessoas com históricos de internações psiquiátricas, teve início o movimento de reforma, por meio da denúncia sistemática das violências perpetradas nos manicômios. O movimento passou também a contribuir com uma crítica ao saber psiquiátrico hegemônico, ao modelo de assistência centrado em hospitais e a mercantilização da loucura que se apoiava sobre o monopólio das instituições privadas (Amarante, 1995).

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira manteve estreita ligação com o movimento de desinstitucionalização italiano, a Psiquiatria Democrática, liderado por Franco Basaglia, que encontrou consonância com o processo de abertura política pós ditadura militar (em meados de 1989). Tais ideias frutificaram dando voz aos anseios de liberdade já presentes na população, após tantos anos de opressão (Amarante, 1999; Amarante & Torre, 2001).

Kinoshita (2009), ao relatar o processo de intervenção na então instituição asilar Casa de Saúde Anchieta em Santos - SP, ressalta que os esforços foram no sentido não só da adequação do manicômio - em transformar a instituição em um "manicômio bonzinho" - mas de realizar um processo de transformação de toda a concepção da lógica da segregação da loucura. Além disso, esta experiência de Santos, segundo o autor, vislumbrou a possibilidade de se desencadear um processo de transformação da assistência psiquiátrica na cidade e que servisse de estímulo para todo o país.

Amarante (1995) esclarece que não se trata apenas do fechamento de hospícios, asilos ou hospitais psiquiátricos, para abandonar as pessoas que ali estavam em suas famílias ou nas ruas. Mas trata-se da desconstrução da concepção de que é necessário isolar o sujeito para tratá-lo; a

desconstrução de uma abordagem coercitiva capaz de segregar o sujeito do convívio com seus familiares e privá-lo de sua própria vida, direitos e cidadania. Para Costa-Rosa (2000), a proposta de desinstitucionalização coloca-se de fato contrária ao modelo hegemônico asilar, e para tanto, para ser assim considerada (contrária, substitutiva), deve colocar-se radicalmente oposta e em nada se assemelhar ao modelo anterior desde sua concepção até sua concretização prática.

Para Amarante (1995), a desinstitucionalização é um processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; acima de tudo é um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos, um movimento que envolve a escolha da sociedade como um todo, acerca da maneira com a qual escolhe lidar com suas minorias.

Para Kinoshita (1996) desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não tratar a pessoa em sofrimento psíquico apenas com fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas, sociabilidade e subjetividade.

O desenrolar dos ideais da Reforma Psiquiátrica e as experiências práticas que eclodiram no território nacional, convergiram para que finalmente em abril de 2001 fosse promulgada a Lei Federal Nº 10.216. Marco legal da reorientação do modelo assistencial, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, assegurando-lhes que seu tratamento dar-se-ia com humanidade e respeito, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, ficando a internação, como medida excepcional a ser adotada apenas quando os demais recursos estivessem esgotados (Brasil, 2001).

Para Saraceno (2011), o processo de crítica às instituições totais não se trata apenas da destruição do escândalo manicomial, mas sim inicia-se a partir da proposta de reconstrução do sujeito que estava dentro da instituição. Essa abordagem, chamada Reabilitação Psicossocial, visa proporcionar ao sujeito um espaço de criação e/ou fortalecimento do poder contratual, poder esse que se manifesta nas relações, na capacidade de negociação, no trânsito do sujeito por diferentes cenários e na assunção de diferentes papéis. No entanto, o autor discute a semântica da palavra reabilitação, esclarecendo que não se trata de habilitar alguém à alguma coisa, mas que tal reabilitação está condicionada à ampliação de possibilidades, construções cotidianas de relações

e afetos que contemplem a casa o trabalho e o lazer, mudanças capazes de criar possibilidades de vida e de se constituir a cidadania plena (Sarraceno, 1996).

No Brasil, passou-se a utilizar o termo Atenção Psicossocial a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992, quando se definiu que a atenção integral e a cidadania eram conceitos norteadores da atenção à saúde mental. Assim, nos marcos dessa Conferência e de todo o movimento que ela desencadeou, compreende-se que a condição de saúde e doença mental presente em uma determinada pessoa é resultante de um conjunto complexo e indissociável de determinações e condicionamentos biológicos, psicológicos e sociais e compreende como atenção, um arranjo de estratégias para prover assistência e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Essa denominação remete à noção de saúde mental que, diferente da psiquiatria, uma disciplina da área médica, é, estruturalmente, interdisciplinar. A Atenção Psicossocial, mais que um termo, é a configuração de um campo, aberto para a inclusão de inovações, que congrega um conjunto de práticas substitutivas ao modelo asilar (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003). Yasui, Luzio e Amarante (2018) consideram a Atenção Psicossocial como um campo que se forma a partir de práticas diversas e um diálogo constante entre diferentes núcleos de saberes e ferramentas teóricas, que se misturam e se agregam para a formulação de intervenções políticas, apostas e meios diversos de se levar a vida.

A ruptura com o Modelo Tradicional - organicista, estratificado, hierarquizado, cujas estratégias de cuidado estão centradas na sintomatologia, limitadas ao uso da medicação e técnicas coercitivas - dá lugar a um novo modelo assistencial, que situa a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva. Dessa forma, a compreensão do processo saúde-doença se dá como resultante de processos sociais complexos, multifatoriais, e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado. Nesse novo paradigma, produção de saúde e produção de subjetividade estão entrelaçadas e são indissociáveis (Costa-rosa, 2000; Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) destacam quatro aspectos essenciais ao paradigma da atenção psicossocial:

- Aspecto teórico-técnico da atenção psicossocial em que é afirmada a origem psíquica e sociocultural do sofrimento humano, retirando a centralidade da determinação orgânica. O sofrimento é parte da existência dos sujeitos, e a clínica em saúde mental é ampliada e interdisciplinar.
- As relações intrainstitucionais nas quais não existem relações de saber e poder rigidamente instituídas e deve haver inclusão dos usuários, familiares e comunidade nas decisões dos serviços.
- Relação entre as instituições e destas com a população em geral na qual a demanda que se apresenta aos serviços deve ser entendida em sua complexidade, visando a integralidade da atenção. Nenhum serviço tem a responsabilidade exclusiva de atender a todas as necessidades dos sujeitos, como nas instituições totais. Cada serviço responsabiliza-se por algumas ações numa linha de cuidado e os diferentes serviços e dispositivos devem conectar-se entre si.
- Perspectiva ética dessa concepção visa contribuir com o reposicionamento do sujeito diante de sua existência e sua experiência de sofrimento, e não se centra na eliminação de sintomas e adequação a padrões rígidos e pré-estabelecidos.

Yasui e Costa-Rosa (2008) destacam a atuação dos profissionais de saúde como objeto central na concretização de ações de atenção e cuidado na perspectiva da atenção psicossocial. Para os autores um processo de formação arraigado a especialismos e manutenção do status hegemônico das práticas de saúde vai de encontro ao que está sendo entendido como uma produção social de saúde - concebida como estado geral decorrente do modo de se levar a vida em todos os aspectos: físicos, psíquicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais.

CAPÍTULO III - A RAPS E AS MUDANÇAS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

No Brasil, em 2010, instituem-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que de acordo com a portaria nº 4.279, de 30/12/2010 “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.4). Dentro das RAS, instituem-se redes de atenção temáticas, que devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam pessoas ou populações. Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas cinco redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Espírito Santo, 2018).

A RAPS, que foi instituída em 23 de dezembro de 2011 na Portaria Ministerial Nº3.088, congrega os objetivos, princípios e diretrizes para o cuidado em saúde mental e define os componentes e pontos de atenção que, juntos, atuam para viabilizar esse cuidado. Várias portarias desdobram-se dessa normativa, definindo e regulando os pontos de atenção que compõem a RAPS. Em 28 de setembro de 2017, após deliberação tripartite, o Ministério da Saúde agregou todas as portarias de seus atos normativos em seis Portarias de Consolidação, divididas em eixos temáticos.

Nas Portarias de Consolidação Nº 3 e Nº 6, de 28 de setembro de 2017, a RAPS agrega diferentes componentes e pontos de atenção de cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Entre suas diretrizes, traz: a) respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; b) promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; c) combate a estigmas e preconceitos; d) garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; e) atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; f) diversificação das estratégias de cuidado; g) desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; h) desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; i) ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; j) organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade

do cuidado; k) promoção de estratégias de educação permanente; e l) desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2017)

Em relação ao contexto político atual e as políticas de saúde mental, Delgado (2019) propõe uma análise dos avanços no processo de tratamento de pessoas com transtorno mental desde o início da Reforma Psiquiátrica. Avalia que as ações e políticas implementadas continuaram se desenvolvendo e avançando, tendo em vista a redução dos leitos psiquiátricos e as conquistas direcionadas a propostas de cuidado territoriais, comunitárias e intersetorias pautadas na consolidação das políticas públicas de saúde mental. Tal movimento progressivo se estendeu até o ano de 2015, com o incremento de serviços e transformação de processos de trabalho como a incorporação programática da intersetorialidade e os desafios de construir o cuidado no dia a dia do território.

Já em 2016, o então governo Temer, instituiu uma medida provisória, que posteriormente tornou-se a Emenda Constitucional 95/2016, determinando o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS. Iniciou-se um período, agravado nos anos seguintes, de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental. (Delgado, 2019; Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020)

Delgado (2019) apresenta um breve levantamento das medidas adotadas pelo governo federal entre 2016 e 2019, a seguir:

- 1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica;
- 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias;
- 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental;
- 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas

em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (Delgado, 2019, pp. 2-3)

Esse desmonte, que acontece estrategicamente a partir 2016 nas políticas de Saúde Mental, contradiz os marcos públicos instituídos como políticas de Estado, como a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990b) e 8.142/1990 (BRASIL, 1990c), que dispõe sobre o funcionamento do SUS e da participação social, a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que garante os direitos e modelo de assistência à saúde mental, a Constituição Federal (BRASIL, 1988), o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, pelo Decreto nº 592 (BRASIL, 1992), o ECA (BRASIL, 1990a) e desconsideram as resoluções das quatro conferências de Saúde Mental realizadas no Brasil (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

É importante destacar ainda que tais medidas configuraram um movimento de reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico, além da ênfase na internação de crianças e adolescentes e ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia (Lima, 2019). O golpe mais contundente, foi direcionado à Política Nacional sobre Drogas, configurando um declínio na proposta do cuidado em liberdade para um acesso mais facilitado a internações em hospitais psiquiátricos e criação do CAPS IV - um modelo que visa o acolhimento 24 horas sem a implementação da continuidade do cuidado territorial - como mini hospitais e comunidades terapêuticas. (Cruz; Gonçalves & Delgado, 2020). Estas medidas corroboram com a dissociação entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas e a condenação das estratégias de redução de danos consolidando um processo de desconstrução da reforma psiquiátrica de cunho antimanicomial em um retrocesso denominado “Contra-Reforma” (Lima, 2019).

Tais mudanças normativas e do financiamento trouxeram consequências práticas sobre a implantação de serviços comunitários de saúde mental. Além de comprometer o funcionamento dos equipamentos existentes, pela redução de contratação/reposição de profissionais, há o

sucateamento das estruturas e desabastecimento de artigos e materiais que contribuem na implementação de propostas terapêuticas necessárias. Portanto, o decaimento do processo de implantação dos Serviços de Atenção Psicossocial (CAPS) resulta em um cenário de desassistência e estagnação do processo de reforma.

**CAPÍTULO IV - PRODUÇÃO DE CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - O
COTIDIANO DO CAPS**

O documento de Diretrizes Clínicas em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2018) aponta ainda as Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com o parâmetro populacional da região atendida, previstas na Portaria de Consolidação nº 03/2017 e Portaria nº 3.588/2017:

- Para municípios ou regiões de saúde com mais de quinze mil habitantes:
 - CAPS I: atendem pessoas de todas as faixas etárias, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h.
- Para municípios ou regiões de saúde entre setenta e duzentos mil habitantes:
 - CAPS II: atende pessoas de todas as faixas etárias, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno, até às 21h.
 - CAPS ad (álcool e drogas): atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h.
 - CAPSij (infanto-juvenil): Atende crianças e adolescentes, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno, até às 21h.
- Para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes:
 - CAPS III: Atende pessoas de todas as faixas etárias, com demandas semelhantes à dos demais CAPS, com a especificidade de funcionar 24 horas por dia, com atenção continuada e ininterrupta, funcionando também como retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.
 - CAPS ad III: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, funcionando 24 horas por dia, com atenção continuada e ininterrupta, funcionando também como retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.
- Para municípios ou capitais estaduais com população acima de quinhentos mil habitantes:
 - CAPS ad IV: Destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Quando em um município inexistem CAPSij e/ou CAPSad o atendimento das demandas do público infanto-juvenil e de pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e drogas, deve ser feito pelo CAPS existente no território, seja CAPS I, II ou III.

Dentro desse desenho, os CAPS exercem o papel desafiador de atender a essa população, que apresenta fragilidades psíquicas e necessidades de ordem social. Trata-se de um dispositivo estratégico da atual política pública de assistência à saúde mental, é um serviço de base territorial, comunitário, que se constitui como um dos pontos de assistência e cuidado que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, e se conecta com os demais serviços e pontos de inclusão social em seu território de atuação, visando garantir e reafirmar o acesso universal e o cuidado integral com qualidade para as pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Política Nacional de Saúde Mental prevê a implantação de CAPS em municípios com população igual ou superior a quinze mil habitantes (Espírito Santo, 2018).

Pensar a Saúde Mental em seus processos de trabalho faz com que os profissionais de saúde operem de maneira integrada, articulada com a rede, refletindo no modelo de atenção psicossocial, em que o produto não é a cura, mas sim o cuidado e a possibilidade dos sujeitos gerirem sua vida com autonomia de acordo com suas limitações (Amarante, 1995). Merhy (2002) aponta que a equipe de trabalhadores é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial, promovendo a elaboração de estratégias de negociação entre os sujeitos, seus familiares e os espaços sociais, intermediando conflitos e estimulando a (re)construção de processos subjetivos que envolvem a (re)conquista dos espaços de convivência.

Assim, o CAPS assume a centralidade na organização assistencial dessa ampla rede de cuidados e, segundo Yasui (2010), é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, tece uma trama de cuidados que une diferentes segmentos sociais, serviços e atores. Leal e Delgado (2007) corroboram com essa prerrogativa, apontando que tal dispositivo estratégico de cuidado deve ser entendido não só como um equipamento de saúde, capaz de ofertar ações e procedimentos, mas sim como um “Modo CAPS” de operar cuidados, que prevê um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, atividades cotidianas, propostas, medidas administrativas, proposições filosóficas, morais e filantrópicas e a relação entre tais

elementos na produção de estratégias de cuidado ao sujeito com sofrimento mental (Leal & Delgado, 2007, p.1).

Atuar como um elo de ligação entre diversos serviços e iniciativas e entre estes e os sujeitos, o cotidiano de um CAPS é pensar conexões possíveis, circulação e cenários que contemplem os diferentes sujeitos que buscam cuidados. Exige que o dispositivo mantenha estreita relação com o território e atores que dele compartilham, conhecendo suas tensões e potencialidades, contemplando possibilidades de inserção e utilização dos recursos existentes como ferramentas de cuidado (Yasui, 2010).

O documento de Diretrizes Clínicas em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2018), reafirma como atribuição do CAPS, o papel de ordenador da Rede de Atenção Psicossocial. Afirma que uma das responsabilidades do CAPS é a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. Assim a assistência prestada à pessoa atendida no CAPS, inclui atividades comunitárias com enfoque na integração do usuário na família, na escola, ou quaisquer outras formas de inserção social, e o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça. Ressalta que

o CAPS possui um duplo mandato: o de ofertar tratamento especializado às pessoas com transtornos mentais e comportamentais ou grave sofrimento mental e também de ativar uma rede de cuidados e proteção que inclui a família, a comunidade, os demais serviços de saúde e da rede intersetorial, e a sociedade como um todo (Espírito Santo, 2018 p.72).

Acompanhando o referencial teórico apresentado, cabe esclarecer algumas concepções acerca daquilo que está sendo considerado como **o território** de atuação do CAPS, ou o território em que este serviço e usuários se circunscrevem. Para Milton Santos (2002) o território é constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, etc.); apresenta recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer. Trata-se então de um território que vai muito além da noção espacial e geográfica, mas incorpora-se aqui a noção de **território-vivo**, que considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva.

4.1 Sobre o Cotidiano do Caps

No período que antecedeu ao movimento de Reforma Psiquiátrica, identificado pela adoção de uma lógica asilar e manicomial, a conotação medicalocêntrica atribuída à clínica justificava as práticas de segregação e ações coercitivas empregadas como forma de cuidado das pessoas acometidas por dificuldades mentais. Amarante e Torre (2001) apontam que tais concepções clínicas sofriam influência do próprio ato de isolar, uma vez que conferia-se ao sujeito características biopsíquicas e sociais, manifestas mediante a esta prática, em que entendia-se a instituição como o instrumento da cura e o afastamento a ação que permitia identificar e classificar os sujeitos.

Os movimentos de Antipsiquiatria e Reforma psiquiátrica evidenciam um processo de ruptura com as concepções de clínica baseadas no isolamento e na segregação, nos últimos anos, ao novo conjunto de concepções de cuidado intitulou-se como clínica ampliada, clínica psicossocial ou até mesmo clínica da reforma, concepções estas singulares, que se propõe a conhecer e conceber os sujeitos e seus sofrimentos de maneira particular, considerando a expressão da relação humano-social. Isso significa que esta clínica leva em conta a relação entre o serviço, a comunidade e o sujeito, apropriando-se das dimensões políticas e sociais, e do ideal de (re) inserção social dos sujeitos, pois é a partir desta relações que poderão ser pensadas possíveis intervenções. O foco recai então nas relações sociais e na subjetividade e permite a reflexão quanto ao fato de que o cuidado capaz de gerar modificações na realidade de sofrimentos e necessidades do sujeito é aquele que articula o complexo papel dos profissionais, sujeitos, familiares e comunidade (Leal & Delgado, 2007).

Quando o cuidado passa a acontecer onde o sujeito vive, e está diretamente ligado ao desenvolvimento de habilidades sociais, coloca-se então em evidência as ações realizadas no cotidiano dos serviços e a plasticidade das equipes em sua capacidade de ofertar ações que se mantenham conectadas com a realidade e o território dos sujeitos atendidos. É um cuidado capaz de contemplar as especificidades da vida dos sujeitos e das relações que ele estabelece e não somente os aspectos que dizem respeito aos sintomas e ao adoecimento (Leal & Delgado, 2007).

Entendendo o cotidiano como o contexto, o espaço e a circunstância em que a vida acontece, e que o cotidiano do CAPS dá lugar ao cotidiano dos sujeitos para além dos processos institucionais, percebe-se que para que desta forma seja concebido, o cotidiano do CAPS requer a

produção de um serviço flexível, aberto, atravessado pelas singularidades dos usuários, enriquecido e questionado pelo contexto e que, incessantemente se indaga, se transforma, se reinventa em processo: um serviço produtor de relações e de ações geradoras de transformação das possibilidades de vida cotidiana das pessoas, capaz de “co-produzir projetos para a vida” (Nicácio & Campos, 2004, p.75).

O cuidado dos sujeitos, portanto, não poderá estar limitado ao espaço físico de um serviço, mas faz-se necessário acompanhá-lo e conhecê-lo no território, no lugar em que vive, que percorre e habita. Segundo Leal e Delgado (2007), é preciso que a equipe reconheça também o que o sujeito produz na sua relação com o espaço social, e para tanto, é preciso que a forma de organização do trabalho da equipe obedeça uma lógica singular de valorização do encontro, com flexibilização das ofertas de atividades e que sejam capazes de operar no tempo dos sujeitos, uma clínica pensada para atender a pluralidade da demanda de maneira singular.

Costa-Rosa (2014) aponta que no campo da saúde mental a ética descendente da Atenção Psicossocial determina que os profissionais do cuidado operem como intercessores, viabilizando ao sujeito seu posicionamento e protagonismo no percurso de produção de saúde, permitindo o desenvolvimento e acesso às subjetividades. Leal e Delgado (2007) nesta mesma direção, consideram que a organização da ofertas de atividades do serviço deve ser variada e aberta, levando em conta a participação ativa dos sujeitos atendidos de maneira a refletir ações da vida cotidiana que dizem respeito aos cenários sociais, de trabalho e de lazer. O propósito de qualquer uma das atividades desenvolvidas deve ser o de promover um lugar onde o sujeito com transtorno mental grave possa, ter uma outra experiência de ligação com o mundo, diferente em qualidade daquela que vivencia, contrapondo-se à experiência de isolamento que muito freqüentemente é relatada por eles como experiência de exclusão (Leal & Delgado, 2007).

A adoção dos CAPS como dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos e precursores da nova lógica de cuidado antimanicomial tem sido avaliada como uma escolha exitosa. Para Benilton (2016) os usuários que têm acesso aos CAPS se re-internam menos, aderem mais aos tratamentos, abandonam menos os serviços. No entanto, este autor também aponta que, se por um lado a gestão avalia o sucesso da implantação dos dispositivos, por outro lado as equipes de trabalhadores “da ponta” executores das ações indicam inúmeras dificuldades diante deste fazer em saúde: “quanto mais perto da linha de frente, no dia a dia dos serviços, mais

se notam aflições, dúvidas, quando não um certo desânimo quanto ao futuro da proposta” (Benilton, 2016, p. 1).

São inúmeras as atribuições e atravessamentos que o dispositivo CAPS e sua equipe concentram, compreendendo funções administrativas, políticas e assistenciais para dentro e para fora do dispositivo, se ocupando da estrutura e ordenação da rede de saúde e paralelamente responsável pelo cuidado direto dos usuários com sofrimento mental que buscam o serviço cotidianamente (Benilton, 2016). Este cotidiano atribulado de afazeres degenerados resulta, não raro, em evidenciar a presença de usuários que manifestam um cotidiano empobrecido, vazio, opaco e sem sentido, mesmo estando sob tratamento em serviço territorial, algo que foi observado pelos autores Leal e Delgado (2007) e lhes suscitaram o seguinte questionamento: estariam os CAPS repetindo as práticas e concepções do modelo asilar? (Leal & Delgado, 2007, p. 3)

Para atender à demandas tão heterogêneas, os profissionais adotam um repertório de práticas e ações condizentes com as propostas terapêuticas que a equipe elege para nortear o cuidado. Tais opções devem ser constantemente revistas e redimensionadas, avaliando o quanto ainda são válidas e efetivas para atingir os objetivos esperados. No entanto, nesse cotidiano de práticas dos serviços de saúde mental, muitas vezes ocorre a perda do sentido ou dos objetivos de determinadas ações - seja por dificuldades operacionais ou por sobrecarga - os trabalhadores se vêem muitas vezes, reproduzindo práticas apenas como executores, evidenciando aquilo que identificamos como engessamento das práticas de saúde (Silva, 2017).

Nos últimos anos, as mudanças já mencionadas nas políticas de saúde mental, têm demonstrado que o profissional de saúde mental dos CAPS, assim como os usuários e familiares, não tiveram voz na discussão dessas mudanças, demonstrando um bloqueio de acesso à participação social e política desses atores, restando a estes o assujeitamento ao desmonte de políticas que foram construídas em um processo de luta da reforma psiquiátrica brasileira. Além disso, estamos vivendo tempos adversos com a pandemia de COVID-19 e diante das medidas sanitárias como restrição de circulação, isolamento de casos suspeitos, distanciamento social (de idosos e outros grupos de risco), lock-down, quarentena, uso de máscara afetaram direta e indiretamente o processo econômico e social. Nesse contexto de crise pandêmica, portanto, há uma ampliação da vulnerabilidade social. Além disso, a saúde mental das populações sofreu um

importante impacto diante das particularidades do isolamento coletivo como o luto, ansiedade e a depressão (Pinsky & Ribeiro, 2021), além de agravamento de sofrimento psíquico grave de usuários, já em atendimento nos serviços. Assim, diante das contrarreformas do Estado e da adversidade da pandemia, é exigido que as equipes criem formas e espaços de cuidado em outra perspectiva e este é o contexto atual em que se insere esta pesquisa.

As Ciências Sociais se apóiam na idéia de que o ser humano é capaz de refletir sobre si por meio das interações sociais e a partir daí construir-se como pessoa. Neste sentido, a abordagem qualitativa se apresenta como um modelo de pesquisa capaz de abarcar tais propriedades ao se apoiar na descrição, no entendimento, na busca de significado, na interpretação, na linguagem e no discurso, gerando um tipo de conhecimento válido a partir da compreensão do significado do contexto particular dos sujeitos e coletivos (Gondin, 2003)

Esta pesquisa visa compreender e analisar os diferentes significados atribuídos pelos sujeitos à situações específicas vividas cotidianamente, sendo estes significados concretos ou subjetivos, e o cotidiano em questão estando relacionado à produção de cuidado em saúde mental. Neste sentido, a pesquisa qualitativa mostrou-se a estratégia mais adequada, por entender que essa forma de trabalho privilegia os sujeitos e a grande quantidade de informações e interpretações que esses sujeitos possuem sobre a realidade que vivem (Minayo, 1996).

Para Flick (2008), esta modalidade de pesquisa parte de campos de estudos que envolvem situações práticas e interações do sujeito na vida cotidiana, que valorizam a pluralização das esferas da vida. Vai ao encontro dos interesses desta proposta de pesquisa pois se dirige à análise das situações e da vida concreta, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais e temporais.

O projeto da pesquisa que deu origem a esta dissertação, por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos - seguindo Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Lei Federal nº 11.794/08 - foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais da UFES. Todos os participantes desta pesquisa poderiam participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

5.1 Lócus da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois CAPS para adultos com transtorno mental, um deles na modalidade CAPS II e outro na modalidade CAPS III. O CAPS II situa-se em cidade da Grande Vitória, cuja gestão é estadual e o CAPS III situa-se na cidade de Vitória (ES) e tem gestão municipal. Atendem diariamente adultos em sofrimento psíquico com idade acima de 18 anos, e são compostos por equipe multiprofissional formada por: médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico esportivo, técnico de enfermagem. Desenvolvem ações de visita/atendimento domiciliar, atividades individuais e coletivas:

atendimentos, oficinas terapêuticas, de geração de renda, grupos terapêuticos - com usuários e familiares.

5.2 Participantes

Segundo Fraser e Godim (2004), a seleção dos participantes de uma pesquisa qualitativa precisa ser feita de forma que consiga ampliar a compreensão do tema e explorar as representações do objeto de estudo. Dessa forma, os participantes da presente pesquisa foram doze profissionais da equipe de saúde mental dos CAPS, independente da formação profissional ou do nível de formação, incluindo profissionais de nível médio e superior. O critério de inclusão é que tais profissionais estivessem envolvidos nas atividades de atenção e cuidado aos usuários, tivessem tempo de experiência profissional de no mínimo seis meses de atuação em CAPS e que participassem voluntariamente da pesquisa. Como critério de exclusão, seriam excluídos profissionais de saúde mental não atuantes nos referidos CAPS.

Os grupos focais contaram com presença de profissionais de ambos os sexos, com representantes das seguintes categorias profissionais: enfermeiro e técnico de enfermagem, farmacêutico, recepcionista, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo.

Os serviços contemplados foram escolhidos diante da autorização para a realização da pesquisa pelos departamentos responsáveis nas respectivas repartições públicas, evidenciando restrições e dificultadores institucionais que impediram a ampliação do campo da pesquisa a outros municípios da Grande Vitória.

É importante destacar o fato da pesquisadora ter certa proximidade com os participantes, por esta ser também profissional de saúde mental de CAPS da mesma rede dos CAPS selecionados para esta pesquisa. O fato de lidar com participantes próximos, às vezes conhecidos, traz duas questões importantes a serem discutidas. A primeira é a possibilidade dessa proximidade facilitar o “colocar-se na pele do analisado”. Demo (2001) ressalta a preocupação epistemológica de entender o outro assim como o outro gostaria de ser entendido e ressalta a importância do desafio de procurar da melhor maneira possível entender o outro, tentando colocar-se no lugar dele. O autor afirma: “Tal ideia é muito interessante, porque mostra a importância da boa vontade de entender o outro e a dificuldade de fazer isso a contento. No limite, não entendemos propriamente o outro, mas o entendemos conforme conseguimos

entender” (Demo, 2001, pag.32). Nesta perspectiva, esta proximidade seria positiva para o processo de pesquisa.

Se por um lado essa proximidade pode ser favorável, por outro lado, e aqui entra a segunda questão, essa proximidade pode ser um problema na condução da pesquisa. A falta de distanciamento entre pesquisador e os participantes pode levar a confusão entre os discursos. Para resolver esse impasse, foram seguidas recomendações feitas por Duarte (2002) que alerta quanto à necessidade do pesquisador deve ficar atento na produção de um texto no qual os recortes das falas, os temas destacados expressem as reais dúvidas e opiniões dos informantes e não o posicionamento do pesquisador-autor.

5.3 Instrumento

Uma vez que estas equipes constituem grupos naturais que convivem e se relacionam cotidianamente, foi fomentado o diálogo direcionado às questões levantadas às equipes na modalidade de grupo focal, cujos dados foram produzidos a partir da interação deste grupo. Os grupos focais possibilitam a reunião de sujeitos que possuam aproximação com a temática de interesse para que, orientados por um roteiro e na presença de mediador, possam emitir opiniões e percepções quanto ao tema proposto. As falas dos participantes se reúnem para a expressão de um produto do grupo quanto ao tema proposto (Flick, 2008).

Os grupos focais foram realizados de maneira presencial, nos CAPS. No CAPS II participaram sete profissionais em cada encontro e no CAPS III participaram 05 profissionais a cada encontro. Foram realizadas quatro sessões de grupos focais, duas sessões em cada CAPS. Os participantes foram os mesmos nos dois encontros do grupo. As sessões, coordenadas pela pesquisadora, tiveram duração média de 90 minutos. O primeiro encontro buscou abordagem inicial e familiarização com a temática e o segundo encontro foi realizado mediante apresentação da análise preliminar do primeiro encontro do grupo e direcionado ao aprofundamento da temática.

Os profissionais foram convidados a participar do estudo de maneira voluntária a partir de uma visita e conversa prévias realizadas nos serviços, em que a pesquisadora informou o objetivos e o método a ser utilizado para o estudo, em que os participantes poderiam voluntariar-se espontaneamente a participar. Os encontros foram agendados segundo critério de disponibilidade dos participantes e do local de melhor acesso e conforto a estes.

Os encontros foram gravados, sendo explicitado aos profissionais que haveria sigilo das informações, na utilização dos dados e no anonimato dos participantes. No primeiro encontro foi realizada uma atividade inicial, disparadora das discussões. Tal atividade consistia em cada participante escolher uma frase, dentre várias frases impressas dispostas em uma mesa que foram retiradas aleatoriamente do referencial bibliográfico utilizado para o aporte teórico sobre o modelo de atenção psicossocial desta pesquisa. Cada participante, inicialmente, comentou esta frase. A partir daí foi iniciada a discussão sobre a produção de cuidado no CAPS, tendo como norteador da discussão um roteiro de questões previamente elaborado (Apendice A). No segundo encontro foi retomada a discussão, com possibilidade de aprofundamento e finalização de questões abordadas no encontro anterior.

Ambos os encontros foram conduzidos, manejados e posteriormente transcritos somente pela pesquisadora.

5.4 Tratamento e Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada com auxílio do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) que consiste em um “programa informático gratuito, que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras” (CAMARGO e JUSTO, 2013, p. 513). O material resultante da transcrição dos grupos focais foi transformado em um corpus textual e submetido a uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análise realizada pelo Software IRaMuTeQ. Este processo resultou na construção de um dendrograma que, entre outras análises, informa a distribuição das classes. Desta forma, os segmentos de texto são classificados de acordo com seus vocabulários. O software permite que os segmentos de texto, associados a cada classe, sejam recuperados.

5.5 Procedimentos

- Projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, de modo a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, em consonância com as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

- Foi realizada solicitação aos setores responsáveis da Administração Municipal e Estadual para autorização para a realização da pesquisa. Posteriormente foi agendado com as respectivas coordenações dos CAPS para apresentação da proposta.
- Apresentação do projeto às equipes e os profissionais foram convidados à participarem.
- Organização em conjunto com os participantes voluntários o horário e local apropriados para início as sessões do grupo focal.
- Realização dos grupos focais
- Transcrição das gravações das sessões dos grupos focais
- Tratamento e análise dos dados.

CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O corpus elaborado a partir das transcrições dos grupos focais apresentou 26.139 ocorrências, 691 segmentos de textos, correspondendo a 91,4% de aproveitamento do material. A palavra “acho” foi a mais frequente nos grupos focais (n =177), seguida de “coisa” (n =103), “vezes” (n=95), “equipe” (n=93) e “CAPS” (n=83). A palavra “achar” tem como significados: encontrar por acaso, atinar com, criar, descobrir, inventar, ter impressão ou opinião (Michaelis, 2022). Neste sentido, considerando a proposta do grupo focal e a composição dessa palavra com as demais aponta para busca da equipe dos CAPS em construir a produção de cuidado juntos, em equipe, em um processo dinâmico, conforme ilustrado em um dos segmentos de texto:

Então, quantas vezes, que às vezes eu penso uma coisa, mas quando eu levo para o grupo e há discussão, aí eu vejo que eu posso mudar, posso adaptar aquilo ali em prol do usuário.

A análise de CHD das palavras ativas produziu cinco classes lexicais, que estão apresentadas na Figura 1.

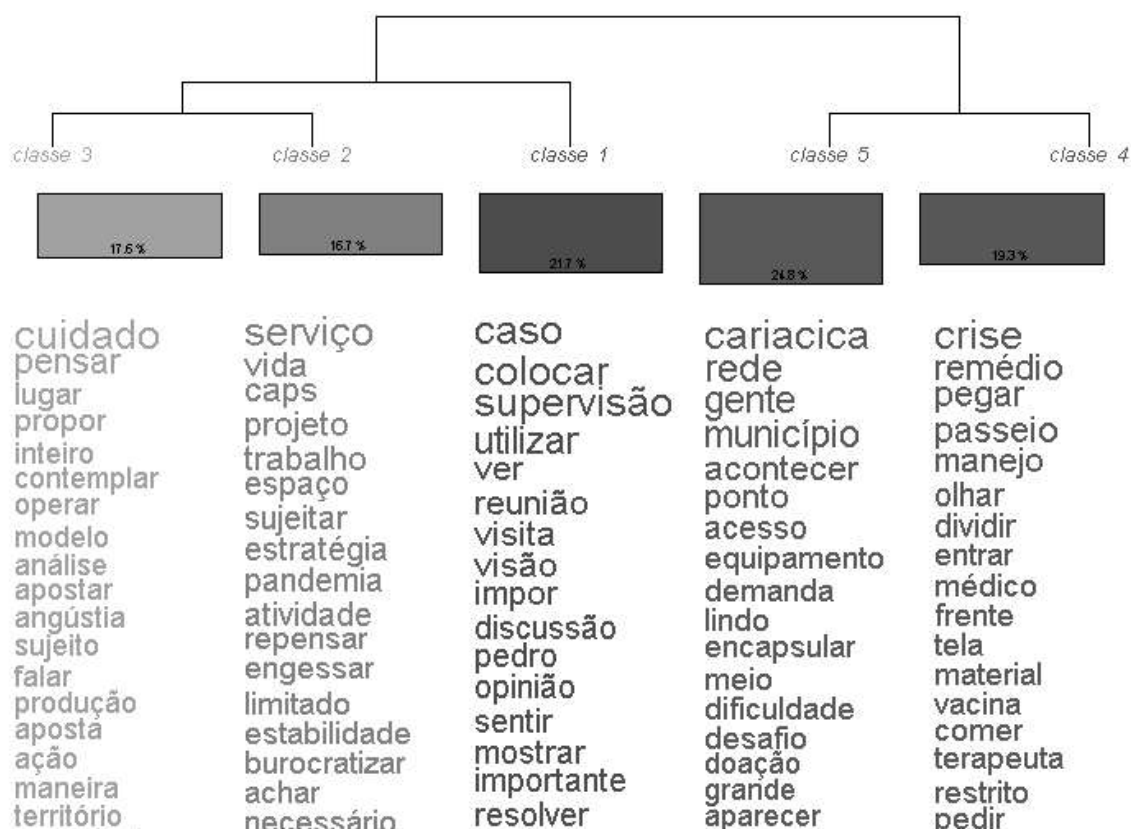


Figura 1 – Dendrograma com análise das CHD

O dendrograma mostra uma primeira partição do corpus em dois subcorpora, ficando de um lado as classes 1, 2 e 3 (Subcorpus 1) e do outro as classes 4 e 5 (Subcorpus 2). Em uma segunda partição, o subcorpus 1 foi dividido em dois, ficando de um lado a classe 1, e de outro as classes 2 e 3 (Subcorpus 3). O subcorpus 2 foi dividido em dois: de um lado a classe 5 e de outro a classe 4. Finalmente, o terceiro subcorpus foi dividido em dois, de um lado a classe 2 e de outro a classe 3.

O subcorpus 1 evidencia o processo de trabalho da equipe, em que as palavras evidenciadas na classe 2 remetem a prática, ao trabalho real, demandas reais e do dia a dia do trabalho no CAPS. A Classe 3, por sua vez, indica o processo reflexivo direcionado a esse trabalho. Finalmente, a Classe 1 concentra as ideias relacionadas à mediação entre as classes 2 e 3.

O Subcorpus 2 evidencia a relação dos serviços com o entorno: gestão, o território e outros serviços que compõe a rede de saúde e assistência em que estão inseridos e é composto pelas Classe 4 e Classe 5.

As categorias foram determinadas por meio das classes lexicais obtidas das análises (Martins et al, 2022) e receberam as seguintes nomeações:

- A dinâmica do cuidado - um processo teórico-prático. Esta categoria compreende as classes 1, 2 e 3.
- Limites, possibilidades e desafios do cuidado em rede. Esta categoria compreende as classes 4 e 5.

6.1. A dinâmica do Cuidado - Um Processo Teórico-Prático

Esta categoria compreende a Classe 1, a Classes 2 e a Classe 3.

A Classe 2, é representada pelas palavras *serviço, vida, CAPS, projeto, trabalho, espaço, sujeitar, estratégia, pandemia, atividade, engessar* e corresponde a 16,7 % dos segmentos de texto. Esta classe está mais direcionada às ações realizadas no dia a dia do serviço, incluindo as dificuldades e estratégias para enfrentar os desafios cotidianos na produção de cuidado em saúde mental. Dizendo de outra forma, seria o cuidado produzido na realidade do serviço, com todos os atravessamentos que desviam o projeto de cuidado do ideal, trazendo-o para a realidade e que convocam a equipe a agir na imanência dos acontecimentos.

A Classe 3 traz as palavras *cuidado, pensar, lugar, propor, inteiro, contemplar, modelo, análise, apostar, angústia*. Corresponde a 17, 6% dos segmentos de texto. Representa a dimensão relacionada ao plano das ideias referentes ao cuidado em saúde mental, aparece a reflexão da prática, constituindo-se em uma dimensão teórica, voltada a modelos e planejamento do cuidado.

Ambas as classes se misturam, entrelaçam-se, complementam-se o que denota um processo intrincado, dinâmico entre o fazer e pensar. As ações são pensadas, ou seja, nascem de um processo reflexivo-teórico, que se realizam numa dimensão prática e retornam para uma análise reflexiva. Assim, os profissionais analisam as ações e práticas reais em comparação com as propostas teóricas e ideias de cuidado. Tal perspectiva se apresenta na contraposição de ideias e argumentos entre aquilo que é realizado e aquilo que se gostaria que assim o fosse.

Isso é indicado nos segmentos do discurso dos trabalhadores de saúde mental dos CAPS, quando o termo *cuidado* vem acompanhado do termo *pensar*. Tais termos, localizados na classe 3, remetem a um processo teórico/ reflexivo. No entanto, posteriormente, estes mesmos termos irão se relacionar aos termos *trabalho, CAPS e projeto*, presentes na classe 2, cujo direcionamento inclina-se para as ações e práticas do cotidiano, conforme apresentado no segmento de texto a seguir :

Não sei se por questão de preconceito da população, mas até então eu nem sabia que a psiquiatria tinha passado por uma reforma, eu tinha ideia de que era aquele **cuidado** antigo de isolamento, aquela coisa absurda, então eu tinha mesmo aquele bloqueio de trabalhar com saúde mental.

Neste segmento há uma referência à quebra do paradigma de cuidado manicomial, hospitalacêntrico para a emergência e consolidação do cuidado em liberdade, mas que até o início das suas atividades no CAPS o trabalhador desconhecia o processo da reforma psiquiátrica brasileira .

Segundo Merhy (2013) a reforma psiquiátrica é impensável sem os seus trabalhadores. Para o autor, a manutenção do processo da reforma depende da dedicação destes profissionais a pensar os confinamentos existentes nas práticas de cuidado e do envolvimento com a singularidade da vida de cada pessoa para ver e inventar saídas diante das complexas situações que enfrentam em seus cotidianos.

De acordo com os segmentos a seguir, indica-se uma preocupação dos trabalhadores para que a construção do cuidado seja um processo compartilhado com os usuários e que possa contemplar necessidades individuais, singulares e ao mesmo tempo tenha representatividade no coletivo.

porque assim, se ao mesmo tempo *pensamos* no cuidado a partir do usuário, para o usuário ao mesmo tempo que se o **CAPS** pensa e se propõe a ser tão inventivo e tão criativo, fazer **proposta** de Projeto Terapêutico Singular realmente individualizados precisamos de tempo

que não dá pra eu falar de produzir um cuidado diferente, sem *pensar* em como eu estou **produzindo** esse cuidado e como eu estou implicado nesse processo.

e vai **pensar** junto no que não está legal como que **constrói** isso pra poder ficar legal e ser bom pra todo mundo, eles participam, então o **cuidado**, ele é o tempo inteiro **pensado** de maneira coletiva com eles também

Os segmentos de texto indicam, ainda, um processo autocrítico, de como o profissional se percebe implicado nessa proposta. É importante considerar que o cuidado singularizado ou “diferenciado” foge à concepção de cuidado prescritivo e protocolar e só será possível ser alcançado por meio de uma desconstrução de um lugar de saber prévio e consolidado, para a construção de uma proposta permeável a participação do outro (Bernardes & Quinhones, 2009).

A seguir, o segmento de texto explicita a preocupação dos profissionais na tentativa de minimizar as diferenças entre a teoria e a prática, exposta na palavra *pensar* articulada aos termos *proposta e produção*, que apresentam mais claramente a contraposição entre “o pensar” a prática e sua intersecção com as interdições da realidade:

eu entendo mas de certa maneira também quando o trabalhador, quando **pensamos** assim porque você vai estuda aí você aposta nisso na **proposta**, aí você quer construir uma rede, você quer construir outro modelo de cuidado e você esbarra em coisas do real assim.

Entre o ideal da proposta e a realidade dos serviços existe certa distância a ser transposta pelo profissional, distancia permeada por conflitos, que se constitui no desafio do cuidado . Almeida e Merhy (2020) apontam que a experiência de trabalhar nos serviços constituídos a partir da reforma psiquiátrica, no campo da saúde mental, é permeada por intensos desafios, pois movimenta construções históricas, sociais e culturais que colocam seus trabalhadores no olho do

furacão antimanicomial. Os autores destacam que o campo da saúde mental requer tempo todo, dos trabalhadores, uma postura ativa, de criação de vida. Para isso é necessário criar possibilidades e empréstimo de capacidade e habilidades em um lugar de incertezas, aberto a dúvidas e experimentações.

No entanto, os profissionais participantes desta pesquisa indicam ter clareza quanto aos componentes teóricos do cuidado psicossocial, mas comparecem incertezas e angústias relacionadas a aplicação prática desta teoria, conforme ilustrado no segmento a seguir:

basicamente só para isso, para mim contempla a **angústia** por saber o que é o **pensado**, o que está posto como **norma**, como **diretriz**, como efetivo ideológico em fim mas não saber, não ver isso acontecer na **realidade**.

Tratando-se especificamente da prática, das ações que são desenvolvidas pelos trabalhadores no exercício do cotidiano profissional, um movimento que ora se aproxima e ora se afasta daquilo que o trabalhador gostaria de realizar:

e vem muito de encontro com a forma como eu penso do **trabalho** aqui no CAPS, é eu já me angustiei muito assim no início com é, com essa coisa.

aí falando que não poderia estar limitado ao espaço físico de um serviço e pensando no CAPS assim, eu fico extremamente angustiado que não fazemos um trabalho territorial potente assim, e não vou falar que faz, porque não fazemos.

Sustentar o paradigma da atenção psicossocial na proposição de modos de produção de cuidado, implicados com as mudanças neste campo, é fundamental. Sobretudo, é na micropolítica dos processos de trabalho, no encontro entre trabalhadores e usuários, que se constroem os atos de cuidado e que o antimanicomial pode se fortalecer. (Merhy, 2013; De Almeida e Merhy, 2020)

Nesta mesma classe, destaca-se o termo *vida* indicando possibilidades, intervenções e projetos pensados e realizados com finalidade de cuidado, dentro da viabilidade da vida de cada usuário:

então assim é um projeto de **vida** que até então não existia, assim o que pode fulano é isso.

é não vai mudar a vida da pessoa lá fora e tal mas é uma estratégia também que pra esse fim ela é pontual e ela também pode ser usada além de apagar o incêndio, para prevenir

que esse incêncio aconteça.

porque estando aqui no ambiente controlado com vários profissionais acho que não é a questão, a questão é o impacto que vai ter na vida, na vida da pessoa, na vida da família dela, numa possibilidade de conseguir um trabalho, de conseguir se organizar.

Este termo também aparece em contexto de avaliação crítica da postura profissional, das atividades, intervenções e ações ofertadas pelos serviços de saúde mental. Neste contexto, intervenções vistas como insuficientes na operacionalização de um cuidado psicossocial com bases antimanicomiais, conforme apresentado nos segmentos a seguir:

e existe a articulação do serviço com a **vida** mesmo, às vezes pensamos que tá aqui dentro produzindo vida mas tá também cerceando muita coisa.

bate cabeça pra resolver uma questão pontual e não pensa em projeto de terapêutico, não pensa em projeto de **vida**, não pensa em produção de autonomia e aí tá nesse movimento agora de poder rediscutir isso.

Os segmentos a seguir, revelam um processo complexo que envolve vínculo, proximidade, conhecimento e validação de movimentos de vida do sujeito, tais processos e procedimentos estão circunscritos em um espaço e um tempo próprios e evidenciam um compromisso com o modelo de atenção psicossocial e proposta de cuidado antimanicomial, explícitos sob o emprego de termo **aposta**.

fui ruminando aqui algumas coisas e acho que quando fala de produção de prática, de produção de cuidado aqui no CAPS, usa muito uma palavra que ela não surgiu ainda que é **aposta**.

Aposta é também um termo utilizado por Merhy (2007) na conceituação deste trabalho essencialmente experimental e criativo compromissado com novos modos tecnológicos e sociais que “permitam o nascer, em terreno não fértil da subjetividade aprisionada da loucura excluída e interdita, e de novas possibilidades desejantes, protegidas em redes sociais inclusivas.” (Merhy, 2007, p.05). Porém, se por um lado esse cenário apresenta aquilo que há de mais belo e potente do que se pretende atualmente como um cuidado psicossocial em liberdade, por outro lado, pode também apresentar situações extremamente exigentes e desafiadoras, que foram evidenciadas no discurso dos trabalhadores através do termo *angústia*.

O termo *angústia* aparece com frequência no discurso destes profissionais como um

sentimento de frustração e impotência diante de um trabalho exigente, muitas vezes de difícil resolução:

como se essa aposta no sujeito não fizesse sentido porque a pessoa tá vivendo uma **vida** ruim, uma **vida** de sabe, e aí isso me dá uma **angústia** extrema e eu entendo.

Eu acho que acaba que às vezes a gente fica muito assim: na angústia de não estar conseguindo fazer e permanece na **angústia**. E aí fica **angustiado** porque tá **angustiado**.

A angústia aparece também na classe 3 que apresentando aspectos mais voltados à reflexão e teoria. Neste sentido, indicando que tal angústia se manifesta diante da reflexão quanto aos desafios do real diante da teoria e das dificuldades para implementar as ações de cuidado pretendidas frente à complexidade que os casos manifestam.

Eu sei que regra é importante, protocolo é importante, mas acho que não pode servir pra atrapalhar o serviço, sabe? Para engessar um serviço. Isso que me **angustia!**

engessa a pessoa, engessa a vida, engessa o serviço, aí você perde potência e acaba **angustiado** e gera lá o sentimento de impotência do trabalho.

O termo *angústia* aparece também associado ao termo *lugar* ilustrando o quanto este sentimento pode ser paralisante e improdutivo, precisando da equipe para compor alguma possibilidade de ação.

então assim nesse momento me contempla muito por estar nesse movimento de estar **angustiada** com a **angústia** e não estar conseguindo transformar essa **angustia** em ação ou em alguma coisa produtiva, em alguma coisa que tire do **lugar** que eu estou.

ao mesmo tempo eu sei que não posso sair desse lugar sozinha porque é um trabalho em **equipe** então eu tenho que pensar sobre isso e se não estamos juntos, estamos ali, de fato falar é do fracasso que a gente vai ficar **angustiado** porque vai propor coisa que não vai funcionar, porque é aquilo que eu tava falando antes.

No conteúdo apresentado até aqui é possível vislumbrar a indissociabilidade do processo teórico-prático que envolve o trabalho antimanicomial em saúde mental. Apontam que os profissionais se veem angustiados muitas vezes por entraves reais, desafios e dificuldades que inibem o exercício pleno da proposta. Alguns destes entraves estão localizados externamente (na rede e em outros processos sócio institucionais), mas outros podem estar localizados dentro do próprio serviço, diante do funcionamento da própria equipe.

quer um respaldo enquanto profissional, enquanto serviço e aí fica ali discutindo o mundo inteiro e não faz nada, ou faz uma coisa muito fechada, que é isso que não precisa

A angústia manifesta-se diante das dificuldades nas relações de trabalho dentro das equipes, permeando relações pessoais, profissionais e gerenciais. Evidencia o funcionamento por vezes desgastado dos trabalhadores ou até mesmo relações conflituosas entre eles, comprometendo as possibilidades de oferta de ações.

porque você acaba também adoecendo o serviço contribuindo para esse adoecimento do serviço com a postura profissional, com a forma como você fala com os outros, com a forma como você chega, então é bem desesperador.

eu entendo que nunca entramos num processo de supervisão enquanto equipe porque nunca fomos equipe.

Tais desentendimentos também podem acontecer devido a insatisfação dos profissionais com o campo de atuação, dificuldade de engajamento nas propostas ofertadas ou no entendimento da proposta antimanicomial. É preciso, portanto, criar espaços de comunicação, diálogo e pausa nesse cotidiano caótico, um coletivo solidário e mais acolhedor, com espaços genuínos de fala e escuta, em que os trabalhadores se sintam confortáveis em compartilhar pensamentos, dúvidas e experiências; espaços coletivos que fortaleçam relações de vínculo e afeto entre os profissionais diminuindo as distâncias e o sentimento de solidão, entendendo que a alegria e os bons encontros são determinantes na consolidação do cuidado em liberdade. (De Almeida e Merhy, 2020)

Apesar das dificuldades inerentes ao trabalho em equipe, estes profissionais apontam que diante dos desafios e dificuldades, têm a equipe como possibilidade de compartilhamento de ideias, ideais e objetivos em comum:

então também coloca para eles, para eles terem uma visão que aqui não é uma pessoa só que vai conseguir trazer assim para ele a melhora, dar assim um direcionamento não, é toda **a equipe** cada um com seu pedacinho assim.

Entende-se, assim que esta produção de cuidado se faz de maneira subjetiva e singular. Os autores referem que tal arranjo lança luz sobre o profissional de saúde como protagonista no processo de cuidado, que não mais se resume a mero recurso ou insumo de trabalho. (De Almeida e Merhy 2020). Franco e Merhy (2013) apontam o termo caixa de ferramentas para

nomear os recursos objetivos (saberes e teorias) e subjetivos (experiências, criatividade, inventividade e história de vida) que cada profissional acessa para contribuir nesse processo de cuidado.

Ainda em relação à composição do trabalho em equipe:

Precisa ter também uma **equipe** que dê conta disso! O que não é fácil.

e realmente quando fala do CAPS eu vejo como a **equipe** realmente é importante, essa união, esse alicerce, mesmo muitos que chegam aqui acabam melhorando em função dessa integração que a **equipe** tem.

então quando fala de **equipe**, e é muito também no pensamento de que deveria ser o sus dessa coparticipação no tratamento e tudo isso e aqui tem muito isso

Neste sentido, a complexidade do trabalho envolvido no CAPS só poderá ser abarcada a partir de um processo que envolva múltiplas conexões, múltiplas perspectivas, na possibilidade do encontro com a equipe, conforme trazido pelos participantes. Lancetti (2015) aponta que fazer saúde trata-se de uma produção de alta exigência para os trabalhadores, pois pressupõe a desterritorialização e a construção de novos territórios de existência; a reinvenção constante de seu campo de atuação e de si mesmos.

Essa produção de cuidado é subjetiva, diversa e complementar, as categorias profissionais atuam de maneira interdisciplinar num intenso investimento na construção conjunta do cuidado. As barreiras profissionais se tornam permeáveis e intercomunicáveis para que se estabeleçam formas novas, variadas e subjetivas de produção de saúde e produção de vida. (Merhy, 2013; De Almeida e Merhy, 2020).

Através desta análise é possível apreender que a produção do cuidado se dá através de um processo dinâmico, um movimento que envolve ações, práticas, procedimentos, reflexões e contraposições teóricas. Este movimento ampara e serve como analisador desse fazer e, ao mesmo tempo atua de maneira estratégica no suporte e manutenção do funcionamento desse mecanismo de cuidado. Neste sentido, estes resultados corroboram a afirmação de Siegman (2006) que aponta que o trabalho em saúde mental não se trata de estabelecer uma clínica ideal para o CAPS, um ideal protocolar de processos formativos e de práticas de cuidados na saúde mental, mas uma chamada para resistências diárias, para uma reinvenção possível, para transformações das práticas no dia a dia.

Prosseguindo no processo de análise, a Classe 1 traz as palavras *caso, colocar, supervisão, utilizar, ver, reunião, impor, discussão*. Essa classe destaca-se das demais na primeira partição e totaliza 21,69% dos segmentos de texto. Opõe-se às classes referentes à teoria e à prática do cuidado, trazendo a síntese da teoria e da prática na produção em cuidado em saúde mental no CAPS. Indica estratégias assumidas pela equipe organizar o cotidiano da produção de cuidado em saúde mental no CAPS. Esses profissionais apontam alguns espaços de discussão como amenizadores da angústia causada pelas peculiaridades desse trabalho, tais como: reunião, estudo de caso, discussão e supervisão.

então vai, é lógico que existem algumas divergências que são resolvidas na **reunião de equipe**, e aí o que é decidido pela maioria é o que acaba executando e levar a consideração a opinião de todo mundo.

então quantas vezes que às vezes eu penso uma coisa, mas quando eu levo para o grupo e há a **discussão**, aí eu vejo que não, eu posso mudar, posso me adaptar àquilo em prol do usuário.

é o grupo sabe a **equipe** que decide, a equipe leva para **reunião**, todo mundo da uma opinião é lógico que não é perfeito mas assim todo mundo almeja o melhor para o paciente, entendeu?

Nos segmentos a cima os termos evidenciam a constituição de um espaço subjetivo de encontro entre os profissionais. As discussões de casos, reuniões de equipe se constituem em momentos de encontro, compartilhamento de incertezas e oportunidade de planejamentos das ações e propostas mais adequadas à imanência das situações que se apresentam. Tal como refere Siegmann (2006) a equipe interdisciplinar que atualiza diariamente o trabalho clínico nos serviços de saúde mental é muito mais do que um grupo de psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, enfermeiros. Muito mais que categorias profissionais, as práticas de cuidados se constituem além do encontro dos usuários com trabalhadores da saúde. Constituem-se também no encontro de um conjunto de trajetórias de vida, de um conjunto de experiências que conduzem a uma sustentação coletiva, produzida em agenciamentos micro e macropolítico.

Além disso, no que tange ao Modelo de Atenção Psicossocial, próprio do CAPS, Costa-Rosa (2000), refere que a equipe interdisciplinar deve caracterizar o meio de trabalho, com a

inserção de dispositivos diversificados em que a organização do trabalho deve apresentar uma lógica de cooperação entre diferentes profissionais, serviços e gestão-administração.

É importante destacar o papel da supervisão clínico-institucional como estratégia importante de qualificação para transformar os modos de gestão de trabalho e da clínica desenvolvidos nos CAPS, conforme ilustrado nos seguintes segmentos de texto:

não só como uma parte do caso acho que como disparador é importante tenho uma outra visão, acho que discutia até bastante caso a maioria das supervisões era de discussão de caso mas fazia bastante discussão de processo de trabalho, discussão de outras coisas.

a supervisão deu conta disso a angústia existe mas não é mais paralisante é um incômodo que algumas vezes provoca inquietação mas também outras soluções, não é só um sofrimento.

Evidencia-se no discurso que os profissionais passaram por uma experiência exitosa com a proposta de supervisão clínico-institucional e a identificam como um espaço de elaboração das angústias, podendo surgir em inquietações positivas necessárias à reinvenção da prática em ações antimanicomialis. Onocko Campos (2007) explica que a supervisão institucional é um dos dispositivos usados para subverter as linhas de poder instituídas nos serviços, constituindo-se como ferramenta de educação permanente. Tal dispositivo se coloca como um espaço não apenas de resolução, mas de problematização, no qual não se impõem os ideais do supervisor em detrimento do desejo e do conhecimento dos trabalhadores das equipes.

No entanto, o processo de supervisão nem sempre tem o apoio da gestão superior, que não investe nesta estratégia, conforme pode ser verificado nos seguintes relatos:

é a gente não pode ficar sem, existe a possibilidade de voltar a supervisão mais ou menos na verdade tem a lenda da supervisão institucionalizada pela secretaria, pagar supervisor e tudo mais, não tem perspectiva de isso acontecer pelo que eu fui sondar, e eu vou conversar para ver se a gente consegue retomar o trabalho.

Saraceno (2001) considera que a eficácia da intervenção terapêutica está estreitamente correlacionada à organização do trabalho da equipe e aponta algumas características de uma equipe integrada, tais como: comunicação clara e não contraditória; distribuição de poder; importância dos conhecimentos, da afetividade e da responsabilidade; discussão e planejamento do trabalho; autocrítica e avaliação periódica. Salientando que a integração da equipe deve ser

interna entre os membros da equipe e externa entre a equipe e a comunidade.

Neste sentido, entraria em cena o papel da gestão em seus aspectos técnicos, oferecendo arranjos e dispositivos que proporcionariam a transformação da lógica instituída, arranjos tais como a instauração de matriciamentos, equipes de referência, reuniões de equipe e o colegiado gestor como possibilitadores da “exploração da governabilidade e da autonomia das equipes” (Campos, 2003, p. 124). E outros dispositivos, promotores desse espaço de encontro concreto e subjetivo seriam cursos, oficinas, supervisões, treinamentos e assembléias.

Até aqui, portanto, esta categoria trouxe o questionamento entre o cuidado preconizado a partir do paradigma da atenção psicossocial e aquilo que é efetivamente realizado na realidade dos serviços. Apesar da angústia gerada pelas dificuldades no cotidiano dos serviços, existe a aposta na sustentação da atenção e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico dentro das premissas antimanicomiais. No processo de trabalho, atribuem à equipe um lugar de tensão e desgaste, ao mesmo tempo como possibilidade de compartilhamento, apoio mútuo e função fundamental na composição do modo de atenção psicossocial. Destacam, ainda, a supervisão clínico-institucional como estratégia importante na qualificação do trabalho e apoio ao sofrimento gerado diante das dificuldades, porém percebem o pouco investimento por parte da gestão neste dispositivo.

Ainda se tratando da produção do cuidado, é relevante apontar que os trabalhadores de saúde mental fizeram menção às mudanças e peculiaridades inerentes ao período da Pandemia de COVID-19, tendo em vista que a coleta de dados se deu no período de junho a agosto de 2022. Esse, período já se encontrava em processo de flexibilização das medidas sanitárias de isolamento, mas resguardava consequências diretas e indiretas dessas medidas e das implicações da pandemia no funcionamento dos serviços de saúde mental e na configuração do cuidado.

de produção de cuidado, é também pensar que em plena **pandemia**, não dá pra falar de saúde mental se a pessoa não tem sabonete pra lavar a mão em casa, se ela não tem água encanada, e se é cuidado psicossocial tem que pensar nessa parte também.

muito, muito, muito individual, acho que é individual mesmo assim a palavra, (...) porque durante a **pandemia** tudo que era individual se manteve, não só manteve como se intensificou.

É possível aferir a preocupação dos trabalhadores diante da oferta de um cuidado ampliado em saúde, considerando o contexto social e as implicações clínicas que o período

exigia, a observância das indicações e orientações sanitárias concomitantes à adaptação das ofertas de cuidado em saúde mental ofertadas pelo serviço. (Barbosa, Nascimento, Dias et al, 2020) Esse processo significou um nível de prejuízo às ações coletivas e à circulação de pessoas no serviço, práticas consideradas de fundamental importância no manejo e cuidado destes usuários. Além disso, foi apontado no discurso dos profissionais também uma mudança na demanda da saúde mental com vultoso aumento e emergência de casos relacionados a sintomas que envolvem tentativas e ideação suicida.

6.2 Limites, Possibilidades e Desafios do Cuidado em Rede

Esta categoria corresponde ao subcorpus 2 que, como apresentado anteriormente evidencia a relação dos serviços com o entorno que compõe a rede de atenção e cuidado, trazendo sua especificidade no cuidado.

Na classe 4 encontram-se as palavras *crise, remédio, pegar, passeio, manejo, olhar, dividir*. Totaliza 19,3% dos segmentos de texto e traz a dimensão relacionada aos manejos técnicos do campo no atendimento das necessidades e resolução das demandas oriundas de um serviço destinado a pessoas em sofrimento psíquico grave.

Esta classe é resultado de uma primeira subdivisão do corpus, em que, juntamente com a Classe 5, que será analisada posteriormente, opõem-se às classes 1, 2 e 3, que se referem à dimensão teórico-prática da produção de cuidado realizado no CAPS. As classes 4 e 5, no entanto, trazem a especificidade do trabalho no CAPS. Na classe 4, especificamente, traz as ações realizadas na produção de cuidado em saúde mental do CAPS.

está em **crise** vamos mandar para o hospital, não é isso, o manejo de **crise** aqui ele é muito maior e hoje entende isso porque essa equipe é muito unida e ela tem muitos olhos. porque assim, entende que o CAPS deveria ser pelo menos assim, de um período que a pessoa passasse aqui num momento de **crise**, um momento mais de mais fragilidades depois um tempo mais circulante.

A partir dos segmentos de texto, observou-se que as palavras *crise, remédio e manejo* relacionam-se entre si e denotam um entendimento tácito quanto ao papel que o CAPS assume e deve assumir diante dessa demanda. A equipe tem clareza de que o acolhimento à crise e o uso de medicação são ações inerentes ao cuidado de pessoas com transtorno mental grave e fica evidente

a preocupação dos profissionais em ocupar um lugar de acolhimento e mediação da crise para evitar um retorno ao circuito de internações hospitalares.

Ferigato, Campos & Ballarin, (2007) referem que a crise pode ser definida como um período de desorganização de um sistema aberto, precipitada por uma ou mais circunstâncias que, às vezes, ultrapassam a capacidade do indivíduo ou do sistema de manter a sua homeostase. Ela pode ser uma desestabilização passageira ou pode permanecer prejudicando o estado de equilíbrio do homem em relação ao seu corpo e ao meio ambiente. A crise pode advir de uma situação imprevisível - doença, desemprego e morte - ou previsível, como a adolescência, gravidez, envelhecimento, etc. Nesta perspectiva o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos ou externos ao organismo.

Segundo Dell'Aqua (1988), pode-se caracterizar como “situações de crise” aquelas que respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros arbitrariamente especificados: Grave sintomatologia psiquiátrica; Grave ruptura no plano familiar e/ou social; Recusa do tratamento; Recusa obstinada de contato; Situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las. Tais parâmetros “identificam aquelas situações que por alarme ou gravidade eram enviadas ao hospital psiquiátrico com internação forçada, além de definidas como perigosas para o sujeito ou para os outros” (Dell'Aqua, 1988, p.59).

As situações descritas acima ampliam a caracterização de crise como algo além de sua sintomatologia, incluindo nela aspectos do contexto familiar, social e relacional de cada um, este conceito é enriquecido a partir de um maior aprofundamento na vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vivencia concretamente (Ferigato, Campos & Ballarin, 2007)

Por conseguinte, sobre a atenção à crise ofertada pela equipe de trabalhadores de saúde mental, demonstram que acontece de forma acolhedora e que o acolhimento é dividido entre possibilidades de atividades e espaços que o serviço oferece, conforme ilustrado no segmentos abaixo:

Então pensa às vezes um **manejo de crise** aqui vai desde sentar com uma pessoa para pintar um quadro, dar um passeio lá fora, fazer um boletim de ocorrência e acolher esse delírio que está acontecendo nesse momento.

então consegue dividir isso muito bem entre nós então o usuário está em **crise** fica um pouquinho lá na enfermagem, daqui a pouco ele está na oficina, daqui a pouco ele senta para conversar com outra pessoa.

Nicácio e Campos (2004) consideram que na qualidade de serviços substitutivos os CAPS não podem ser compreendidos como simples agentes da modernização do circuito assistencial (anteriormente hospitalar) mas representa uma completa transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e portanto devem se colocar para acolher a crise consolidando a ruptura do circuito manicomial/hospitalocêntrico. Ferigato, Campos e Ballarin (2007) corroboram que para atender pessoas “em crise”, os profissionais da saúde precisam apreender as diversas formas e momentos da existência de quem sofre dentro e fora dela, sempre considerando seu contexto sócio-cultural-histórico-familiar.

O profissional da saúde que está de acordo com as ideias da clínica ampliada busca oferecer uma clínica singular e compartilhada com o sujeito, baseada no acolhimento, empatia, escuta, apoio e suporte, que nos momentos de crise, poderá dar continência às condições de instabilidade apresentadas pelo sujeito. Considera-se que nas terapias de emergência o terapeuta deve apresentar-se como uma pessoa benigna, interessada, disponível e participante, pois assim, na medida do possível, evita-se a instauração de uma relação destrutiva. Valorizar o sujeito em crise implica levar em consideração sua condição de ser humano, e não apenas de doente e também não apenas como sujeito em crise; significa respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade, que nem sempre vão de encontro com a expectativa da equipe (Ferigato, Campos & Ballarin, 2007).

Em seguida, mais especificamente quanto ao uso de remédio/medicações como parte do cuidado em saúde mental:

é simplista hoje pensar está entrando em **crise** porque não tomou a **medicação** correta, pode ser que seja isso, pode , mas porque que não está tomando a **medicação** correta?

é eu estava querendo falar até para buscar **medicação** é um complicador tem uma farmácia aqui para buscar medicação tem que articular o dia que o carro pode para pegar a coitada para entrar no carro ir lá na secretaria é complicado isso.

dessa conquista aí até porque essa mesma paciente que jogou os **remédios** falando que não sabia nada, e hoje não quer, é uma paciente que agora, ela tem familiar em Minas, vive viajando para Minas.

Os segmentos denotam que há um investimento na promoção do acesso e uso de medicações prescritas, entendendo que a medicação é parte fundamental do cuidado à pessoa com transtorno mental grave. Observa-se também preocupação na conquista de autonomia no uso dessa medicação, um processo que envolve toda a equipe com estratégias desde a retirada, organização, fracionamento e uso.

Silva e Lima (2017) referem que os CAPS, como instituições de referência para a Saúde Mental no tratamento e atendimento de crises e urgências, têm o uso de medicamentos como uma atividade comum e inerente ao plano terapêutico circunscrito na a organização própria do serviço de Assistência Farmacêutica. Esta atividade contempla ações voltadas para a disponibilidade, a conservação, o controle de qualidade, estratégias assistenciais, e mecanismos de acompanhamento e avaliação da utilização de medicamentos, difusão de informações, e educação permanente a fim de garantir a segurança e a efetividade da utilização dos medicamentos.

você vai levar para três dias o **remédio** aí, nós fomos, não você leva só para hoje aí amanhã você pegar o remédio que nós vamos colocar aqui em cima você mesma seu **remédio** e vai tomar.

sinal de que ela toma, ela está bem, ela quer estar livre, aí ocorreu que ela chegou e foi ela mesma buscar o **remédio** lá embaixo na farmácia cidadã.

No que concerne mais especificamente o manejo com os sujeitos, os segmentos denotam um investimento individualizado que tende a construção de estratégias para uso autônomo da medicação, conforme podemos verificar nos segmentos a cima.

Onocko-Campos e colaboradores (2013) referem que o tratamento apropriado aos transtornos mentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada, no entanto aponta que a medicalização se mantém como prática não reformada, independente do avanço da Reforma Psiquiátrica. Isso se comprova, com práticas usuais que ocorrem no interior dos serviços de saúde mental como a “renovação de receitas” sem a avaliação presencial dos usuários, por exemplo, que intenciona evitar a interrupção dos tratamentos e garantir o cuidado, mas muitas

vezes terminaram por se tornar parte do problema, com indivíduos usando medicamentos por tempo indeterminado e submetidos a um cuidado fragmentado.

Para Saraceno et al (2001), cada decisão de uma intervenção farmacológica deve estar incluída dentro de uma estratégia geral que tem em seu centro o projeto terapêutico singular do usuário e não a simples eliminação dos sintomas. Caso contrário, da mesma forma que os psicotrópicos podem representar um importante meio de trabalho e de comunicação dentro e fora da instituição, facilitando a relação entre o paciente e a vida, quando mal administrado, podem também representar o maior obstáculo desta mesma relação.

Ainda nesta classe aparece a atividade de passeio como articuladora da autonomia e exploração do território, elementos contemplados na produção de cuidado oferecido por esses profissionais, conforme pode ser observado nos seguintes segmentos:

então coloca isso inclusive, nas oficinas, que é muito colocado isso a autonomia porque é interessante, é que pelos **passeios** que às vezes comento com amigos meus lá fora, fui no shopping rapaz com os paciente lá, fomos comer pizza.

tem CAPS que tem VAN agora, por conta da pandemia não está mais usando o Transcol de linha para fazer os **passeios** não, porque há um tempo atrás, há cada quinze dias a gente **passeava**, agora faz uma vez por mês.

em que faziam-se altos **passeios** até para longe, Matilde, Pedra Azul, Domingos Martins, Santa Tereza, Guarapari, Ibirapu, ocupávamos o território, hoje fica mais restrito, mas mesmo assim na época que não tinha nada, nada mesmo assim, nem Transcol Social nem nada.

dá uma flor, aí você vai, é você está entendendo, é um desafio para nós, é uma caminhada ou um **passeio** que você vai jogar uma peteca, vai jogar, vão fazer um alongamento aqui.

depois que saiu a segunda dose marcou, esperou um tempo, uma distância porque eles são loucos com os passeios, todo mundo adora passear, depois de um tempo da segunda dose, só pode passear que tiver as duas doses da vacina

Os segmentos evidenciam o entendimento de que há um compromisso desse serviço com a realização de atividades sociais externas e de atividades que envolvem práticas lúdicas, e privilegiam o encontro e o convívio social.

Salles e Barros (2013) tecem considerações quanto as redes sociais de pessoas que vivem

com transtorno mental, considerando que elas nem sempre têm acesso a novos contatos, ou não conseguem manter e formar as redes, devido ao contexto social em que imperam a discriminação e o preconceito. “O isolamento social e a solidão têm uma alta prevalência entre as pessoas com transtornos mentais, que frequentemente se retiram do contato social, não têm amigos próximos, mas gostariam de ter bons amigos. Isolamento social e os transtornos mentais severos parecem andar de mãos dadas” (Sales & Barros, 2013, p. 2132). Historicamente tal dificuldade se deu em consequência do processo excludente vivenciado pelo modo de intervenção asilar mas é possível observar sua permanência ainda hoje com o andamento dos serviços substitutivos.

O isolamento das pessoas com transtornos mentais não pode ser considerado como uma característica da doença, mas ser percebido como uma consequência da condição social que estas pessoas vivem, que estão atravessadas pela estigmatização e empobrecimento. A experiência de discriminação que resulta de repetitivas rejeições e exclusões torna a pessoa desconfiada para formar novos relacionamentos. Neste contexto, muitos usuários decidem que não vale a pena tentar formar relações próximas de novo. O CAPS assume o compromisso de ofertar atividades que promovem a inclusão social destas pessoas, dentro e fora de seu espaço físico, através de grupos, oficinas, festejos e outras propostas que fomentam o encontro e relacionamento entre usuários e profissionais e entre os próprios usuários. (Sales & Barros, 2013)

O convívio entre os usuários já se constitui em algo extremamente significativo, trazendo o sentimento de reconhecimento e suporte entre pessoas que vivenciam situações semelhantes, mas ainda assim os serviços compreendem que devem privilegiar ações extramuros para que os usuários possam ampliar suas redes e relações, circular e conhecer recursos do território em que vivem, exercitando sua autonomia em um processo gradativo de construção da cidadania. (Leão e Barros, 2011)

Kammer, Moro e Rocha (2020). consideram que o conceito de autonomia se refere ao gerenciamento da vida prática, à independência, autossuficiência e à capacidade de enfrentamento frente às adversidades da vida, e também como processo em movimento, construído a partir das relações com outros sujeitos, espaços e instituições. Evidenciando-se como potência para a expansão e diversificação das relações, deve ser estimulada e agregada ao cuidado oferecido aos usuários, considerando que estes sujeitos sofrem inúmeros limites em relação ao estabelecimento e conservação das relações sociais.

Os profissionais compartilham desse entendimento de maneira unânime e prontificam-se para o investimento que é realizado garantindo que ocorram esses “passeios” dentro das possibilidades e da iniciativa do serviço em promover uma circulação pelo território que o usuário do serviço não dava conta de realizar sozinho. A Equipe entende que é papel do serviço pensar ações para fora daquele espaço, de maneira que vencer os muros e ocupar outros lugares seja uma proposta clara de inclusão social.

No entanto em se tratando de uma construção com tamanha complexidade, apreende-se que apenas o movimento de estímulo às atividades externas não é suficiente para abarcar o desenvolvimento de uma autonomia criada por meio das potencialidades experienciadas pelos sujeitos, capaz de constituir um campo de existência possível não mais submetida a padrões racionalistas e excludentes. Mas que na verdade deve-se iniciar um convite aos movimentos criativos e expansivos fora da submissão dos discursos que insistem em aprisionar a diferença, tendo em vista uma autonomia criada a partir das experimentações e dos encontros capaz de produzir conhecimento sobre si e o mundo (dos Santos & Leão, 2018)

A classe 5 é representada pelas palavras: *Cariacica, rede, gente, município, acontecer, ponto, acesso, equipamento*. Essa classe é a mais representativa, totaliza 28,47% dos segmentos de texto e, junto com a classe 4, traz aspectos mais específicos da produção do cuidado no CAPS. As palavras aparecem de maneira interligada, e localizam no discurso dos profissionais principalmente situações desafiadoras no que tange as relações institucionais do CAPS com a gestão e outros pontos de atenção:

essa rede de **equipamentos** que **Cariacica** tem, que são poucos, mas que **Cariacica** não custeia, e aí fica para o Estado e isso às vezes geram algumas questões por exemplo, está com pacientes agora que estão precisando de transporte.

outro desafio que eu acho que enfrenta é a falta de uma referência técnica em saúde mental no **município** de **Cariacica**, não tem, aí você está falando de **rede** de novo.

aonde vai buscar esse transporte se é no estado, não é no estado porque é munícipe de **Cariacica**, tem que ver com o **município**, mas se é no **município**, muitas vezes enfrenta barreira e falam, mas vocês são um **equipamento** estadual.

é eu acho que soma-se a isso essa questão de também ser um CAPS estadual porque fica meio num limbo, se é um **equipamento** que é pensado para ser um **equipamento municipal** mas **Cariacica** não custeia.

Nos segmentos acima fica aparente uma situação peculiar em que o serviço está localizado em um município, mas seu custeio se dá a nível estadual, gerando um distanciamento entre gestão (nível central) e execução (ponta) na cadeia de assistência em saúde. Os profissionais apontam a dificuldade na interlocução do CAPS com uma gestão superior e como isso compromete o cuidado, pela falta de garantia de recursos, direcionamento de ações e organização da rede assistencial.

Silva, Lancman & Alonso (2009) trazem considerações a respeito da tangibilidade do trabalho no CAPS, por se tratarem de processos flexíveis e pouco protocolares fica difícil o exercício de um processo avaliativo que comprove a eficácia formal das ações desenvolvidas. As autoras questionam inclusive que profissionais que estejam localizados em outros níveis de atuação tais como gestão ou outros equipamentos da rede de atenção, possam apreender a realidade das ações empreendidas por esse serviço e entendê-las em sua magnitude, para além do número de usuários atendidos.

Campos (2005) tece considerações quanto ao processo de gestão em saúde, propondo que o gerenciamento de serviços e ações seja um processo dialógico compartilhado em todos os níveis, não apenas entre gestores e profissionais mas também com a participação ativa dos usuários, a esse método deu o nome de Paidéia. Tal proposta só pode se efetivar diante da concepção de que gestão e prática devem estar interligadas, comunicantes e empenhadas na construção de ações pertinentes às demandas reais. Ambas as partes devem adotar postura predisposta ao diálogo e troca de saberes.

Entende-se portanto, que diante da complexidade das práticas envolvidas no cuidado em saúde, só seria possível a consolidação de uma clínica múltipla e ampliada mediante a participação horizontal dos atores envolvidos nesse processo. Para tal aponta-se a importância de fomentar dispositivos que possam promover encontros genuínos, que se apoiem nas relações interpessoais possíveis mediante ao fortalecimento de espaços coletivos como colegiados, reuniões e assembleias como um cenário democrático para o exercício do protagonismo dos indivíduos (Campos, 2005).

Nesta mesma visada o discurso se amplia a abarca a relação da equipe com outros pontos de atenção da rede de saúde (básica, psicossocial e da assistência social):

a gente teria que ir na contramão disso, a gente tinha que fazer que o nosso usuário ele circulasse o máximo possível em todos os **equipamentos** aí fora, todos aí e isso não acontece lá fora.

só que os pontos de acesso são poucos, então de fato, acho que é isso a **rede** não comparece tanto como uma potência dentro desse núcleo aí do trabalho, porque ela é inexistente, ela é pouco potente essa **rede**.

o que se vê , que isso não acontece, essa fragilidade que tem na **rede** do **município** aí, então muitas decisões, que são tomadas aqui, muitas delas seriam decisões para tomar junto outros **equipamentos**.

nesse sentido de não ter profissional mesmo essa **rede** ser muito escassa, a gente tem aqui enquanto equipe que isso não pode inviabilizar a nossa prática, então nós fazemos a prática e nos inserimos na **rede** aonde existe **rede**.

Os profissionais denunciam as fragilidades da rede de saúde, apontando que o usuário parece ficar em um limbo assistencial, entre serviços de diferentes complexidades que não se comunicam efetivamente e nem se reúnem sob interesses em comum direcionados por uma gestão ordenadora. Dessa maneira o CAPS se coloca em um lugar potente e acolhedor opondo-se aos serviços da rede caracterizados como escassos e pouco potentes.

Franco (2006), aponta que as redes são inerentes ao processo de trabalho em saúde, ou seja, não há trabalho sem que se constitua uma rede em torno do seu objeto. Por conseguinte, a reflexão se dá quanto as características da rede: se funciona de forma harmônica, ou conflituosa; se há conexão de fluxos, ou a rede é fragmentada. Independentemente da resposta, o trabalho no âmbito da sua micropolítica, nos atos produtivos, é sempre em rede. As redes formadas dentro do sistema de saúde têm expressão no meio social, mediante diversos agenciamentos; elas propiciam o surgimento de novos modos de relação, constroem-se no meio social onde cada sujeito está inserido. Adaptam-se às novas possibilidades de atuação dos sujeitos no campo de produção da vida, produzem múltiplas conexões e fluxos construídos a partir de processos, que interligam os diversos atores, e criam linhas de contatos entre os agentes sociais, que são a fonte de produção da realidade.

Merhy (2002) considera que a rede de saúde não é algo constituído de maneira estática e enrigecida, mas se ativa quando provocada pela necessidade dos sujeitos. É a demanda que evidencia o funcionamento da rede, quando o usuário consegue transitar e acessar os serviços para efetivação do cuidado. Isso se dá pois tais redes funcionam com base no trabalho das equipes de saúde, formadas por trabalhadores capazes de operar as redes acionando-as a partir dos projetos terapêuticos compartilhados nos territórios.

As redes atravessam equipes e equipamentos de saúde, podem se articular de uma unidade básica para emergência, ou desta para um hospital; enfim, os caminhos a serem percorridos são acionados sempre para cada caso, e pautados nas necessidades dos usuários e nos recursos disponíveis para o seu cuidado (Quinderé, Jorge e Franco, 2014, p.256).

Quinderé, Jorge e Franco (2014) convidam a reflexão de que cada rede se constitua de maneira própria, sem obedecer a modelos pré-estabelecidos, capaz de comportar as singularidades inerentes aos variados funcionamentos de equipamentos e trabalhadores, e portanto estaria se constituindo por meio do trabalho vivo em ato, refletindo fluxos e conexões construídos para a consolidação do cuidado em saúde de maneira ampliada seja através de encaminhamentos, partilha de procedimentos ou compartilhamento de projetos terapêuticos.

Nesta categoria, portanto, abordando a relação do CAPS com o entorno, os resultados trouxeram elementos sobre a especificidade do trabalho no CAPS no manejo da crise, na promoção do acesso e uso autônomo da medicação, nas ações territoriais na busca da inclusão social dos usuários. No que tange à relação do CAPS com outros pontos de atenção e gestão, os resultados apontaram a dificuldade da interlocução deste serviço tanto com as gestões superiores como com outros pontos da rede, denunciando furos que comprometem a atenção psicossocial. No entanto, os participantes defendem o CAPS como um lugar de potência neste cuidado, destacando-se em relação a outros equipamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo explorou a concepção de trabalhadores de saúde mental de CAPS acerca da produção de cuidado em saúde mental realizada nesse serviço. Longe da pretensão de esgotar o assunto, este estudo trouxe para discussão as ações e práticas do cotidiano desses profissionais no CAPS, que por um processo reflexivo e (auto)crítico que emerge das relações entre os profissionais na equipe, vai tateando a construção de um escopo de ações com finalidade de cuidado e inclusão social.

É importante considerar que os grupos focais foram realizados no período de junho a agosto de 2022, período em que se iniciou um processo de flexibilização das medidas sanitárias adotadas durante a pandemia de COVID -19, com a retomada de algumas ações coletivas com número reduzido de pessoas, aumento da circulação de usuários no serviço e readequação de processos de trabalho. Assim pode-se perceber no dados que comparecem relatos sobre o cuidado referentes a momentos anteriores à pandemia, processos de transição e adaptação diante das novas demandas, análise e perspectiva de retomada ou transformações nos processos de trabalho após este evento.

É importante aferir acerca do número de profissionais participantes da pesquisa. Além de certa resistência dos profissionais de um dos dispositivos em participar do estudo, a baixa adesão também esteve relacionada ao elevado número de afastamento de profissionais decorrentes da pandemia de COVID-19 e defasagem do quadro de profissionais do serviço devido a política de cortes da gestão.

Em relação à utilização do Software IRaMuTeQ para a análise dos dados, destacam-se limitações no que diz respeito a captação das sutilezas do discurso dos participantes, não evidenciando eventuais resistências dos profissionais em relação a abordagem de algumas temáticas. Assim, em relação ao objetivo pretendido deste estudo em conhecer as opções clínicas ofertadas pelo serviço, conforme consta no roteiro utilizado à abordagem aos grupos focais, apesar da insistente abordagem ao tema, deparou-se com uma abordagem superficial, atravessada por diferentes assuntos.

Alguns profissionais sinalizaram a clareza diante dos aportes teóricos metodológicos que envolvem a concepção de cuidado da atenção psicossocial, e o quanto se angustiam diante das incertezas e ameaças que tais concepções estão sujeitas no dia a dia dos serviços de saúde mental. Identificam que tais ameaças emergem das dificuldades nas relações interprofissionais e na falta

de apoio institucional e gerencial, e se veem muitas vezes divididos entre reproduzir ações pré-determinadas e apostar em ações singulares construídas por meio do encontro com os sujeitos.

Galheigo (2020) propõe a reflexão acerca desse movimento das equipes que tendem a um excesso de reflexão e acabam culminando na perda da espontaneidade das ações e no engessamento das atividades. Perdendo-se na elucubração dos prós e contras, riscos e benefícios de determinada proposta os profissionais recaem em um sentimento de impotência e desânimo, desistem de implementar ações mais ousadas tomados pelo receio e insegurança. Devem perceber que as teorias podem ser norteadoras das ações mas não delimitá-las.

Apesar da angústia expressa pelos profissionais e do desgaste nas relações interprofissionais reconhecem nos dispositivos coletivos de discussão e diálogo (reuniões, supervisão) estratégias adequadas ao encontro da equipe. O discurso deixa transparecer que a equipe tem interesse no encontro e em mitigar as diferenças e dificuldades dos relacionamentos.

A análise, em muitos momentos, revela profissionais preocupados, interessados e atuantes, dispostos a pensar estratégias para sanar dificuldades internas e externas na defesa dos preceitos antimanicomial e na construção de um cuidado ampliado, inclusivo e acessível que atenda as demandas dos usuários do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. *Fim de século: ainda manicômios, 1*.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública, 11*, 491-494.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em debate, 25(58)*, 26-34.
- Ayres, J. R. D. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & saúde coletiva, 6*, 63-72.
- Ayres, J. R. D. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade, 13*, 16-29.
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Bezerra Jr, B. (2016). O cuidado nos CAPS: os novos desafios. *Academus Revista Científica da Saúde, 3(4)*.
- Boff, L. (1999). Saber Cuidar: Ética do ser humano. In: _____. *Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil, (1993). Ministério Da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Brasília.
- Brasil, 2001. Câmara dos Deputados. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil, 2007. CONANDA et al. Plano de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. 2007. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriançasAdolescentes%20.pdf.
- Brasil, 1988. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp
- Brasil, 2018. Decreto n.º 10.003, de 4 de setembro de 2019a, altera o Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, para dispor sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 5 set. 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-10003-4-setembro-2019-789071-norma-pe.html>
- Brasil, 1992 . Decreto n.º 592, de 6 de julho de 1992. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Brasília, DF. 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm

- Brasil, 2019. Decreto n.º 9.694, de 2 de janeiro de 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9674.htm
- Brasil, 2021. Edital de convocação n.º 1, de 24 de março de 2021. **Diário Oficial da União:** seção 3, Brasília, DF, p. 167. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-de-convocacao-n-1-de-24-de-marco-de-2021-310750888>
- Brasil, 2020. Lei n.º 14.017, de 29 de junho de 2020b, que dispõe sobre ações emergenciais destinadas ao setor cultural a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo decreto Legislativo n.º 6. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p.1, 30 jun. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.017-de-29-de-junho-de-2020-264166628>
- Brasil, 1990. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990a. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União:** seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Brasil, 2014. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
- Brasil, 2017. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017a. **Diário Oficial da União:** seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>
- Brasil, 2017. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017b. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Brasil, 2017. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação n.º 3, 28 de setembro de 2017c. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html.
- Brasil, 2002. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 336, 19 fev. 2002a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil, 2002. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2002b. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf

- Brasil, 2019. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019c. Disponível em: http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf
- Brasil, 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: MS; 2005. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>
- Brasil, 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 2.043, de 11 de dezembro de 2015. **Diário Oficial da União:** Seção 2, Brasília, DF, p. 36, 14 dez. 2015. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.043-de-11-de-dezembro-de-2015-111726668>
- Brasil, 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016a. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html
- Brasil, 2020. Ministério da Saúde. Sobre a doença: O que é a COVID-19? 2020c. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>.
- Brasil, 2019. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019d. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
- Brasil, 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 jun. 2021.
- Brasil, 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
- Brasil, 1991. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do

Adolescente (Conanda) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18242.htm

- Brasil, 2016. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016b. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Não paginado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm
- Brasil.(2001). Lei Federal Nº 10.216, de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2001.
- Brasil.(2010). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2010.
- Brasil.(2017). Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017: Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2017.
- Campos, G. W. D. S. (2011). A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3033-3040.
- Costa-Rosa, A. D. (2014). Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva* (pp. 334-334).
- Costa-Rosa, A. D. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2001). As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Publicação Quadrimestral Editada Pelo*, 25(58), 12-25.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 1, 13-44.
- Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, educação e saúde*, 18.
- Bernardes, A. G., & Quinhones, D. G. (2009). Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade. *Psico*, 40(2).
- Delgado, P. G. 2019. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab Educ Saúde*; 17 (2): e0021241.
- Dos Santos, J. C., & Leão, A. (2018). Autonomia, Spinoza e o Movimento da Luta Antimanicomial: a criação de alianças antimanicomiais. *Mnemosine*, 14(1).
- Espírito Santo. (2018) Diretrizes Clínicas em Saúde Mental. 1ª edição Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. Espírito Santo.

- Flick, U. (2008). *Introdução à pesquisa qualitativa-3*. Artmed editora.
- Gondim, S. M. G. (2002). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12, 149-161.
- Guimarães, J., Medeiros, S. M. D., Saeki, T., & Almeida, M. C. P. (2001). Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Revista Saúde em Debate*, 25(58), 5-11.
- Guizardi, F. L., Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2008). Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 39-58.
- Kammer, K. P., Moro, L. M., & Rocha, K. B. (2020). Concepções e práticas de autonomia em um CAPS: desafios cotidianos. *Revista De Psicologia Política*.
- Kinoshita, R. T. (2009). Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(1), 223-231.
- Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. *Reabilitação psicossocial no Brasil*, 2, 55-59.
- Leal, E. M., & Delgado, P. G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 137-154.
- Lima, R. C. 2019. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, e290101.
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec. *Saúde em debate*, 145.
- Merhy, E. E. (2007). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 55-66.
- Minayo, M. C. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco.
- Nicácio, F., & de Sousa Campos, G. W. (2004). A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(2), 71-81.
- Oliveira, W. V. D. (2011). A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, 141-154.
- Pinheiro, R., & Guizardi, F. L. (2013). Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 23-38.
- Santos, M. (2002). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção* (Vol. 1). Edusp.
- Saraceno, B. (2011). A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(2), 93-101.
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *Reabilitação psicossocial no Brasil*, 2, 13-18.

- Silva Junior, A. G. D., Alves, C. A., & Alves, M. G. D. M. A. (2005). Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.
- Silva, J. D. D. G. D., Aciole, G. G., & Lancman, S. (2017). Ambivalências no cuidado em saúde mental: a ‘loucura’ do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 881-892.
- Souza, T.T. 2021. Sobre Arte, Cultura e Saúde Mental: Histórias de Adolescentes Vinculados a Projetos Artístico-culturais. Qualificação da Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos.
- Torre, E. H. G., & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6, 73-85.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, 32(78-79-80), 27-37.
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Editora Fiocru

Roteiro do Grupo Focal

- * Concepção dos trabalhadores sobre cuidado de pessoa em sofrimento psíquico.
- * Avaliação da oferta de atividades no CAPS.
- * Práticas envolvidas no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.
- * Cotidiano de atendimentos/ práticas de cuidado oferecidos pelo CAPS.
- * Relação entre os profissionais da equipe, o processo de decisão quanto as atividades ofertadas, a reunião de equipe.
- * Potencialidades e fragilidades do trabalho do CAPS na produção de cuidado em saúde mental.
- * O cuidado ofertado levando em conta o modelo de atenção psicossocial.
- * O quanto as abordagens ofertadas se aproximam ou se afastam o propósito antimanicomial.

APENDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE INTERLOCUTORES DESTA PESQUISA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
(Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE: 58357222.1.0000.5542

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “A Produção De Cuidado Nos Centro De Atenção Psicossocial Na Perspectiva Dos Trabalhadores De Saúde Mental”, sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Nazareth Guedes Alcoforado Assini e orientação da Prof.^a Dr.^a Teresinha Cid Constantinidis. Projeto Aprovado Comitê de Ética em Pesquisa – CEP Goiabeiras sob o número do Parecer 5.516.852.

JUSTIFICATIVA: Este estudo, propõe-se a identificar a concepção das equipes de trabalhadores de saúde mental dos CAPS da Grande Vitória quanto às opções clínicas adotadas nos próprios serviços. Busca investigar como o propósito antimanicomial e o modo de atenção psicossocial, sustentam-se no cotidiano de trabalho desses CAPS.

Desta maneira o presente estudo abre um espaço à reflexão e se faz relevante como uma oportunidade de trabalhadores de saúde mental dos CAPS, analisarem de maneira orientada e construtiva a pertinência das opções clínicas adotadas na produção do cuidado pelos serviços, e a

capacidade de sustentar uma proposta de cuidado condizente com a proposta do modo de atenção psicossocial.

OBJETIVO: Investigar, considerando a concepção dos trabalhadores de saúde mental dos CAPS da Grande Vitória e o referencial teórico da Atenção Psicossocial, como o propósito antimanicomial e o modo de atenção psicossocial, sustentam-se no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde mental a partir da análise das opções clínicas e da produção de cuidado em saúde mental, adotadas nesses serviços.

PROCEDIMENTOS: Você está sendo convidado a participar de forma voluntária, de um grupo focal presencial, com uma média de oito profissionais, que irão debater a respeito do tema proposto, obedecendo as diretrizes de higiene e distanciamento preconizadas à prevenção da disseminação da COVID 19. Cada grupo participará de duas sessões em que a primeira estará voltada à abordagem inicial e familiarização com a temática, e a segunda sessão constará da validação das falas da sessão anterior, realizada pelos participantes, e aprofundamento da temática. As sessões serão gravadas e transcritas. Para garantir o seu anonimato, a gravação será protegida, sendo armazenada em um servidor seguro durante cinco anos. Após esse tempo, o arquivo de áudio será destruído. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: As sessões com os grupos focais terão a duração média de uma hora e meia e acontecerão entre o período de julho de 2022 no espaço de cada serviço.

RISCOS E DESCONFORTOS: Considera-se que o risco na participação deste estudo é mínimo, entretanto, corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes por tratar-se de um espaço de discussão coletiva. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador assumirá o papel de buscar amenizá-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante as sessões terão o caráter sigiloso. Caso, ainda, o participante comprove ter sofrido danos devido a pesquisa, providenciaremos os devidos cuidados e meios necessários para resolver a situação/problema.

BENEFÍCIOS: Este estudo não prevê benefícios diretos aos participantes, no entanto resguarda o potencial de transformar a realidade, próprio da pesquisa social, instigando a revisão e

avaliação do cotidiano de cuidados proposto por estas equipes de saúde mental, pois através dos grupos focais é possível propor um debate coletivo com vias a problematizar a realidade vivenciada, podendo finalmente, ressignificá-la.

GARANTIAS AO PARTICIPANTE: Esta pesquisa não conta com possíveis gastos decorrentes da participação, como transporte ou outros, nem se propõe a remunerar de qualquer maneira os participantes, afirmando o caráter voluntário da participação neste estudo. Entretanto, caso se sinta lesado financeiramente, poderá obter reembolso de eventuais despesas relacionadas à pesquisa, solicitamos que entre em contato com a pesquisadora principal reportando sua impressão. Está garantido o seu direito a buscar indenização em caso de dano decorrente da pesquisa tal como consta no item IV.4.c da Res. CNS 466/12.

Você também terá a garantia de que o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será redigido em duas vias que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas pela pesquisadora e pelo(a) participante, sendo que uma delas será entregue a você.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Asseguramos a você que, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, há total garantia de sigilo sobre o seu nome e possibilidade de retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa. Além disso, você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identidade do participante será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você deverá a pesquisadora Luciana Nazareth Guedes Alcoforado Assini no telefone (27) 988663501 ou no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI.

Você também poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCHN/UFES para resolver casos de denúncia ou relatar algum problema por meio do telefone (27) 3145-9820, e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de

Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075.

Você declara, ainda, que informado e esclarecido sobre o teor do presente documento e que recebeu uma via deste documento assinada por você e pela pesquisadora, entendendo todos os termos a cima expostos, como também, os seus direitos e que, voluntariamente, aceita participar deste estudo.

Vitória-ES, de de ____ .

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “**A Produção De Cuidado Nos Centro De Atenção Psicossocial Na Perspectiva Dos Trabalhadores De Saúde Mental**”, eu, Luciana Nazareth Guedes Alcoforado Assini declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente) da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Luciana Nazareth Guedes Alcoforado Assini